



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral nas Unidades de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Célia Maria Dias Sardinha Pereira

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral nas Unidades de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Célia Maria Dias Sardinha Pereira

Professora Maria Adelaide Pedreira Reina Pita Negrão

2012

“Assim, Portugal passou a integrar o grupo de países com respostas integradas de continuidade de cuidados. Cuidar não é apenas tratar. Cuidar é uma atitude a ser concretizada em tempo útil e real, que liga as pessoas; que humaniza espaços e dinâmicas; que prepara os caminhos para continuar a viagem”

Inês Guerreiro, 2009

(Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar o meu apreço a todos os que contribuíram neste processo de enriquecimento pessoal e profissional.

Às equipas de enfermagem e utentes dos ensinos clínicos onde tive o privilégio de desenvolver este trabalho e sem os quais não teria sido possível concretizá-lo.

Aos orientadores dos campos de estágio ao favorecerem o meu crescimento enquanto pessoa e profissional e pelo exemplo de profissionais de excelência que são.

À Professora Pedreira Reina pela disponibilidade, orientação, empenho motivacional, apoio e enriquecimento no conteúdo deste trabalho.

Não posso deixar de agradecer aos colegas da Unidade de Cuidados Continuados Integrados pela colaboração nesta fase profissional e pela recetividade às novas ideias.

A todos os utentes da Unidade de Cuidados Continuados Integrados por serem o significado deste trabalho.

Por fim, e em especial, aos meus familiares e amigos que se sacrificaram em prol deste projeto e que me apoiaram no caminho, partilhando as alegrias e confortando nas dificuldades.

RESUMO

O caráter multidimensional do Acidente Vascular Cerebral e as graves alterações que provoca na qualidade de vida das pessoas e na sociedade faz com que seja encarado como um importante problema de saúde com expressão mundial. Destacam-se, usualmente, a perda de capacidades motoras, sensitivas, de visão, da compreensão e/ou expressão da linguagem. A análise deste trabalho dá enfoque às alterações da mobilidade, sendo a hemiplegia a alteração mais evidente no Acidente Vascular Cerebral.

Encontrar respostas de saúde/sociais para esta problemática requer programas que visem o desenvolvimento integral da pessoa, na procura da reaprendizagem nas diferentes atividades, na adaptação à incapacidade existente e na reinserção no meio sociofamiliar. Englobados nestes programas inserem-se os cuidados prestados pelas equipas de profissionais da área da saúde e social das Unidades de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com a finalidade de promover e/ou manter a mobilidade funcional da pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Estas equipas são compostas por diferentes áreas profissionais não contemplando, na sua maioria, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Partindo deste pressuposto pretendi, durante os ensinamentos clínicos, desenvolver competências na área de enfermagem de reabilitação, apreendendo o contexto dos cuidados dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral inseridos nas equipas multidisciplinares. Outro campo de atuação incidiu na sensibilização dos diferentes profissionais da unidade para a temática e a intervenção no programa “Planeamento da alta à pessoa com Acidente Vascular Cerebral”.

O meu desempenho no decorrer destas atividades fomentou o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais especializadas com vista a promover os cuidados de reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral, com ganhos na sua autonomia, pela intervenção de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação inserido na equipa multidisciplinar de uma Unidade de Convalescença.

Palavras-chave: Pessoa com AVC; Enfermagem de Reabilitação; Equipas multidisciplinares; Unidades de Convalescença.

ABSTRACT

Stroke is a major health problem with worldwide expression that causes serious impact on patient's quality of life, caregivers and society in general. It, usually, frames on the loss of motor, sensitive, vision capabilities and/or language problems. This paper emphasizes the mobility changes, being the hemiplegia the most evident change after a stroke.

Finding health/social answers for these issues requires specific programs that seek a global approach, searching for better improvement in the different activities, the adjustment to the existing disability and the social and familiar integration. These programs included the care provided by the healthcare teams and social areas which are working in the Intermediate Care Units of the Portuguese National Network for Integrated Continuous Care – RNCCI, with the goal of promoting and maintaining the functional mobility of the stroke patient. These teams are comprised of different professionals and did not considering, in most of the cases, the rehabilitation nurse.

Based on this assumption my purpose was the development of the rehabilitation nursing skills, during the clinical teachings, apprehending the care framework to the stroke patient's provided by the Rehabilitation Nurses, among the multidisciplinary teams. Another goal was create awareness among the different unit health professional for this issue, and also the clinical intervention in the rehabilitation program named "The Planning of the clinical discharge for the Stroke Patient"

My performance during the course of these activities stimulated the development of technical, scientific and relational specialized skills with the purpose of promoting the intervention and the importance of the rehabilitation nurse to the Stroke patients, placed on a multidisciplinary team of an Intermediate Care Unit.

Key words: Stroke Patient; Rehabilitation Nursing; Multidisciplinary Teams; Intermediate Care Units

ÍNDICE	pág.
INTRODUÇÃO	10
1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	13
1.1. Da génese ao tema	13
1.2. Contributos da investigação	16
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
2.1. Alteração da mobilidade na pessoa com Acidente Vascolar Cerebral	21
2.2. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nas Unidades de Convalescença	25
2.3. Referencial teórico	28
3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS PROPOSTOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	31
3.1. Pessoa com alteração da mobilidade decorrente do Acidente Vascolar Cerebral em contexto de internamento em instituições de saúde	32
3.2. Pessoa com alteração da mobilidade decorrente do Acidente Vascolar Cerebral em contexto comunitário	45
3.3. Intervenções no programa “Planeamento da alta ao utente com Acidente Vascolar Cerebral”	56
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS	66
ANEXO I - Guia de orientação para profissionais do “Programa de Alta ao Utente com Acidente Vascolar Cerebral”– 1ª versão	
ANEXO II - Instrumento de registo – “Monitorização de resultados do internamento”	
ANEXO III - Instrumento de registo - Colheita de Dados de Enfermagem	
ANEXO IV - Avaliação Biopsicossocial através do Instrumento de Avaliação Integrada	
ANEXO V - Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	
ANEXO VI - II Jornadas Cuidados Continuados LNostrum, SA	
APÊNDICES	122
APÊNDICE I - Tabela com competências, objetivos específicos, atividades e critérios de avaliação	

APÊNDICE II - Justificação da escolha dos locais dos ensinos clínicos

APÊNDICE III - Cronograma dos Ensinos Clínicos

APÊNDICE IV - Grelha de observação para o ensino clínico da Unidade Via Verde AVC

APÊNDICE V - Ação de Formação – “Rede Nacional de Cuidados Continuados - Unidades de Internamento”

APÊNDICE VI - Ação de Formação – “Referenciação da pessoa com patologia respiratória”

APÊNDICE VII - Instrumento de registo - “Avaliação Enfermagem de Reabilitação – Pneumologia (...)”

APÊNDICE VIII - Instrumento de registo “Plano Individual de Intervenção”

APÊNDICE IX - Ação de Formação – “Rede Nacional de Cuidados Continuados”

APÊNDICE X - Seminário “Cuidados Continuados e continuidade dos cuidados”

APÊNDICE XI - Guia de orientação para profissionais do “Programa de Alta ao utente com Acidente Vascular Cerebral”

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AANN - American Association of Neuroscience Nurse

ABVD – Atividades básicas de vida diária

AIT - Acidente Isquémico Transitório

AIVD – Atividades instrumentais de vida diária

ARNA - Australasian Rehabilitation Nurses Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVC`s – Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD - Atividades de vida diária

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNDC - Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCL – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipas de Coordenação Local,

EER – Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

EGA - Equipas de Gestão de Altas

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESO - European Stroke Organisation

GeS - Ganhos em Saúde

H – Horas

IAI - Instrumento de Avaliação Integrada

MIF - Medida de Independência Funcional

NIHSS - *National Institute of Health Stroke Scale*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PII - Plano individual de intervenção

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

rtPA – *recombinat tissue type plasminogen activator* (Activador do plasminogénio tecidual recombinante)

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCV - Unidade Cérebro Vascular

UE – União Europeia

UMCCI – Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

INTRODUÇÃO

Num processo contínuo de aprendizagem entende-se o conhecimento como dinâmico e pessoalizado, na medida em que temos um papel ativo na construção do nosso saber, que se deve desenvolver em contextos interativos, socialmente construídos, aspirando que a educação nos conduza a um mundo mais humanizado (ALARCÃO, 2005). Um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, “tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção, (ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2010, p.2), como é definido o enfermeiro especialista pela OE, também pressupõe uma maior capacitação para a intervenção social.

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC`s) são considerados um grave problema de saúde pública em Portugal, sendo uma das afeções neurológicas agudas mais comuns e uma patologia muito frequente nas causas de internamento, (FERRO e PIMENTEL, 2006). Inevitavelmente esta patologia acarreta, em muitas situações, limitações na realização das atividades de vida diárias (AVD), criando situações de dependência no indivíduo com grande impacto familiar, económico e social (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS), 2006), tornando-se premente a intervenção reabilitadora de uma equipa multidisciplinar vocacionada (*EUROPEAN STROKE ORGANISATION* (ESO), 2008). A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, introduz a ideia de relação dinâmica entre diferentes saberes motivados por um interesse comum em “ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE, 2010, p.2).

As equipas multidisciplinares, nas suas intervenções, são condição essencial no funcionamento das Unidades de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que se destinam a “pessoas que apresentam uma doença crónica, ou se encontram em fase de recuperação de um processo agudo com perda de autonomia potencialmente recuperável” (UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (UMCCI), 2007, p.6). Ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EER) é atribuído um nível elevado de conhecimentos e experiência que lhe permite tomar decisões “relativas à promoção da

saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (OE, 2010, p. 1).

A pertinência dos cuidados de reabilitação aos utentes internados numa Unidade de Convalescença, onde desempenho funções, serem efetuados por um EER é partilhada por toda a equipa de enfermagem e questionada pelos restantes elementos da equipa multiprofissional, tornando-se num problema com implicação na dinâmica da equipa multidisciplinar. Considerei relevante procurar soluções, enquadrando-o num projeto de formação a implementar no ensino clínico. Segundo Castro e Ricardo (1993, p. 11) o trabalho de projeto é uma aprendizagem – ação para a resolução de problemas que “deverão ser pertinentes para quem procure resolve-los, deverão constituir ocasião para novas aprendizagens” que levem à concretização do mesmo.

Surge, desta forma, a necessidade de abordar a seguinte temática: **Enfermagem de reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) nas Unidades de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**. Sendo o AVC uma patologia de caráter multidimensional, com diferentes e diversas implicações, será dado enfoque às alterações da mobilidade, sendo que “a **manutenção da mobilidade funcional** é um dos principais objetivos dos cuidados a prestar nos serviços da RNCCI” (UMCCI, 2011, p. 29).

Considerei muito pertinente aprofundar a problemática em contextos de ensino clínico potencialmente ricos em experiências, que me permitissem o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em reabilitação, influenciando, deste modo, a escolha das instituições de saúde. Pretendi, deste modo, encontrar um “processo formal de acompanhamento da prática que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (OE, 2010, p.5).

Gostaria que esta aprendizagem tivesse impacto na minha prática e fosse útil para implementação do projeto em contexto laboral, com a **finalidade de promover os cuidados de reabilitação à pessoa com AVC, com vista a ganhos na sua autonomia, pela intervenção do EER inserido na equipa multidisciplinar da Unidade de Convalescença da LNostrum**. Para Collière (1999, p. 235) “*cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA*”, permitindo a “uma pessoa doente ou idosa continuar a mobilizar as suas capacidades ou compensar o que já não pode fazer por si própria, para assegurar a sua vida quotidiana” (COLLIÈRE, 2003, p. 332),

perspetivando desta forma a promoção de autonomia de acordo com a potencialidade da pessoa.

De acordo com o referido pretendo:

- Contextualizar os cuidados dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC nas Unidades de Convalescença da RNCCI, inseridos nas equipas multidisciplinares;

- Descrever as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos específicos propostos para a realização do Ensino Clínico;

- Analisar o desenvolvimento de competências específicas e comuns do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;

- Refletir sobre a importância dos ensinamentos clínicos e da elaboração do relatório de estágio para a valorização pessoal e profissional.

Para elaborar este relatório baseei-me na reflexão das práticas desenvolvidas no ensino clínico e no meu local de trabalho e na análise dos resultados obtidos, com acompanhamento dos enfermeiros orientadores dos campos de estágio e da professora orientadora. Concomitantemente foi utilizado: uma revisão da literatura, a partilha de informações com as equipas de enfermagem e multidisciplinares dos diferentes campos de estágio, as sinergias encontradas com os colegas do curso de mestrado e a análise da relação terapêutica estabelecida com o utente e cuidador informal inseridos em contextos comunitários e em contextos de internamento em instituições de saúde.

Este relatório estruturalmente é composto por quatro capítulos, sendo que se apresenta: na primeira parte a pertinência da escolha da área temática; na segunda a fundamentação teórica no que concerne à pessoa com AVC, ao papel do enfermeiro especialista em reabilitação e ao modelo teórico subjacente; na terceira parte a descrição e análise dos objetivos propostos para a realização do ensino clínico nos diferentes campos de estágio, das atividades desenvolvidas nos mesmos, bem como, do desenvolvimento de competências do EER, terminando com o capítulo onde as considerações finais fazem alusão aos principais resultados obtidos, aos contributos dos mesmos para a minha prática e para a enfermagem de reabilitação e dificuldades sentidas.

A bibliografia será elaborada segundo a norma da Associação Portuguesa de Autores.

1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Neste processo de aprendizagem foi muito importante delinear e fundamentar a área problemática para a qual orientei o projeto de formação. Segundo Benner “não saber quem somos, e quem somos agora, porá seriamente em perigo o que nós queremos vir a ser” (2001, p. 24).

1.1 Da génese ao tema

As alterações demográficas no sentido do envelhecimento da população Portuguesa associadas a um aumento da prevalência das doenças crónicas incapacitantes, assim como a alteração do tecido social provocado pela maior ausência da mulher no domicílio, cuidadora tradicional, levaram à necessidade de encontrar respostas para apoio de pessoas em situação de dependência, (UMCCI, 2011; CAMPOS, 2008). É nesta conjuntura que surge a implementação da RNCCI, consubstanciando a lógica da continuidade de cuidados e promoção de autonomia ao proporcionar

“um nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, através de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado de saúde e segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa” (UMCCI, 2011, p.8)

A RNCCI é tutorada por dois Ministérios (da Solidariedade e da Segurança Social e o da Saúde) e foi normalizada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Embora tenha como finalidade a manutenção da pessoa no seu domicílio, pertencem à Rede quatro linhas de internamento distintas, que dão uma resposta coerente a quem necessite de cuidados de saúde e de apoio social em sistema de internamento: Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos.

A Unidade de Convalescença onde trabalho é definida, à semelhança das restantes Unidades de Convalescença da RNCCI, como “uma unidade de internamento, independente, (...) articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.” (Decreto- Lei 101/2006, art. nº 13, p. 3860).

A unidade tem dezassete vagas para pessoas que necessitem destes cuidados, com uma previsibilidade de internamento até trinta dias consecutivos. Os cuidados prestados destinam-se, fundamentalmente, à reabilitação e à promoção da reinserção dos utentes no seu meio sociofamiliar nas condições da maior autonomia possível. Destaca-se uma abordagem interdisciplinar dos cuidados de saúde e de apoio social, avaliando as necessidades e planeando de forma integrada os cuidados às pessoas. A equipa multiprofissional é constituída pela assistente social, enfermeiro, médico, fisioterapeuta, fisiatra, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, animadora sociocultural, dietista e auxiliar de ação direta.

Esta equipa, da qual não faz parte o EER, tem o primeiro contacto com o utente no acolhimento em que o utente e o cuidador informal participam numa reunião interdisciplinar. Nesta reunião são encontradas estratégias para atingir os objetivos do internamento, que devem ser realistas, exequíveis e traçados em conjunto com o utente/cuidador informal e que farão parte do plano individual de intervenção (PII). Segundo Hesbeen “para que uma equipa obtenha bons resultados, deve ser construída e orientada em torno de projectos de cuidados – ou do projecto de cuidar de uma pessoa – dirigidos aos doentes e seus próximos. Ela deve, portanto, estar motivada para investir a sua energia, o seu “pacote de recursos” para atingir objectivos profissionais partilhados” (2003, p.71).

O enfermeiro tem nesta fase um papel preponderante ao utilizar como objeto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida e tendo em conta que

“ os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, (...) promover os processos de readaptação após a doença” (OE, 2003, p.5).

O enfermeiro especialista, segundo referido no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, trará o acréscimo de otimizar os cuidados envolvendo “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.” (OE, 2010, p.2). Pode, desta forma, melhorar a informação para o processo de cuidar e encontrar soluções eficazes a implementar. Nomeadamente o EER “avalia os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade” (OE, 2010, p.4) e “faz o diagnóstico das resposta humanas desadequadas

a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” (OE, 2010, p.4), para encontrar e aplicar planos de intervenção com o objetivo de desenvolver capacidades adaptativas que levem ao autocuidado ou autocontrolo.

Como o tempo de internamento preconizado para as Unidades de Convalescência é de apenas trinta dias torna-se fundamental assegurar estratégias de continuidade de cuidados. Muitas vezes, para ajustar as respostas sociais e de saúde é essencial potenciar o nível de autonomia do utente, para que se consiga reinserir com o menor nível de sobrecarga possível para si e para o cuidador informal. Emerge, neste paradigma da reabilitação, readaptação e reinserção – os três princípios fundamentais da RNCCI, uma atuação interdisciplinar implicando um trabalho integrado e pró-ativo das equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento do utente e cuidador informal (UMCCI, 2007). A atuação interdisciplinar permite “uma abordagem à realidade que implica uma atitude de abertura à compreensão holística e à actuação situada e colaborativa” (ALARCÃO e RUA, 2005, p.8). Segundo a OE (2010, p.4,5) nas competências comuns para o enfermeiro especialista, este “demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada” e “lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade” encontrando estratégias para resolver problemas em parceria com o utente, baseando-se no conhecimento fundamentado e experiência, participando na construção da tomada de decisão em equipa, desempenhando inclusive, o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. Para Hesbeen “o valor de uma equipa manifesta-se pela capacidade que os diferentes prestadores de cuidados desta equipa têm para, com os recursos de que dispõem, articular os meios de modo a oferecerem à população uma verdadeira combinação de competências.” (2003, p. 69)

Sabe-se hoje, que as doenças do sistema cardiovascular ocupam um espaço muito importante no grupo de patologias que atingem a nossa população, criando situações de incapacidade no indivíduo e na família com severas repercussões económicas e sociais;

“as doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC) (...) com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e directas, para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, que urge minorar. Por este facto, a abordagem destas doenças justifica

uma actuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde, através de um Programa Nacional que tente não apenas evitar estas doenças e reduzir as incapacidades por elas causadas como prolongar a vida” (DGS, 2006, p.4).

Durante o ano de 2010 foram admitidos 1667 utentes com diagnóstico de AVC nas Unidades de Convalescência da RNCCI (dados cedidos pela UMCCI, 2011), sabendo-se que a dependência em AVD (92%), o ensino ao utente/cuidador informal (88%) e a necessidade de reabilitação (86%) foram os principais motivos de referência, (UMCCI, 2011, p. 61). Na Unidade Convalescência, onde desempenho funções, o diagnóstico de AVC foi motivo de internamento em 38,6% do total de admissões em 2010.

Desde 2010 que temos implementado um programa - “Planeamento da alta ao utente com Acidente Vascular Cerebral”, que surgiu pela necessidade de assegurar a continuidade de cuidados a todos os utentes admitidos com o diagnóstico de AVC na Unidade. As intervenções da equipa multidisciplinar têm como objetivo otimizar as capacidades da pessoa com AVC e cuidador informal como parceiros na continuidade dos cuidados, melhorar a articulação entre a Unidade e cuidadores/parceiros formais na comunidade, incentivar à melhoria contínua da qualidade criando instrumentos de medida objetivos e estimular um funcionamento da equipa multidisciplinar concertado, integrado e pró-ativo.

Neste programa são utilizados os seguintes instrumentos: o guia informativo para utentes e cuidadores informais, a folha de colheita de dados de enfermagem, o registo do planeamento da alta, o registo de utentes com AVC e a folha de dados do cuidador informal. Em reuniões de equipa temos constatado que seria importante um guia de orientação para profissionais sobre os ensinamentos a efetuar à pessoa com AVC e cuidador informal para promoção do planeamento estruturado da alta da pessoa com AVC. Foi desenvolvido um exemplar que gostaria de reestruturar e validar durante os estágios clínicos para posterior implementação na Unidade, com a respetiva intervenção do EER, (ANEXO I).

1.2 Contributos da Investigação

A investigação encontra-se estreitamente ligada com a qualidade dos cuidados e benefícios trazidos aos utentes, se “actuarmos de forma certa, a prática baseada na evidência *ajudará* a melhorar as experiências de cuidados na saúde e na doença das

peças” (PEARSON e CRAIG, 2002, p.4). Apresento, de seguida, alguns contributos encontrados que ajudaram na escolha da problemática e dos locais para o ensino clínico. Permitiram, de igual forma, a compreensão da área temática à medida que foi sendo contextualizada com a prática no ensino clínico.

Segundo a American Association of Neuroscience Nurses (AANN, 2009), no guia para cuidar do paciente com AVC hospitalizado, é fundamental que os enfermeiros tenham conhecimentos atualizados sobre as normas de atuação nas situações de AVC, para que atuem rápida e adequadamente. Nessa intervenção está incluída a deteção precoce dos sinais focais de AVC, o encaminhamento para Unidades de AVC, a monitorização para administração de terapêutica trombolítica (rtPA), a avaliação neurológica, os posicionamentos, a mobilização precoce, o apoio nutricional e os cuidados na disfagia, o apoio emocional e deteção de estados depressivos, bem como o acompanhamento no transtorno de expressão emocional involuntária (*involuntary emotional expression disorder ou IEED*), entre outras.

Apesar de apenas uma minoria de doentes com AVC se apresentar com uma situação de risco de vida imediato, muitos têm alterações fisiológicas significativas ou comorbidades (ESO, 2008), tornando-se premente a intervenção reabilitadora de uma equipa multidisciplinar vocacionada. Os resultados do estudo efetuado por Hill et al (2009) demonstraram a evidência de que os cuidados ao utente com AVC requerem uma abordagem multidisciplinar, em que os enfermeiros com domínio na área da neurociência desempenhavam um papel significativo, sendo até considerado crucial em cerca de 53% das recomendações inseridas nas *Clinical Guidelines for Acute Stroke Management* da *National Stroke Foundation*. Numa revisão da literatura Pryor (2005) procura encontrar a perceção do conhecimento de enfermagem para a reabilitação e a importância dessa perceção para bons cuidados na reabilitação. A autora considera relevante para a temática o estudo de Burton (2000), em que os enfermeiros se consideraram como: prestadores de cuidados – “fazendo”, facilitadores da recuperação da pessoa – “providenciando” e gestores de cuidados – “educando”. No desenvolvimento do seu raciocínio detecta um emergente papel de coordenação em que os enfermeiros orientam o dia-a-dia da equipa multidisciplinar. Pryor (2005) também foca o estudo de Sigleton (2000), que realça as relações positivas entre o paciente, o enfermeiro e o tempo de interação entre ambos, como fator preponderante para ajudar a pessoa a reabilitar para os seus novos “eus” emergentes, para a definição e redefinição do paciente. Relacionado

com esta constatação podemos recordar Meleis (2000), quando refere que é possível através da interação criar um contexto no qual o autocuidado e o tratamento por profissionais de saúde podem efetivamente ocorrer e em harmonia, promovendo a reformulação de uma nova identidade. A nível de competências do enfermeiro de reabilitação, Pryor (2005), efetua uma analogia entre dois estudos: Long et al (2001) e Pryor e Smith (2000, 2002 – tendo sido este um documento orientador para a definição de competências do EER na Austrália, pela Australasian Rehabilitation Nurses Association), referindo que em ambos os enfermeiros estão envolvidos na reabilitação física e psicossocial do paciente e que o seu papel na coordenação e comunicação tinha implícito um contexto de complexidade, sendo o enfermeiro um mediador que conseguia a confiança dos pacientes e seus cuidadores.

No entanto é transversal a todos os estudos o não reconhecimento do papel de referência e de delegação do enfermeiro enquanto reabilitador, mantendo-se a não valorização do conhecimento de enfermagem para a reabilitação. Em 2009 um estudo que explorou a contribuição da enfermagem para a reabilitação do utente a partir da perspectiva de enfermeiros que trabalham em unidades de reabilitação hospitalar, identifica um sentimento de “ambiguidade” trazido por uma incerteza em torno do papel da enfermagem de reabilitação, ao não se encontrar uma abordagem uniformizada para a reabilitação na equipa de enfermagem, apesar de individualmente parecer existir uma compreensão da importância do seu papel enquanto enfermeiro reabilitador. A crescer a esta dificuldade juntam-se fatores como a complexidade de trabalhar em equipa multidisciplinar, em que a igualdade de “*status*”, métodos de cooperação e resolução de conflitos são considerados problemas significativos. Sugere mais investigação na área visto que as relações profissionais na equipa multidisciplinar e os diferentes papéis desempenhados são um tema sobejamente falado mas pouco estudado, (PRYOR et al, 2009).

Num artigo que explora uma análise do conceito de autonomia em relação à reabilitação de pacientes com AVC em unidades de reabilitação, após consulta de 364 artigos sobre a temática, Proot et al (1998, p. 139) fala-nos na importância da parceria estabelecida com o utente para o projeto de reabilitação referindo “ser autónomo significa não só ser independente de outros, mas também agir de acordo com as suas próprias normas e ideais”. Refere que em muitas situações os utentes com AVC, sentem-se confusos, ansiosos e inseguros nos primeiros meses pós AVC, encontrando-se

fortemente dependentes de outras pessoas. Por isso, um conceito social de autonomia proporcionará uma melhor estrutura ética para a reabilitação, no seu desenvolvimento humano, em que a dependência é considerada como componente na condição humana e não apenas como ocasional ou accidental. Torna-se, desta forma, num conceito dinâmico que vai retratando não apenas quem é a pessoa, mas também no que se está a transformar - a adaptação à sua nova situação. Será neste processo dinâmico que “a equipa multidisciplinar de saúde se deve centrar (...) exigindo um constante aperfeiçoamento de intervenções terapêuticas e práticas de cuidados.” (PROOT, 1998, p. 144). Num outro estudo que efetuou em 2002 em que analisou, por método de entrevista, a perceção que os prestadores formais de cuidados têm sobre a autonomia dos utentes com AVC, concluiu que a intervenção multidisciplinar permite o encontrar de estratégias que promovem a autonomia nestes utentes, sendo que a sua eficácia depende de uma linguagem comum que deve ser partilhada. Refere a necessidade da coordenação da equipa para a constante mudança associada ao estado de autonomia, estando o enfermeiro habilitado para assumir este papel. Rodrigues (2009, p. 78) num estudo que efetuou sobre Educação para a Saúde na RNCCI refere que para os enfermeiros “a autonomia é vista como um factor salutogénico, visto que contribui positivamente para o bem-estar biopsicossocial do doente” e que consideraram primordial a promoção do autocuidado. É ainda referido que “sendo um objectivo de qualquer doente internado numa unidade de convalescença ou reabilitação o regresso a casa, é dada a importância de alargar a promoção dos auto-cuidados à família” (RODRIGUES, 2009, p. 78-79).

Numa outra revisão sistemática da literatura em que se procurou a contribuição da enfermagem para a reabilitação da mobilidade, Kneafsey (2007) refere que é consensual em todos os estudos que analisou a importância de uma abordagem de enfermagem pró-ativa para estimular os utentes para o movimento. Refere-se à importância de toda a equipa de reabilitação seguir as mesmas estratégias, dando o exemplo da abordagem de Bobath, salientando que “as sobreposições de intervenções das enfermeiras, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais para promover a mobilidade e o movimento devem ser exploradas para identificar potenciais áreas de maior colaboração.” (KNEAFSEY, 2007, p. 338). Nos deveres para com outras profissões (OE, 2009, Art. 91º) o enfermeiro enquanto membro da equipa de saúde assume o dever de atuação responsável na sua área de competência sem deixar de reconhecer a especificidade e os limites impostos da atuação de outros profissionais de saúde, trabalhando em articulação

e complementaridade com os mesmos, com a responsabilidade que lhe é própria nas decisões sobre promoção de saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.

Huijben-Schoenmakers, Gamel e Hafsteinsdóttir (2009) efetuaram um estudo descritivo, onde se salienta a forma como os utentes com AVC ocupavam o tempo nas unidades de internamento de reabilitação. Concluíram que o total de tempo diário gasto em atividades não terapêuticas sem supervisão profissional era de 80%, sendo que apenas 20% da ocupação diária era em atividades terapêuticas. Nas atividades terapêuticas 9% do tempo gasto era em cuidados de enfermagem, 4% em cuidados de fisioterapia, 3% em terapia da fala, 2% em terapia ocupacional sendo os restantes 2% relativos a cuidados médicos e a exercício autónomo. Na avaliação do tempo de interação com outros, os resultados demonstraram que os utentes se encontravam sozinhos em 59% do tempo. Perante os resultados, ao inferirem que existe evidência em que o treino de AVD é a melhor estratégia para reabilitar para a funcionalidade, mesmo em utentes com AVC há mais de um ano (basearam-se no estudo de Dobkin, 2004 e Page et al, 2004), concluíram a importância de os profissionais destas Unidades proporcionarem programas de reabilitação mais intensivos, adaptados às necessidades de cada utente. Reforçam a necessidade de uma melhor colaboração entre os elementos da equipa multidisciplinar, integrando programas de reabilitação contínuos e coordenados de forma a se efetuar treino de AVD ao longo do dia por enfermeiros, para além das atividades terapêuticas efetuadas em ginásio. Dockin (2005) refere que estudos randomizados enfatizam o desenvolvimento de competências relacionados com AVD em tratamentos intensivos orientados (16 ou mais horas), como trazendo maior benefício em comparação com apenas algumas horas semanais num programa de reabilitação geral. Segundo Branco e Santos a reabilitação à pessoa com AVC

“mais do que uma serie de exercícios isolados, realizados numa ordem estabelecida, deverão ser uma sequência de actividades de preparação para uma função real, e encaradas como um tratamento ou um modo de vida durante 24 horas por dia” (2010, p. 39).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Desenvolvi a fundamentação teórica com vista a uma adequada compreensão da problemática escolhida, incluindo os temas que considere pertinentes.

2.1 Alteração da mobilidade na pessoa com Acidente Vascular Cerebral

As doenças do sistema cardiovascular ocupam um espaço importante no grupo de patologias que atingem a população mundial, sendo considerada a primeira causa de morte a nível mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) estima-se que tenham morrido 17, 1 milhões de pessoas por Doença Cardiovascular em 2008, representando 30% do total de mortes a nível global, sendo que nessas estão incluídas 6,2 milhões relacionadas com o AVC. Para 2030 as estimativas apontam para um aumento de 23,6 milhões de pessoas cuja morte é provocada por estas patologias (OMS, 2011). Seguindo a tendência mundial, em Portugal as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte representando, em 2005, 34,0% de todos os óbitos (COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES (CNDC), 2007) e são “também, uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos. ” (DESPACHO n.º 19670/2005, p.13 299).

O AVC “ocorre quando parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída, devido a uma interrupção, ou bloqueio da irrigação sanguínea. Esta lesão provoca o aparecimento súbito de sintomas e sinais focais neurológicos que perduram para além das 24 horas, a não ser que a morte ocorra” (MARTINS, 2006, p.11), sabendo-se que ocorre mais frequentemente em indivíduos com fator de risco vascular. Estes fatores de riscos dividem-se em modificáveis e não modificáveis, consoante a possibilidade de os poder controlar, sendo a idade e a hipertensão arterial os de maior impacto para o AVC (FERRO e PIMENTEL, 2006). Muitas vezes os fatores de risco surgem associados entre si potenciando-se mutuamente e encontram-se concomitantemente associados a comportamentos e estilos de vida. Para a OE (2010, p. 28) as estratégias para a redução de risco nas doenças crónicas devem passar “por promover uma abordagem colaborativa, tendo como alvo uma maior consciencialização, proporcionar e incentivar escolhas

saudáveis realistas e economicamente acessíveis, e fazer das escolhas saudáveis escolhas fáceis.”

Classificam-se os AVC`s segundo a sua etiologia ou o território cerebral que ocupam. Classicamente podem ser reconhecidos três tipos de AVC: **acidente vascular isquémico, acidente vascular hemorrágico e acidente isquémico transitório** (AIT) (BRANCO e SANTOS, 2010). Os de origem isquémica representam cerca de 85% dos AVC`s (BRANCO e SANTOS, 2010) e ocorrem por bloqueio das artérias cerebrais, em que parte do cérebro é subitamente danificado pela interrupção da irrigação sanguínea e do consequente aporte de oxigénio e glicose, afetando os processos metabólicos do tecido cerebral.

O AVC hemorrágico resulta do extravasamento de sangue no tecido nervoso e pode ser devido a uma hemorragia cerebral, parenquimatosa ou subaracnóidea. O quadro clínico e prognóstico dependem do grau da lesão cerebral e do grau da hemorragia (MARTINS, 2002). Segundo Branco e Santos (2010, p. 20) “é uma situação catastrófica de instalação abrupta e mau prognóstico, a taxa de mortalidade situa-se entre os 50 e os 70%.”

As situações em que os sintomas, depois de instalados, são transitórios e desaparecem completa e espontaneamente em menos de 24 horas, por norma ao fim de alguns minutos, são características de um AIT, (FERRO e PIMENTEL, 2006). O AIT indicia que pode vir a decorrer uma lesão cerebral grave; um utente com AIT tem cerca de 5 a 10 vezes maior risco de AVC comparando com um utente da mesma idade sem episódios de AIT, (MARTINS, 2006).

A identificação célere do tipo de AVC é fulcral para a predição de resultados. A avaliação física e neurológica, bem como, a execução e interpretação correta dos exames complementares de diagnóstico, permitem distinguir se o AVC é isquémico ou hemorrágico, levando a abordagens terapêuticas distintas. Na primeira situação pode passar pela técnica de trombólise por via endovenosa com rtPA (usado até 3 horas após o início do quadro clínico) e na segunda por uma intervenção cirúrgica para drenagem do hematoma. Em ambas são defendidas medidas de controlo dos parâmetros fisiológicos, prevenção e tratamento das complicações e reabilitação (FERRO e PIMENTEL, 2006).

As alterações que decorrem do AVC dependem da área afetada, da extensão da lesão e do estado geral de saúde da pessoa. Destacam-se, usualmente, a perda de capacidades motoras, sensitivas, de visão, da compreensão e/ou expressão da linguagem

e até mesmo a perda de consciência (MARQUES, 2007). No que concerne às que se reportam à alteração da mobilidade, a hemiplegia é a alteração mais evidente no AVC. Numa fase inicial o hemicorpo afetado encontra-se flácido e sem movimentos voluntários, não se verificando resistência ao movimento passivo (BRANCO e SANTOS, 2010). A perda de tônus e força muscular do lado afetado, implicam uma alteração importante na mobilidade da pessoa, encontrando-se o hemicorpo não afetado em risco de adoção de padrões inadequados usados como forma de compensação. A recuperação da função motora com uma evolução para a espasticidade é a ocorrência mais frequente (OMS, 2003), sendo, normalmente, mais intensa nos músculos anti gravíticos do hemicorpo afetado – flexores e adutores do membro superior e os extensores do membro inferior. O padrão espástico na pessoa com AVC é uma das condições mais importantes no aparecimento de alterações motoras e do equilíbrio e está “directamente relacionado com o local, a gravidade da lesão e a ausência ou o desenvolvimento de um programa de reabilitação”, (BRANCO e SANTOS, 2010, p.26).

Na pessoa com AVC, a alteração de funcionamento das reações posturais automáticas no hemicorpo lesado (que permitem os movimentos de retificação, alinhamento postural e reações de equilíbrio), impedem o uso “de padrões normais de postura e de movimento, essenciais para a realização de actividades funcionais e realização de actividades de vida diária” (BRANCO e SANTOS, 2010, p. 26).

Após o AVC podem ocorrer alterações de percepção e perda de discriminação sensorial em que o utente apresenta dificuldades em reconhecer zonas do seu corpo e em que posição o mesmo se encontra (OMS, 2003). As alterações da função sensorial mais frequentes são os défices sensoriais superficiais, proprioceptivos e visuais, encontrando-se os distúrbios da percepção relacionados com posição no espaço, constância de forma, figura de fundo, percepção da profundidade, relações espaciais e orientação topográfica como os mais frequentemente encontrados no hemicorpo afetado (BRANCO e SANTOS, 2010).

Todas estas perturbações podem levar a incapacidades do comportamento (capacidade de aprender, consciência de si próprio, da sua continuidade no tempo, quer relacionado com as actividades quotidianas, quer no relacionamento com os outros), incapacidade no cuidado pessoal, incapacidade em comunicar, incapacidades na locomoção (deslocação quer do próprio, quer de objetos de um lugar para o outro),

incapacidade de posicionamento do corpo e incapacidades de destreza (MARTINS, 2002).

Embora não diretamente relacionadas com a mobilidade, as alterações da função cognitiva, das emoções e do comportamento, a disfagia e a alteração da eliminação, encontram-se na sua interdependência e podem contribuir para alterações na mesma. Algumas complicações secundárias que surgem, como as respiratórias (infecções e embolia pulmonar) e as motoras (síndrome ombro-mão; ombro doloroso; sub-luxação do ombro e edema da mão), interferem no padrão de mobilidade da pessoa. Para Borgman-Gainer (HOEMAN, 2000, p. 253) mobilidade

“implica iniciar um padrão de movimento para cada membro, coordenar esses padrões entre os membros, adaptar a força e a velocidade do padrão de movimento para contrariar a resistência e/ou condições sensoriais com que se depara na execução da tarefa e manter o equilíbrio corporal, apesar das mudanças no centro de gravidade quando os membros se movem em relação ao tronco”

e pressupõe a existência da capacidade para sentir o ambiente, para processar a informação percebida ao sentir o ambiente, para lembrar as principais sequências do movimento e capacidade para selecionar as respostas adequadas implementando a resposta motora correta (HOEMAN, 2000).

Dando resposta às necessidades da pessoa com AVC o EER tem competência para efetuar a neuroavaliação de enfermagem. Pela avaliação do estado de consciência, reação pupilar, pares cranianos, força muscular, sensibilidade, tônus muscular e coordenação motora, efetua planos de intervenção adequados à situação evolutiva da pessoa. Segundo a OE (2010, p. 3) o EER “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades” e “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto -cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.”

Intervenções relacionadas com: posicionamentos para promoção do padrão anti-espástico; mobilizações contemplando todos os exercícios possíveis de cada articulação; atividades terapêuticas como as auto-mobilizações, a ponte, o rolar, a facilitação cruzada, a carga no cotovelo, o treino de equilíbrio, as transferências cama/cadeira de rodas e o treino de marcha controlado permitem inibir a instalação do padrão espástico, aumentar a força, sensibilidade e tônus muscular, prevenir as complicações e promover a integração do hemisorpo (SÁ, 2011).

Considerando que o enfoque da reabilitação da pessoa com AVC se encontra no habilitar o indivíduo para a sua nova condição de vida, promovendo a sua adaptação ao meio que o rodeia, será importante a integração nos seguintes níveis: atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), relação com a família e relação com a sociedade, (BRANCO e SANTOS, 2010). Nas ABVD encontram-se o vestir, tomar banho, alimentar-se, transferir-se de posição e o controlo de esfíncteres enquanto as AIVD incluem tarefas relacionadas com a integração da pessoa no meio ambiente, como a capacidade para preparar os alimentos, utilizar o telefone, tomar medicação, gerir dinheiro, usar meios de transporte, entre outras. O EER presta cuidados, no âmbito da enfermagem de reabilitação, a pessoas com incapacidade, promovendo a máxima independência nas AVD e tem um papel preponderante para a capacitação e “*empowerment*” da pessoa e dos seus cuidadores na gestão da sua situação de necessidade especial, promovendo desta forma a qualidade de vida (OE, 2009, p.24). A OE coloca na segunda competência do EER, uma unidade de competência que nos diz que ao elaborar e implementar um programa de treino de AVD, que visem a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida, o EER “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2010, p.4,5).

2.2 O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nas Unidades de Convalescença

São significativas as alterações fisiológicas e co morbilidades subsequentes ao AVC, tornando-se premente a intervenção reabilitadora de uma equipa multidisciplinar vocacionada (ESO, 2008). A abordagem integrada e multidisciplinar deve ser efetuada num contínuo de cuidados “desde a prevenção primária, secundária, à reabilitação, correção de factores de risco, cuidados pós-alta de unidade de reabilitação e apoio no domicílio” (UMCCI, 2007, p. 13). Importa referir que o papel do EER tem implícita uma transversalidade nas diferentes fases da abordagem, na medida em que ao ser detentor de conhecimentos especializados, fundamentados na investigação, lhe permite uma intervenção que visa

“promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida (...) intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (OE, 2010, p.2).

É recomendação da ESO (2008), com evidência de nível A, a admissão de utentes numa Unidade de AVC para receberem reabilitação coordenada e multidisciplinar, sendo que em Portugal esta resposta é dada pelas Unidades de Convalescença da RNCCI. A metodologia de trabalho utilizada nas Unidades de Convalescença da RNCCI baseia-se no desenvolvimento de uma avaliação completa, integral e interdisciplinar de cada utente, para uma promoção integrada da sua autonomia. No Referencial do Enfermeiro para RNCCI os EER, no modelo de cuidados integrados da RNCCI, desempenham “um papel *pivot* na equipa multidisciplinar, determinantes no processo dos cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração, das pessoas dependentes, no ambiente familiar potenciando o seu desenvolvimento” (OE, 2009, p. 24).

Segundo a *Royal College of Nursing* (RCN, 2009) é necessário numa abordagem multidisciplinar, a clarificação dos diferentes papéis de cada profissional para uma intervenção nos cuidados centrados na pessoa. Num guia elaborado sobre o papel do enfermeiro no apoio à reabilitação de pessoas idosas com o objetivo de maximizar a sua independência, onde é focado o contexto de reabilitação em unidades de reabilitação (*intermediate care*), são referidas funções do enfermeiro para a reabilitação relacionadas com **papeis de suporte** (através de apoio psicossocial e emocional, assistindo nos processos de transição, melhorando estilos de vida e permitindo a expressão da pessoa e a sua vida cultural), com **promoção da funcionalidade** (maximizar a independência, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida), com **educação para o autocuidado** (promovendo competências nas AVD) e um **papel facilitador para o melhorar das funções que permitam melhores experiências de vida** e maior independência nas mesmas (atividades onde se incluem o controlo e alívio da dor e o assegurar de uma nutrição adequada) (RCN, 2009, p.8).

Num programa de reabilitação a participação do utente passa pelo aprender e reaprender as novas competências, que tem que ser praticadas e reintegradas nas actividades de vida, sendo nesta fase “que as 24 horas de responsabilidade de cuidados

que a equipa de enfermagem detém, podem ser de extrema utilidade” (RCN, 2009, p. 8), oferecendo suporte e ensino/educação. O que faz a diferença, em relação a outros técnicos de saúde, é o tipo de informação recolhida, a observação efetuada e as técnicas terapêuticas efetuadas durante este tempo prolongado de contacto, (RCN, 2009). Segundo Davies (1996),

“a reabilitação bem-sucedida depende não somente das várias sessões de terapia mas também do que acontece ao paciente durante as horas restantes do dia e da noite. Até mesmo a posição em que ele dorme pode fazer uma diferença notável para o resultado final. Não importa o quão boa seja a terapia, se durante o resto do tempo o paciente se movimentar com esforço, em padrões anormais de movimento, a espasticidade aumentará e a maior parte do que ele alcança durante a terapia será perdida e não levada para a sua vida diária” (BRANCO e SANTOS, 2010, p.39)

A OE no Referencial do Enfermeiro para a RNCCI, refere-se ao papel essencial do EER nas Unidades de Convalescença, uma vez que a sua intervenção “se dirige essencialmente à recuperação e à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objectivo de preparar o regresso a casa, de que resultam ganhos em saúde significativos” (2009, p.22-23). Na reinserção familiar e social do utente com AVC será essencial que o EER articule com os recursos da comunidade, pela necessidade da continuidade do projeto de cuidados de reabilitação. A articulação deve ser efetuada com equipas vocacionadas para o acompanhamento da situação (suporte social e de saúde), onde será importante o conhecimento que o EER detém sobre a relação existente entre o utente e o cuidador informal, que analisou durante o internamento.

Mas nem em todas as situações se consegue os apoios necessários para a continuidade dos cuidados, recaindo no cuidador informal uma grande responsabilidade pelo bem-estar e saúde daquela pessoa. Nesta perspetiva os EER nas Unidades de Convalescença têm a oportunidade, através das suas intervenções, de minimizar o impacto das incapacidades instaladas pelo AVC, melhorando as funções residuais e promovendo independência nas atividades de vida, maximizando a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010), para que ingresse no seu domicílio com o maior nível de autonomia possível, prevenindo uma sobrecarga para o cuidador. Este projeto de cuidados nem sempre é possível em contexto de internamento hospitalar pela exigência da precocidade das altas, política de saúde defendida atualmente. A passagem desse meio para as Unidades de Convalescença permitirá uma intervenção reabilitadora, em que o EER fornece ensino/educação ao utente e cuidador informal,

apoia na decisão e disponibiliza recursos necessários, tais como ensinamentos de técnicas específicas de autocuidado, treino de AVD, ensino e supervisão de produtos de apoio e identificação de barreiras arquitetônicas e possível eliminação das mesmas, promovendo a reinserção e cidadania da pessoa (OE, 2010). Heesben defende com harmonia esta perspectiva,

“a reabilitação, combina uma disciplina e um espírito cuja intenção é trabalhar para que as pessoas e populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade, se tornem o mais independentes possível perante as situações que encontram ou que irão encontrar no quotidiano (...) é sua missão dar mais vida ao tempo que passa.” (2003, p.54).

2.3 Referencial teórico

Sabendo-se que “o pensamento teórico é essencial em todos os empreendimentos profissionais” (MELEIS, 1991, p. 2), considero importante para o desenvolvimento deste projeto o uso de referenciais teóricos que norteiem as intervenções de enfermagem, tendo escolhido o contributo do modelo de vida de Nancy Roper com enquadramento das atividades de vida e a filosofia dos cuidados de enfermagem de Collière enquanto cuidados promotores de saúde, que visam um ganho de autonomia por parte do utente.

Segundo Roper et al (1995, p. 24) o uso do seu modelo ajuda as enfermeiras a verem “o enorme campo de acção que têm para o ensino de saúde, para promoverem e manterem a saúde, para evitarem a doença e promoverem a reabilitação”. Utiliza as atividades de vida como componente principal do modelo, considerando que são todas as atividades que fazem parte integrante da nossa vida quotidiana, num contínuo de dependência-independência. Contribuem para um processo complexo, em que cada atividade está intimamente relacionada. Segundo Roper et al “o relacionamento da mobilidade com todas as outras actividades de vida deve ser imediatamente evidente; o comportamento associado com as actividades respiratórias, alimentação, eliminação, trabalho e lazer e por aí fora, todos incluem movimento, pois mesmo a dormir, os sistemas corporais continuam a sua actividade sem cessar” (1995, p. 28).

Contextualizado com a problemática - pessoa com alteração da mobilidade decorrente de AVC, Roper et al (1995) refere que existem circunstâncias, como a doença, que podem resultar na dependência numa ou mais atividades de vida, sendo que esta dependência pode ser de ajuda de outras pessoas ou de ajudas especiais e de equipamento, como é o exemplo de uma cadeira de rodas que oferece «independência

auxiliar» para a atividade de vida mobilidade. Menciona a importância de a enfermeira conhecer a forma como a pessoa vive com os problemas trazidos pela alteração da mobilidade, para que as intervenções possam ser planejadas para permitir o máximo de independência.

Refere-se a um reconhecimento que os problemas das pessoas podem ser reais ou potenciais, significando por isso que a resposta de enfermagem se concentra não só nos problemas existentes mas também na preocupação em evitar problemas. Situação, esta, particularmente importante para as intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC, em que para além da promoção da funcionalidade se trabalha em função da prevenção de maior incapacidade. Segundo Collière, podemos atribuir uma conotação libertadora aos cuidados, quando com os mesmos se conseguem promover capacidades nas pessoas para se cuidarem e cuidarem dos outros, se reconhece nas pessoas cuidadas o seu saber utilizando-o e potenciando-o, indo de encontro à promoção da sua autonomia, ao “*utilizar o poder que lhes resta, mobilizar tudo aquilo de que ainda são capazes, inclusive o seu desejo, e ver com eles o que permite e/ou limita a sua realização*” (2003, p.291).

Os cuidados de manutenção da vida segundo Collière são entendidos como “ todos os cuidados permanentes e quotidianos que tem como função insubstituível assegurar o que é vital e indispensável para continuar a viver, tendo em conta e mobilizando tudo o que existe, tudo o que permanece das capacidades de vida da pessoa ou do grupo” (2003, p.289). Isto é entender os cuidados de manutenção como todas as atividades que permitem a continuidade da vida, relacionados com a alimentação, hidratação, eliminação, higiene e movimento, bem como, incluiu todas atividades que contribuem para o desenvolvimento da vida das pessoas, que permitem estabelecer a sua rede sociofamiliar, as suas relações afetivas e a compreensão da razão da sua existência (COLLIÈRE, 2003).

Enquanto criativos, estes cuidados, permitem o uso de instrumentos que compensam limitações da motricidade, favorecendo o ganho na autonomia. Segundo Collière “estar a par destes dispositivos de compensação, utilizá-los, aconselhá-los, ensinar as pessoas a servir-se deles, faz parte integrante do domínio dos cuidados de enfermagem” (1999, p.265). Também refere que é “ao nível da vida quotidiana que os doentes se veem em dificuldades para atenuar ou assumir as consequências da sua doença” (COLLIÈRE, 1999, p. 141) e que a pessoa ao se tornar objeto de cuidados,

significa que os mesmos não tem sentido senão em relação à sua realidade, com a maneira como vive e como vive a sua doença. Considero que este conceito pode ser relacionado com a pessoa com AVC, pela necessidade de se readaptar a uma nova forma de vida e aprender a viver com a doença no seu contexto de vida, sendo que “cuidar é por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou psico-afectiva enfrentar a vida quotidiana” (COLLIÈRE, 2003, p.331).

Relacionado com a atuação interdisciplinar nas unidades de Convalescença, podemos reportar a um dos pressupostos do modelo de Roper et al (1995, p. 43) referindo que “as enfermeiras são parte de uma equipa multiprofissional de saúde que trabalha em associação para o benefício de um cliente/doente e pela saúde da comunidade”. Collière refere que a nível dos serviços, os cuidados de enfermagem não podem desenvolver-se senão por intermédio das equipas, que devem questionar e refletir em comum “em torno das situações, que lhes dão vida e sentido” (1999, p. 338).

3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS PROPOSTOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O EER é detentor de um elevado nível de conhecimentos e experiência que permitem, através das suas intervenções, promover a saúde, prevenir complicações secundárias e reabilitar maximizando o potencial da pessoa (OE, 2010). No regulamento das competências específicas do EER são atribuídas as seguintes competências:

- “ a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.” (OE, 2010, p.2)

Com a finalidade de promover os cuidados de reabilitação prestados à pessoa com AVC nas Unidades de Convalescença pelas intervenções do EER, inserido na equipa multidisciplinar estabeleci o seguinte objetivo geral: **Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação a pessoas com Acidente Vascular Cerebral, numa perspectiva de cuidados diretos em internamento numa Unidade de Convalescença.**

Para atingir o objetivo geral proposto e para dar resposta às competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (2010), estabeleci objetivos específicos e atividades para os atingir, bem como, delineei critérios de avaliação para permitir a evidência do desempenho profissional. Para melhor compreensão são sistematizados estes itens em tabelas, (APÊNDICE I).

Segundo Benner (2001, p. 12) “as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados”, considerando necessário o “saber fazer” adquirido através da experiência, para a perícia. O enfermeiro especialista, considerado como perito, utiliza competências percetivas nas situações concretas e consegue efetuar um diagnóstico e planear intervenções individualizadas e holísticas, agindo “a partir de uma compreensão profunda da situação global” (BENNER, 2001, p. 58). Para a autora é atribuído um significado à experiência, em que a teoria é valorizada porque oferece o que pode ser explicitado e formalizado, fundamenta a investigação e permite que se coloquem as questões certas, mas será a prática “ sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (BENNER, 2001, p. 61). O confronto com todas estas

realidades que leve a uma análise crítica reflexiva das práticas permite desenvolver uma compreensão aprofundada de todo o processo que envolve os cuidados de enfermagem, nas suas dimensões éticas, políticas, sociais e económicas.

Neste sentido foram selecionados campos de estágios onde pudesse concretizar as atividades propostas e que permitissem a contextualização da problemática. Na sua escolha foram transversais alguns critérios, nomeadamente, o permitir o contacto com pessoa com AVC e cuidador informal em diferentes realidades (internamento e domicílio) e a existência de equipas multiprofissionais, onde fosse possível compreender as intervenções do EER, (APÊNDICE II). Os ensinamentos clínicos foram estruturados cronologicamente (APÊNDICE III), permitindo o contato com a pessoa com AVC e cuidador tanto em contexto de comunidade como em contexto de internamento em instituições de saúde.

De seguida será descrito e analisado criticamente os objetivos propostos e as atividades desenvolvidas para aquisição de competências de enfermeiro especialista durante os ensinamentos clínicos. A análise nos diferentes contextos foi organizada por experiências de cuidar pressupondo a passagem de uma pessoa após o AVC por uma Unidade de Via Verde do AVC, por um Centro Especializado em Reabilitação, por um serviço hospitalar e no seu domicílio, com intervenção de equipas de saúde na comunidade. Para Collière “clarificar a identidade dos cuidados de enfermagem (...) a identificação da natureza, a razão de ser, a significação, a estimativa social e económica da prestação de cuidados oferecida aos utilizadores, parece ser a chave da evolução da profissão.” (1999, p.20), sendo que

“é a partir da análise da situação, evidenciando a identificação dos problemas de saúde, que é possível justificar a natureza dos cuidados de enfermagem, o tempo que exigem, não apenas para a realização mas também para a preparação: tempo de escuta, tempo de explicação, tempo de experimentação de uma ou outra ajuda, tempo de contacto com a família...esse tempo cuja medida é, essencialmente, o grau de dependência das pessoas tratadas.”(COLLIÈRE, 1999, p.306).

3.1. Pessoa com alteração da mobilidade decorrente do Acidente Vascular Cerebral em contexto de internamento em instituições de saúde

No decorrer dos ensinamentos clínicos em contexto de internamento foram encontrados denominadores comuns que importa referir. As abordagens multidisciplinares

experienciadas permitiram-me compreender, que em reuniões estruturadas e calendarizadas, a equipa efetuava a partilha de informações e o delinear de objetivos para aquela pessoa, sendo implicado as necessidades de cuidados de saúde, a implementação de cuidados precoces de reabilitação e as respostas sociais para a alta. Segundo Alcântara (2009, p.2) “é um momento particularmente importante da actividade porque não só se definem as metodologias de actuação em relação a cada doente em concreto mas também porque o esforço de congruência entre a visão dos vários profissionais deve constituir um momento de aprendizagem e auditoria comum”.

A avaliação funcional no processo de reabilitação interdisciplinar foi um critério comum no trabalho destas equipas, componente essencial da reabilitação. Segundo Hoeman (2000) a investigação disponibiliza e valida instrumentos de avaliação que quando corretamente utilizados dão-nos um **conhecimento da situação com maior precisão e passíveis de serem transmitidos numa linguagem científica comum interdisciplinar**. Pude constatar, nas reuniões das equipas que presenciei, que cada profissional contribuía com avaliações específicas da sua área para encontrar objetivos comuns, indo de encontro ao referido por Hoeman em que “a equipa assegura o esforço colaborativo, sendo cada membro responsável pelas intervenções regulamentadas pela sua especialidade profissional” (2000, p. 161). O conhecimento do EER, nestas reuniões, era valorizado trazendo informação adicional sobre a avaliação das atividades de vida diárias, avaliação da dor e medidas de controlo da mesma, avaliação da integridade cutânea, o comportamento apresentado pela pessoa do ponto de vista da sociabilidade, colaboração e agitação psico-motora, alterações do padrão do sono, as redes de suporte presentes (visitas regulares de familiares e amigos e se o utente costuma sair de fim-de-semana), bem como, as especificidades de cada pessoa que importa trazer à equipa multidisciplinar para melhor compreensão do processo de reabilitação. Segundo a OE “especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (2010, p.1), encontrando estratégias para resolver problemas em parceria com o utente, baseando-se no conhecimento fundamentado e experiência, participando na construção da tomada de decisão em equipa, desempenhando inclusive, o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade.

Melhorar as acessibilidades das pessoas em fase aguda das doenças cerebrovasculares aos cuidados de saúde mais adequados pode conduzir a ganhos de saúde, traduzidos na redução da morbilidade e da mortalidade, sendo as Vias Verdes essenciais não só do ponto de vista da acessibilidade mas também, para permitir o tratamento mais eficaz em tempo útil, (CNDC, 2007). Esta condição é considerada atualmente de crucial importância pela existência de “um tratamento eficaz para o AVC isquémico quando aplicado até às 3 horas desde o início do quadro clínico, mas perigoso se utilizado mais tarde” (FERRO e PIMENTEL, 2006, p. 79). Neste contexto, foi requerido uma semana de ensino clínico numa Unidade Cerebro Vascular (UCV) pretendendo desenvolver competências de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC e cuidador informal na fase aguda do AVC, (APÊNDICE II). Percebendo que o limite temporal é restrito, houve necessidade de estruturar as atividades a desenvolver consoante disponibilidade da orientadora e do serviço, pelo que foi elaborado uma grelha de observação, (APÊNDICE IV).

Nesta UCV a equipa multidisciplinar reúne diariamente e as estratégias encontradas são implementadas pelos diferentes profissionais, havendo sempre a preocupação de as iniciar o mais precocemente possível. O início precoce do processo de reabilitação na pessoa com AVC é um critério que o EER nesta Unidade considera fundamental, não se encontrando estabelecido prazo temporal, dependendo, essencialmente, da estabilidade de critérios clínicos e da tolerância às técnicas de reabilitação. Segundo a ESO “existe uma falta de consenso quanto à definição de “início precoce”, os ensaios que compararam início precoce e tardio da reabilitação revelaram melhor prognóstico se o tratamento for iniciado dentro dos primeiros 20-30 dias após o AVC” (2008, p. 73). Contudo, a imobilidade está relacionada com várias complicações imediatas do AVC, nomeadamente, a trombose venosa profunda, úlceras de pressão, contraturas, obstipação e pneumonia de aspiração, confirmando que “a mobilização é um componente fundamental da reabilitação precoce.” (ESO, 2008, p.73). É referido por Martins (2006) baseando-se em Fontes (2000) que “o programa de reabilitação deve iniciar-se 48 a 72 horas após o AVC, actuando simultaneamente na prevenção das complicações respiratórias com cinesiterapia respiratória, aspiração de secreções, mobilização dos membros, nomeadamente plégicos, no treino do equilíbrio do tronco, da alimentação e estimulação cognitiva” (MARTINS, 2006, p. 27). Segundo Hoeman na

situação de AVC “a terapêutica pelo movimento começa logo que o utente está medicamente estável, habitualmente às 25 a 36 horas” (2000, p.266).

O EER, nesta equipa, organiza e implementa os cuidados de enfermagem de reabilitação, fazendo uma abordagem à pessoa no seu todo e não apenas ao seu défice neurológico, nomeadamente ao efetuar uma colheita de dados completa obtida através do processo clínico, análise dos exames auxiliares de diagnóstico, dados colhidos junto ao utente ou familiar, da semiologia clínica com ênfase na neuroavaliação e análise permanente da evolução clínica do utente. Segundo MENOITA “uma correcta neuroavaliação das alterações, ou potenciais alterações, do estado neurológico pode ser a chave do sucesso da Reabilitação” (2012, p.40). Concomitantemente a estas informações faz uso “de um conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-respiratória e motora ” (OE, 2010, p.4) que lhe permite uma tomada de decisão efetiva, direcionada e segura, permitindo-lhe estabelecer **planos de reabilitação precoces**. Pude observar o enfoque dado à mobilização e levante precoces, bem como, ao ensino e treino dos posicionamentos em padrão anti-espástico e motivação do utente para manter estes posicionamentos. Segundo BRANCO E SANTOS “o enfermeiro de reabilitação deve planear desde o início todos os seus cuidados, de modo a minimizar, ou se possível, contrariar o aparecimento do padrão espástico” (2010, p. 51).

Foi interessante verificar a preocupação do EER em pedir aos cuidadores informais objetos com quais o utente se identificasse, sendo comum encontrar na unidade de cada utente fotografias colocadas na lateralidade afetada pelo AVC. Para além de permitir uma adaptação mais familiar do meio físico, que pelas exigências clínicas para tratamento de AVC é de grande complexidade tecnológica, encontra-se nesta forma de atuar do EER um objetivo terapêutico quer pela facilitação cruzada quer pela estimulação cognitiva. Segundo Rice (2004) objetos significativos para a pessoa, como fotografias antigas, podem ser terapêuticos ao conduzirem a referências temporais e espaciais (BRANCO e SANTOS, 2010). Branco e Santos (2010, p.122) referem que “a reabilitação da Pessoa com AVC, mais do que um momento ou uma acção, deve ser um processo permanente de ajuda e descoberta de soluções e de adaptações novas, onde seja possível uma interacção positiva entre ela e o ambiente onde está inserida”.

O instrumento utilizado pelos diferentes profissionais da unidade para avaliação clínica do estado neurológico no utente com AVC agudo é a “*National Institute of Health Stroke Scale*” (**NIHSS**). Permite uma avaliação sistematizada e quantitativa das alterações

nerológicas, especificamente relacionadas com o AVC, relativamente á consciência, linguagem, negligência hemiespacial (*neglet*), campo visual, movimentos oculares, força muscular, ataxia, disartria e perda sensitiva (MENOITA, 2012). A sua aplicação pelo EER é efetuada na admissão do utente, e diariamente durante o internamento. Permite

“avaliar a gravidade, o prognóstico e fazer uma previsão da probabilidade de recuperação do doente após o AVC e com isso determinar o nível de prestação de cuidados e intervenções necessárias. Um valor superior a 16 indica uma elevada probabilidade de morte ou grave incapacidade, enquanto um valor menor que 6 aponta para uma boa recuperação” (SILVA, 2010, p. 13).

Segundo a ESO (2008, p.17) “apesar de apenas uma minoria de doentes com AVC se apresentar com uma situação de risco de vida imediato, muitos têm alterações fisiológicas significativas ou co-morbilidades”, devendo ser reconhecido precocemente os sintomas e sinais que possam prever complicações tardias como hemorragias ou AVC recorrente, pelo que a gravidade do AVC deve ser avaliada por pessoal treinado utilizando a *National Institutes of Health Stroke Scale*.

Durante o período do ensino clínico tive oportunidade de observar o ensino e treino de AVD e de exercícios para realizar no domicílio que o EER efetua com a pessoa com AVC e cuidador informal, componente essencial na capacitação da pessoa com limitação da atividade ou restrição da participação provocada pelo AVC para reinserção no seu meio social, até porque 50% dos utentes da UCV têm alta para o domicílio (dados fornecidos pela chefia de Enfermagem da UCV, 2011). Pude constatar que esta Unidade não referencia a pessoa com AVC para as Unidades de Convalescença da RNCCI, por apresentarem uma média de internamento de cerca de quatro dias, escasso limite temporal que inviabiliza que o processo de referenciação se efetue de forma eficaz. No entanto alguns utentes são encaminhados para outros serviços especializados em reabilitação.

Segundo a ESO (2008) “a maioria da evidência da efectividade das Unidades de AVC provém de ensaios de unidades de AVC integradas e de unidades de reabilitação de AVC”, que são consideradas unidades especializadas em reabilitação e diferem das unidades de AVC agudo no ponto de vista da durabilidade temporal do programa de reabilitação em contexto de internamento, podendo o mesmo prolongar-se por diversas semanas, se necessário. Seguindo esta linha orientadora foi estabelecido um ensino clínico num Centro Especializado em Reabilitação de pessoas com AVC, (APÊNDICE II).

Com a colaboração do orientador do ensino clínico participei nos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa/cuidador com AVC. As informações colhidas através de dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais (entrevista, observação, consulta de processo clínico, documentos facultados pela família incluindo os exames complementares de diagnóstico, informações de outros profissionais e aplicação de escalas e instrumentos de avaliação de funcionalidade e a neuroavaliação de enfermagem), permitiram-me conhecer a complexidade e singularidade daquela Pessoa, o seu potencial e respetivas necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação. Foi interessante verificar que o instrumento de registo no procedimento de acolhimento, a “Colheita de Dados Enfermagem” (ANEXO III), permitia uma avaliação, de certa forma, holística fugindo ao caráter redutor que muitas vezes estes instrumentos detêm. Nomeadamente, apresenta campos abertos para preenchimento da perceção do assistido sobre o seu estado, perceção dos familiares sobre o estado do assistido, indicação de detalhes que perspetivem a reinserção familiar e hábitos/alterações nas atividades de vida (segundo modelo de enfermagem de Nancy Rooper), permitindo conhecer melhor a pessoa que cuidamos. Se por um lado a apreciação de enfermagem deve conduzir a informação relevante para os cuidados, por outro, estes cuidados devem fazer sentido para aquela pessoa, mantendo-se a sua identidade e particularidade. Segundo COLLIÈRE, são os utilizadores de cuidados “a primeira fonte de conhecimentos indispensável à deteção e ao desencadear dos cuidados. São eles que detêm o *fio condutor*, quer dizer o *sentido: significação e direção*” (1989, p. 248).

Tive oportunidade de acompanhar as reuniões semanais em que a equipa valida o plano terapêutico proposto para o utente, utilizando como instrumento de registo a folha de “Monitorização de resultados do internamento” (ANEXO II), baseado no instrumento de avaliação - Medida de Independência Funcional (**MIF**). Segundo Hoeman este instrumento “assegura uma linguagem, definições e medidas uniformes para descrever os componentes da incapacidade” (2000, p.165), sendo que este nível de incapacidade funcional deve predizer a carga de cuidados ou o custo para a pessoa no desempenho das seguintes atividades: alimentação, higiene pessoal e banho, vestir, uso das instalações sanitárias, controlo esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social, através de uma escala de sete níveis que pode traduzir uma pontuação de um máximo de 126 pontos (representa a independência total) a um mínimo de 18 (corresponde ao máximo de dependência) (HOEMAN, 2000). Na Classificação

Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) a OMS (2004, p.7) refere que o termo **funcionalidade** “engloba todas as funções do corpo, actividades e participação” e de forma similar a **incapacidade** “é um termo que inclui deficiências, limitação da actividade ou restrição na participação” (OMS, 2004, p.7). Segundo a OMS (2004) a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas pela interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais (fatores pessoais e ambientais).

Relacionado com a mobilidade encontra-se a forma de nos expressarmos. Segundo Roper, Logan, & Tierney “a comunicação de todos os dias (tão vital à vida social) é praticamente impossível sem movimentos, dado implicar os actos de falar e escutar com os movimentos associados dos olhos, a expressão facial e a linguagem corporal” (2001, p. 50). Uma das experiências de cuidar que partilhei com o orientador esteve relacionada com uma pessoa com AVC que apresentava alteração da linguagem, manifestando-se por discurso não fluente, com emissão de uma palavra estereotipada, o “não”. Pode-se entender afasia como um distúrbio de processar linguagem, pela incapacidade na compreensão e/ou produção, que ocorre como uma consequência de danos cerebrais (MILDER, 2008; FERRO e PIMENTEL, 2006; MARTINS, 2006). A afasia pode ser global numa situação de ausência completa da fala ou uso de apenas palavras estereotipadas (MARTINS, 2006), sendo um distúrbio grave em todos os seus aspetos, porque a pessoa pode não conseguir falar mas também pode não compreender a fala e os sintomas afásicos podem ser acompanhados de alexia, agrafia e acalculia (MILDER, 2008). Uma das preocupações foi a avaliação correta da alteração de linguagem, sabendo-se que “quanto mais cedo for feita a avaliação e a orientação terapêutica dos doentes afásicos maiores hipóteses eles terão de recuperar” (LEAL e MARTINS, 2005). Senti nesta fase necessidade de efetuar uma revisão bibliográfica sobre alterações da linguagem nas pessoas com AVC, que me ajudou a compreender esta situação e a delinear o plano de cuidados.

Verifiquei que, quando confrontada com necessidade de decisão, foram evidentes os sinais não-verbais de frustração por não se conseguir expressar. Estes sinais ficavam particularmente exacerbados na presença dos familiares e amigos. Sabe-se que as afasias têm um grande impacto na qualidade de vida da pessoa, ao interferir na forma como se relaciona com o outro, na sua capacidade de comunicar, na forma como se integra no meio sociofamiliar e no seu projeto de vida, nomeadamente no retomar a vida

profissional (MENOITA, 2012; BRANCO e SANTOS, 2010; FERRO e PIMENTEL, 2006; MARTINS; 2006). São, por certo, situações particulares, altamente complexas, que nos levantam, enquanto cuidadores, diversas questões: como interferir nesta situação sem invadir a intimidade e privacidade desta pessoa? Como compreender a orientação terapêutica que a utente deseja? O que lhe faz sentido?

Segundo Gândara se pensarmos num conceito de pessoa no seu sentido existencial consideramo-la idónea “para avaliar os seus critérios de acção e hierarquizar as suas opções. Estas procuram a satisfação das suas necessidades provenientes do modo como o individuo interpreta o seu relacionamento com o mundo, bem como os modos de se relacionar com esse mesmo mundo” (1997, p. 226). Neste sentido de ir ao encontro do outro, e da forma como vê o mundo, penso que o que facilitou o encontrar do caminho, foi a relação de confiança estabelecida com a utente e e o cuidador mais presente. Para Oliveira e Lopes para além do conceito de confiança como estado, “esta pode ser perspectivada como o processo de confiar – de entregar algo com segurança ao cuidado” (2010, p. 69), sendo, segundo Johns (1996), um processo que se pode desenvolver em quatro estágios “assimilação de informação, tomada de decisão, relacionamento de confiança e consequências de confiar” (OLIVEIRA E LOPES, 2010, p.69). Quando a confiança se estabelece é possível a partilha dos pensamentos, sentimentos e experiências, sentindo-se a pessoa cuidada segura e confortável para pedir ou aceitar ajuda, potenciando o efeito terapêutico da confiança, (OLIVEIRA E LOPES, 2010). Nesta relação que construímos foi importante reaprender a comunicação não-verbal tentando “descobrir toda a multiplicidade de pequenos sinais que uma pessoa transmite pelo olhar, pelo *facies*, (...), bem como os sinais provenientes do seu meio social, do espaço em que se situa. Todos estes sinais nos comunicam uma multiplicidade de informações, através das quais uma pessoa, uma família nos fala de si própria” (COLLIÈRE, 1999, p. 246). Segundo Damásio embora não se consiga manter uma conversa normal com uma pessoa com afasia “é possível comunicar com eles, duma forma rica e humana, se tivermos paciência de nos adaptarmos ao vocabulário limitado e improvisado de sinais não linguísticos que estes doentes inventam e usam” (2008, p. 135).

A intervenção multidisciplinar, nesta situação, permitiu uma articulação eficaz com o psicólogo e o terapeuta da fala. Com a orientação do EER e em parceria com a terapeuta da fala, encontrou-se uma tabela de comunicação específica para a utente, por

forma a não substituir a necessidade de comunicar que estimula a reeducação da afasia, utilizando-se desta forma o Método Pragmático (MENOITA, 2012). Com esta acção a utente demonstrou menos sinais de frustração e uma maior motivação para a comunicação, não utilizando o estereótipo. Em pouco tempo (duas semanas), foi tendo ganhos significativos, começando a dizer, “Olá”, “Bom Dia”, “Boa Noite”, “Talvez”, “Eu quero”. Para COLLIERE “o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes” (COLLIERE, 1999, p. 290).

Neste centro especializado tive a oportunidade de compreender a importância que o EER dá ao acompanhamento da alimentação do utente. Encontram-se presentes no horário das refeições, estabelecem a dieta do utente e quem necessita de espessante, água gelificada ou produtos de apoio como talheres, pratos, copos adaptados e tapete antiderrapante. Também efetuam o ensino e treino com utente e familiar desta atividade de vida diária. As restantes atividades de vida diária eram ensinadas e treinadas no departamento de AVD, com continuidade nos serviços de internamento. Este departamento está vocacionado para o treino de AVD, disponibilizando todo o tipo de ajudas técnicas e espaços físicos para simulação de áreas do domicílio, como por exemplo as casas de banho, com banheira, bidé e sanita, para treino das adaptações promovendo a acessibilidade. Foi enriquecedor acompanhar este processo, pois permitiu-me compreender que o conhecimento aprofundado do EER sobre programas de treino de AVD, sobre acessibilidades e produtos de apoio permitia aquelas pessoas adaptarem-se funcionalmente à sua nova situação e preparem-se para situações futuras da forma mais autónoma possível, permitindo-me igualmente desenvolver competências nessa área. Segundo a OE o EER tem na definição das suas competências específicas o “capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2010, p.2).

Foram utilizadas diferentes ajudas técnicas, nomeadamente: cadeiras de rodas manuais universais, elétricas, de espaldar alto e de “*vivre debout*”; “*stand-frames*”; andarilhos, canadianas, bengalas, almofadas e sistemas de correção de posicionamento; calções de imobilização; barras de apoio; mobiliário adaptado, material antiderrapante; garfos, colheres, pratos e copos adaptados; talas de funcionalidade (ponteiro); pinças, ganchos, vestuário apropriado e calçadeiras; cabos flexíveis para adaptação, alteador

de sanita; tabuas de transferência e elevadores; canetas adaptadas e tabelas de comunicação. Estas experiências permitiram compreender a importância do EER efetuar ensinamentos e treino sobre o uso dos produtos de apoio para promover a adaptação às limitações da mobilidade e maximizar a autonomia da pessoa (OE, 2010). Contextualizando com o ensino clínico efetuado com a pessoa em contexto de domicílio, percebe-se a importância da interrogação e reflexão que o EER deve manter permanentemente sobre a utilidade destes produtos para a funcionalidade e qualidade de vida daquela pessoa. Segundo Collière “interrogar-se sobre o alcance das tecnologias utilizadas, em situações de cuidados, é perguntar qual o valor do seu uso. Em que é que são “conviviais” isto é, em que é que convêm à vida?” (1999, p. 268).

Seguindo os planos de cuidados elaborados tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente com posicionamentos em padrão anti-espástico, mobilizações passivas e mobilizações ativas, atividades terapêuticas, transferência entre superfícies, treino de equilíbrio estático e dinâmico, plano inclinado, treino de marcha e treino de AVD. Uma das dificuldades que senti, encontrava-se no conseguir articular a evolução da pessoa no treino das AVD entre EER do departamento de AVD com o EER no serviço de internamento. Penso que seria de maior viabilidade o acompanhamento holístico da pessoa cuidada se estes treinos fossem efetuados nos locais de maior permanência, os serviços de internamento, por forma a ser dada a continuidade dos mesmos. A compensação de uma incapacidade parcial ou total, temporária ou definitiva é indispensável para todas as atividades da pessoa ou família, exigindo, segundo Collière (1999), cuidados de manutenção da vida. No entanto a variedade dos cuidados de manutenção de vida é imensa estimulando todas as capacidades da enfermeira, pois a compensação que se proporciona, exige um procurar constante e que só tem sentido em relação ao que se **conhece da situação** e à sua **evolução** (COLLIÈRE, 1999).

Segundo Collière (1999) os cuidados de enfermagem podem privilegiar uma relação de dependência e de controlo ou uma relação em que existe um desenvolvimento e libertação das capacidades presentes naquela pessoa. É a dicotomia entre o poder redutor e o poder libertador dos cuidados de enfermagem. Foi muito importante a reflexão destes temas com o orientador do campo de estágio. Analisando a sua intervenção via-o ter um poder libertador nos cuidados que prestava, mesmo com as dificuldades inerentes ao rácio de enfermagem para os utentes internados. Refiro-me à forma como se

preocupava com o estado emocional dos utentes (chegou a contactar telefonicamente uma família para falarem sobre estas situações e negociarem a melhor forma de atuar), na relação de parceria que estabelecia com os utentes para aumentar a adesão no plano terapêutico (horas em que se sentem menos cansados, quando gostam de executar os exercícios, o que querem aprender ou treinar, em que ritmo), ao fato de efetuar no final de cada tarde técnicas de relaxamento para melhorar a qualidade do sono da pessoa e ao modo como envolvia os familiares presentes no processo de reabilitação, entre outras. Colliere refere que “os utilizadores dos cuidados são considerados como os *parceiros dos cuidados*. Para além de se ter em conta o seu estatuto, os seus papéis sociais, tornam-se activos sempre que possível. Por isso se tornam parte interessada, mais cooperantes, desenvolvem a capacidade de responder às suas possibilidades, pelo menos no limite das suas possibilidades; e, cada vez mais, tendem a recuperar o gosto de viver” (1999, p.337) permitindo desta forma restituir valorização aos cuidados de enfermagem.

As intervenções que tomava e pelas quais me revejo, tinham uma dimensão ética no sentido de se preocupar em “ocupar-se do outro para que este possa ser mais ele próprio, para que possa viver ainda melhor a sua existência” (RENAUD, 2010). Estas experiências permitiram-me reflectir sobre a verdadeira dimensão do falado por Colliere no poder libertador dos cuidados, em que o cuidado de enfermagem atinge um encontro de mediações, que surge entre a pessoa e o prestador de cuidados, em que “a libertação das capacidades de que outras pessoas são portadoras passa pela libertação das nossas próprias capacidades que, em cada nova situação nova, se opera com a deles, procurando-se em complementariedade e ajustando diferenças” (1999, p. 314), indo de encontro ao referido nas competências comuns do enfermeiro especialista, em que este “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010, p. 3).

Conforme proposto no projeto de formação, nas atividades a desenvolver nos ensinamentos clínicos, realizei uma ação de formação para a equipa multiprofissional do serviço deste centro especializado sobre a referenciação de utentes com AVC às Unidades de Convalescência da RNCCI e a funcionalidade da RNCCI nas suas diferentes tipologias, (APÊNDICE V). Nesta atividade estiveram presentes os enfermeiros do serviço e foi muito interessante constatar a existência de utentes que tinham frequentado as duas instituições. Penso que a maior-valia desta ação foi o ter aproximado realidades, por forma, a que

quando for necessário possamos fornecer informação à pessoa e cuidador informal das melhores respostas de saúde e sociais para a sua situação.

Constituem obstáculo à reabilitação da pessoa com AVC o aparecimento de problemas secundários ou complicações. Segundo Branco e Santos as “mais frequentes são as respiratórias (pneumonia, infecção do aparelho respiratório, embolia pulmonar)” (2010, p.30). É referido por Menoita que num estudo retrospectivo realizado por Kind et al (2007) a 5 250 pessoas com AVC, foi verificado que “as infecções e a pneumonia por aspiração eram as razões mais comuns que levavam aos reinternamentos (15-43% dos reinternamentos de pessoas com AVC)” (2012, p. 151). Considerei, desta forma, pertinente desenvolver um ensino clínico num serviço de Pneumologia de um Hospital Distrital, (APÊNDICE II), durante o espaço temporal de quatro semanas (APÊNDICE III).

Ao longo do ensino clínico pude compreender que a reabilitação respiratória é um conceito global e abrangente, com o objetivo em si de reduzir o impacto da incapacidade. Intervêm, neste conceito global e abrangente, os cuidados inseridos num trabalho de equipa multidisciplinar com continuidade e em articulação com os cuidados na comunidade (SARAIVA, 2010). Tive oportunidade de acompanhar e participar no programa “Cuidar em Proximidade” sendo o EER deste serviço o Coordenador do referido. O objetivo do programa é promover a articulação de cuidados de reabilitação respiratória no *continuum* do internamento, domicílio e consulta de ambulatório, componente essencial no cuidar a pessoa com patologia respiratória crónica, pelas frequentes agudizações da situação clínica e pela necessidade de adaptação aos sintomas incapacitantes causados pela mesma (SARAIVA, 2010). Segundo Esmond, “parte-se do princípio que não existe cura e que o doente não tem possibilidade de regressar ao estado pré-doença (...) tenta-se que os doentes atinjam o seu potencial máximo dentro dos limites da sua própria doença e sejam capazes de viver com uma incapacidade respiratória” (2005, p. 214). A equipa básica deste programa é composta pelo EER do serviço, o EER do centro de saúde da área, o pneumologista e o assistente social. São chamados a intervir outros elementos profissionais quando a necessidade da situação o justifica. Não obstante possa parecer uma equipa básica de atuação é defendido por alguns autores que na reabilitação respiratória “os programas de reabilitação menos sofisticados podem ser tão eficazes quanto os mais polivalentes na melhoria da saúde relacionada com a qualidade de vida, devido à motivação dos profissionais de saúde e ao facto do programa ser bem pensado ao longo do processo”

(ESMOND, 2005, p.216). Esta experiência permitiu-me desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados ao acompanhar a forma como o EER coordenava o programa. Permitiu, de igual forma, desenvolver competências na promoção da capacidade adaptativa da pessoa ao seu processo de transição saúde/doença e incapacidade (OE, 2010).

O cuidar de pessoas com diferentes patologias respiratórias e níveis de incapacidade provocados pelas mesmas permitiu-me desenvolver competências na área do treino cardio-respiratório, ao implementar as técnicas da reeducação funcional respiratória, o treino de exercício com tolerância ao esforço e os exercícios de fortalecimento muscular. Tive oportunidade de desenvolver competências na gestão da terapêutica inalatória e na gestão da oxigenoterapia de longa duração, nomeadamente, na ventilação não invasiva de pressão positiva que considerei de especial importância por serem situações com as quais me deparo no meu local de trabalho e nas quais sentia dificuldade em atuar.

Conforme determinado nas atividades a desenvolver nos ensinamentos clínicos, realizei uma ação de formação sobre a referenciação de utentes à RNCCI. Como o contexto é de componente respiratória a orientadora de estágio colocou o desafio de se dar um enfoque na referenciação da pessoa com patologia respiratória, indo de encontro a uma necessidade formativa já elencada por colaboradores deste serviço hospitalar, (APÊNDICE VI). Nesta atividade formativa estiveram presentes os enfermeiros do serviço e foi muito interessante a partilha de dúvidas suscitada pelos exemplos trazidos a discussão. Penso que a mais-valia desta ação foi o esclarecimento do processo de referenciação à RNCCI, na escolha da tipologia mais adequada como resposta de saúde/social à pessoa com patologia respiratória.

Segundo a UMCCI o encontrar de uma resposta integradora “implica o trabalho integrado e pró-activo de equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos utentes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências” (2007, p. 4), onde devem ser “identificados os problemas mais complexos dos utentes com o objectivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação” (UMCCI, 2007, p.4). Neste sentido, tive a oportunidade de aceitar o desafio deste ensino clínico e colaborar na reestruturação do instrumento de registo “Avaliação Enfermagem de Reabilitação – Pneumologia (...)” (APÊNDICE VII). Um dos objetivos era aproximar à avaliação efetuada na RNCCI, utilizando escalas de avaliação propostas pelas mesmas.

Foi necessário efetuar uma revisão da literatura e pesquisa de documentos elaborados por esta entidade. Uma dos instrumentos utilizados foi o **Instrumento de Avaliação Integrada (IAI)** da RNCCI, que permite a identificação de perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e de hábitos de vida. É avaliada a vertente Bio (sexo, idade, queixas de saúde, estado de nutrição, quedas, locomoção, autonomia física e autonomia instrumental), a vertente Psico (queixas emocionais e estado cognitivo) e a vertente social (estado social e hábitos), (ANEXO IV). Esta experiência permitiu-me desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados na medida em que se “optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.” (OE, 2010, p.8). Segundo Collière “todo o trabalho é um encontro com o desconhecido: esse encontro pode operar-se graças ao domínio dos instrumentos e de dados conhecidos, e à compreensão da sua forma de interferência” (1999, p.244).

3.2. Pessoa com alteração da mobilidade decorrente do Acidente Vascular Cerebral em contexto comunitário

Considerando o conceito “comunidade” numa dimensão de tempo e espaço na qual as pessoas são compreendidas com enfoque nas suas relações, em contextos dinâmicos que interagem entre o individual e o coletivo, num espaço de construção de cidadania, constituída por famílias, grupos e instituições (COSTA e BRANDÃO, 2005), e sabendo que a investigação evidencia que o “apoio fornecido pelas redes sociais contribui significativamente para o aumento das competências e da auto-estima das pessoas com incapacidade ou doenças crónicas” (FAZENDA, 2005, p.7) considerei importante enquadrar o contexto comunitário da pessoa com AVC num dos ensinamentos clínicos frequentados.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é uma equipa atuante em contexto comunitário que pressupõem uma “intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento” (UMCCI, 2011, p.10). Esta equipa contempla concomitantemente uma intervenção da Rede Social no apoio social domiciliário, para além da vertente de saúde, (APENDICE II).

O EER, nesta equipa, efetua diariamente a análise da evolução da situação clínica dos utentes consultando o aplicativo de monitorização da RNCCI – GestCare CCI. O

GestCare CCI representa o meio de comunicação entre as diversas estruturas da RNCCI e o seu funcionamento web, em tempo real, permite responder às necessidades de todos os níveis da rede (Equipas de Gestão de Altas (EGA), Centros de Saúde, Equipas de Coordenação Local (ECL), Equipas de Coordenação Regional, Prestadores - Unidades e Equipas - e à própria Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados), que acedem à informação necessária daquele utente. Permite, com rapidez, ter acesso aos dados de referência do utente e cuidador informal principal (nomes, contatos, etc), a proveniência (internamento ou domicílio), a entidade referenciadora (EGA ou ECL), a tipologia solicitada (e se a mesma permanece ou foi alterada) e torna-se um processo abrangente e integrador ao disponibilizar vários módulos de avaliação associados ao utente e a cada um dos seus episódios na Rede de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente e entre outros, a avaliação dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar e diversas avaliações com o uso de escalas e índices validados (ANEXO V). GUERREIRO (2008) considera que o GestCare CCI, para além de outras funcionalidades,

“possibilita um *follow-up* permanente da situação da rede e de cada unidade prestadora, nomeadamente se tem vagas ou não, quantos doentes estão para entrar, quantos estão a ser estudados nos vários níveis da rede, bem como quais as informações que cada doente tem para se poder decidir qual a melhor prestação de cuidados para ele (ou a melhor admissão nas diversas tipologias da rede).Podemos monitorizar à entrada e à saída os ganhos ou as perdas, os bons ou os maus cuidados prestados mediante informação qualitativa” (LUCAS, 2008, p.18),

tornando-se numa ferramenta de gestão para a RNCCI, “para além de se assumir como instrumento de avaliação integrado” (LUCAS, 2008, p.18). Foi muito interessante desenvolver competências nesta área, porque é um instrumento de trabalho com o qual me deparo diariamente mas do ponto de vista das Unidades de Internamento, onde não é possível efetuar uma referenciação para a RNCCI. Compreender todo o processo de referenciação e a forma de o efetuar, permitiu-me perceber a pertinência da avaliação efetuada pelo EER ao encontrar com a pessoa, o cuidador informal e a restante equipa multiprofissional a melhor resposta de saúde/social. Nesta linha orientadora a OE refere que o enfermeiro especialista “intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar” (2010, p.8), havendo que destacar a importância das referenciações comunitárias na Rede, para uma adequada resposta de saúde/social a quem necessite desses cuidados (UMCCI, 2011).

Foi, igualmente, importante compreender a importância das escalas de avaliação da funcionalidade na tomada de decisão do ERR, nomeadamente ao inferirem diretamente “no diagnóstico de enfermagem, na intervenção de enfermagem e em qualquer critério de resultados específicos de enfermagem” (HOEMAN, 2000, p. 161). Por outro lado a avaliação funcional em contexto comunitário é uma das áreas mais relevantes na prestação de cuidados à pessoa com dependência, “porque tem uma capacidade preditiva significativa, em termos de risco de institucionalização, deterioração física, necessidades de recursos de saúde e até mortalidade” (SEQUEIRA, 2010, p.43). As escalas de avaliação utilizadas pelo EER nesta ECCI são: o **Índice de Lawton e Brody**, um instrumento de avaliação das AIVD, sendo composto por oito atividades (cuidar da casa, lavar a roupa, preparação refeições, fazer compras, capacidade para usar telefone, modo de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação); o **Índice de KATZ**, permite uma avaliação das AVD; o **Índice de Barthel**, avalia a capacidade de desempenho da pessoa na mobilidade, auto-cuidado e controlo de esfíncteres permitindo a avaliação global ou de forma parcelar em cada atividade, sendo um instrumento que sugere que as ABVD têm uma natureza multidimensional organizadas nos três domínios referidos anteriormente e o **Instrumento de Avaliação Integrada (IAI)** da RNCCI. Estes instrumentos permitem-nos, enquanto EER, avaliar cognitivamente a capacidade da pessoa para compreender informação que sustente o processo de reabilitação, avaliar o funcionamento afetivo e estrutura sociofamiliar componentes essenciais para o processo de reabilitação e validar as capacidades de desempenho da pessoa nas AVD e nas AIVD (SÁ 2011; SEQUEIRA 2010).

Para efetuar diagnósticos de enfermagem de reabilitação e elaborar planos de cuidados à pessoa com AVC foi necessário coadjuvar com os instrumentos de medida referidos, uma avaliação do ambiente envolvente da pessoa na perspetiva psicossocial, analisar os antecedentes pessoais e familiares, a história da doença atual, exames efetuados, o exame objetivo e a neuroavaliação de enfermagem, compreender os fatores de risco, hábitos de vida anterior e o impacto do AVC na qualidade de vida daquela pessoa, bem como, articular tudo isto com os meios disponíveis e as barreiras arquitetónicas existentes, não esquecendo o estabelecer de metas exequíveis e desejadas pelo mesma. Segundo Hesbeen (2003, Int.) “para que as acções do profissional façam sentido para a existência particular de determinada pessoa, o que importa não é *atribuir-lhes sentido* mas sim ter a certeza que elas se enquadram na

direcção que a pessoa considera desejável”. O desenvolver uma prática profissional e ética enquanto enfermeiros especialistas tem implícito a negociação em que as “as estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente” (OE, 2010, p.4).

Durante o ensino clínico ao ficar corresponsável pelas intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC e cuidador informal, tentei compreender as estruturas familiares e as respetivas interações sociais. Em algumas situações era visível um aparente ambiente facilitador, com bom suporte familiar, com presença de sentimentos de utilidade em prestar cuidados e com aparentes laços emocionais criados num elevado grau de coesão. Contudo, nem sempre este ambiente parecia o suficientemente securizante para que a pessoa se motivasse na sua reabilitação, verbalizando o receio de se tornar um encargo para os cuidadores. Por outro lado, algumas dificuldades que os cuidadores sentiam estavam relacionadas com um desconhecimento dos cuidados a efetuar, limitando o campo de ação e restringindo a sua capacidade de motivação da pessoa com AVC. Num estudo efetuado por Sarmiento, Pinto e Monteiro em que se identifica as dificuldades sentidas e as estratégias de coping desenvolvidas pelo familiar prestador de cuidados ao idoso dependente no domicílio, é referido que “para ultrapassarem as dificuldades sentidas, os prestadores de cuidados manifestaram necessidades de acompanhamento, ensino e instrução” (2010, p. 154). Na atualidade a literatura refere que, por norma, os cuidadores dão especial atenção às estratégias que facilitam a prestação de cuidados como a higiene, estimulação, mobilização, terapêutica, entre outras (MENOITA, 2012; SEQUEIRA, 2010; SARMENTO, PINTO e MONTEIRO, 2010; SOUSA et al, 2007; MARTINS, 2006). Com base nestas premissas tentei favorecer o envolvimento da família no processo de reabilitação, por exemplo, ao se implementar o uso de um calendário de exercícios em que os cuidadores se responsabilizaram por motivar o familiar a segui-lo; ao informar e treinar os posicionamentos em padrão anti-espástico; ao treinar a melhor forma de efetuar as transferências e na demonstração e validação das mobilizações a efetuar. Segundo Martins “ se a relação afetiva estabelecida entre o doente e o seu cuidador for consistente e forte, se a rede de apoios é ampla e eficaz, se ao cuidador não é exigida nenhuma tarefa de maior complexidade, poderão não se registar situações de crise” (2006, p. 63).

Outras situações surgiram em que era evidente a sobrecarga física e emocional dos cuidadores pela alteração súbita na sua vida, levando-os a não acreditar nas

estratégias\intervenções planeadas para o processo de reabilitação do seu familiar e condicionando o ambiente terapêutico para a reabilitação. Fez-me recordar Melleis (2000, p.3) quando refere que os enfermeiros “precisam de considerar os padrões de todas as transições significativas num indivíduo ou num núcleo familiar, em vez de se focalizar apenas num tipo específico de transição. Os padrões de transição dependem do facto da pessoa vivenciar uma única transição ou múltiplas”. No decurso do processo de transição para o papel de cuidador é necessário criar competências associadas aos requisitos de **Iniciativa, Responsabilidade e Autonomia** (SEQUEIRA, 2010). Senti, nesta fase, dificuldade em envolver um familiar cuidador no processo de reabilitação, em qualquer destes requisitos, nomeadamente até na recusa em retirar tapetes do quarto para que a pessoa com AVC iniciasse o treino de marcha em segurança. Compreende-se, desta forma, a complexidade das atividades de vida e a confirmação que se encontram intimamente relacionadas (ROPER, LOGAN E TIERNEY, 1995), porque ao surgir um problema na manutenção do ambiente seguro, este intervinha implicitamente com a mobilidade do utente. Esta experiência foi especialmente marcante, por me ter sentido de novo num nível de iniciado (BENNER, 2001).

Com o apoio da orientadora, foi estruturado um programa de informação com passagem de conteúdos considerados pertinentes para o processo de reabilitação daquela pessoa ao cuidador principal, mas também envolvendo os outros cuidadores sendo efetuado o treino da prestação dos cuidados com os mesmos, perspectivando o estabelecer uma relação de confiança com o familiar e com a pessoa com AVC. A atuação multidisciplinar da equipa de ECCI, levou a uma intervenção conjunta da terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, EER e psicóloga, sendo que a “otimização do exercício do papel de cuidador passa pelo desenvolvimento de competências no domínio da **informação**, no domínio da mestria e no domínio do suporte, de forma integrada e complementar, de modo a **promover oportunidades para o crescimento**” (SEQUEIRA, 2010, p.178). Esta intervenção da equipa multidisciplinar é defendida pela RNCCI como um

“conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.” (UMCCI, 2007, p.4)

Penso que nesta fase foi conseguido, para além de planear e efetuar cuidados de Enfermagem de Reabilitação, mobilizar os recursos que poderia ter presentes na

situação, integrando-os num plano mais global que inclui os cuidados de enfermagem e enfermagem de reabilitação e intervenções de outros profissionais, tornando os cuidados **dinâmicos** (UMCCI, 2011, p.27) sendo este conceito definido pela UMCCI na perspectiva em que “ os cuidados e apoio social devem ser ajustados de forma dinâmica e interactiva em função das necessidades e expectativas em cada momento da evolução do doente, num contínuo reajuste de recursos e intervenções” (UMCCI, 2007, p.9).

Nesta situação, na avaliação do plano estabelecido, pode-se referir que o cuidador principal e a pessoa com AVC conseguiram envolver-se positivamente no processo de reabilitação, sendo superadas as expectativas iniciais. A pessoa com AVC iniciou treino de marcha, adquiriu autonomia nas ABVD e começou-se a ponderar o regresso ao seu domicílio (antes do AVC não residia com o referido cuidador), considerando-se que “a reeducação das ABVD é extremamente importante para a reinserção socio-familiar do doente” (BRANCO e SANTOS, 2010, p.96). O cuidador principal referiu ter conseguido lidar com as pressões psicológicas associadas ao cuidar e encontrou espaços para retomar o seu projeto de vida, conseguindo inclusive reiniciar atividade laboral, encontrando estratégias de *coping*. O conceito *coping* “remete-nos, de forma ampla, para qualquer resposta que vise impedir ou controlar as manifestações de stress” (SEQUEIRA, 2010, p.185) encontrando-se soluções adequadas ao contexto. Houve uma intervenção para a **adaptação positiva** em que a “família adquire novos recursos ou estratégias de *coping*, de modo a atingir o equilíbrio” (SEQUEIRA, 2010, p.186).

Foi muito enriquecedor acompanhar a evolução dos utentes, do ponto de vista da autonomia e funcionalidade, para as quais contribuíram as intervenções do EER ao efetuar posicionamentos em padrão anti-espástico, mobilizações passivas, mobilizações ativas (assistidas, livres e resistidas), atividades terapêuticas (ponte, auto-mobilizações, rolar, facilitação cruzada, carga no cotovelo, treino de equilíbrio), transferência entre superfícies, treino de marcha, reeducação funcional respiratória e treino de ABVD E AIVD. Saliento que, para além destas intervenções, a mais valia foi ter compreendido a importância da continuidade destas intervenções nas atividades diárias da pessoa, na demanda de uma função real, sendo que no que concerne à alteração da mobilidade na pessoa com AVC “a reabilitação da Pessoa hemiplégica, deve ter início no dia em que sofre a lesão e todos os que trabalham com ela, inclusive a família, têm que estar cientes da importância do seu trabalho” (BRANCO E SANTOS, 2010, p.121). A parceria criada

com o EER, inserido numa equipa multidisciplinar, com o cuidador informal e com a pessoa com AVC são a chave para que a mesma consiga viver com a sua incapacidade.

Inserido no conceito da funcionalidade, por vezes “pequenos ganhos” significaram “grandes conquistas” para aquela pessoa. Recordo uma intervenção efetuada que permitiu que a pessoa com AVC se deslocasse até ao WC para cuidar da higiene no poliban, não havendo necessidade de o cuidador prestar cuidados de higiene no leito. Este progresso fez com se empenhasse fortemente no plano terapêutico estabelecido. Penso que os ganhos em saúde (GeS) foram evidentes, entendendo-se que os GeS não se traduzem apenas por ganhos em anos de vida mas também na “redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, diminuição da incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde” (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2011, p.2).

Uma das dificuldades sentidas esteve relacionada com a prescrição de ajudas técnicas. Contrariamente à experiência em contexto de internamento, onde existiam em variedade e quantidade, neste contexto as condições socioeconómicas das famílias condicionavam os recursos disponíveis. Recordo a orientação dada para encontrar ajudas técnicas/produtos de apoio adaptados, por falta de recurso económicos de algumas famílias para adquirir as indicadas, como por exemplo: garrafas de plástico com areia sendo pesadas para meio kg, com aumento progressivo de peso, que foram utilizadas como alteres; cabo de uma vassoura que serviu de baton; feijão e grão para treino da motricidade fina; a cadeira de rodas como andarilho, virando-a em sentido oposto ao assento. Collière associa os produtos de apoio a tecnologias de manutenção da vida referindo que “deveriam constituir, sempre, objecto de imaginação e de criatividade” (1999, p. 264). Em algumas situações articulei com a Proteção Civil de Mafra, para empréstimo do produto de apoio, facilitando o acesso dos utentes aos mesmos e com objetivo de maximizar a sua capacidade funcional e promover capacidades adaptativas na incapacidade. Também tive a oportunidade de instruir o utente e cuidador informal sobre o uso destes recursos, e de instruir treinando “desenvolvendo na prática competências para cuidar” (BRANCO e SANTOS, 2010, p.121).

Ao nível do ambiente físico que envolvia a pessoa com AVC pude constatar, nas experiências que tive, que se tratavam de habitações relativamente recentes, algumas com boa acessibilidade (sem presença de degraus, pisos térreos) outras em que era

necessário ultrapassar barreiras arquitetónicas, como degraus, por ausência de elevadores ou rampas de acesso. Neste caso foi dado ênfase aos exercícios de tolerância ao esforço e aos exercícios de fortalecimento muscular para capacitar o utente a ultrapassar o obstáculo estrutural, indo de encontro a um desejo que tinha: deixar de ficar confinado no espaço físico do domicílio. Segundo Collière

“deixar de ter em linha de conta a funcionalidade e o sentido, ou continuar a dissociá-los, é incorrer em graves danos porque é correr o risco de ignorar tudo o que mobiliza o homem e o faz *re-agir* em relação a tudo o que é, ao que deseja ou não deseja conhecer, ao que deseja ou não deseja viver” (COLLIÈRE, 1999, p.303)

Nas situações em que foi possível transformar o ambiente físico foi sugerido a colocação de alguns produtos de apoio (uma barra de apoio na casa de banho, tapete antiderrapante no polivan, uma pega de banheira e estrado de banheira) de forma a aumentar o nível de independência nas AVD e diminuir a sobrecarga física do cuidador. (BRANCO e SANTOS, 2010; MENOITA, 2012).

A orientadora deste ensino clínico assume os cuidados de enfermagem de reabilitação daquele polo e é a coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade. Considero-a como perita na área de enfermagem de reabilitação, representando um modelo a seguir, pela rapidez como compreende a complexidade e multiplicidade de fatores que envolve cada pessoa que necessita de cuidados, elaborando um plano de intervenção com os mesmos (presenciei e apreendi a forma como identifica o potencial de reabilitação da pessoa, os recursos familiares e comunitários, o modo como articula com os recursos disponíveis da instituição, passíveis de serem mobilizáveis para aquela situação particular). A capacidade que apresenta de se relacionar com os diferentes elementos da equipa de enfermagem, de os motivar para introduzirem e compreenderem a mudança para a melhoria, a orientação das suas práticas e a forma assertiva e dinamizadora como se articula com os restantes elementos da ECCI foram características que me permitiram uma orientação profissional, uma transmissão de conhecimentos cientificamente validados e contribuíram para uma segurança no meu exercício da prática (GARRIDO, 2005).

Tive oportunidade de participar nas reuniões que a ECCI efetuou no período de tempo do ensino clínico. Nestas reuniões estabelece-se um PII para o utente sendo o mesmo entendido como o “conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais” (Decreto-Lei nº 101/2006, Art.3.º).

Segundo a RNCCI “para que tal se verifique, é necessária uma nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social, baseada numa planificação de objectivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazos), constantes no Plano Individual de Intervenção” (UMCCI, 2007, p.10).

Ao refletir e analisar a primeira reunião com a orientadora, referi-lhe que me senti confrontada com o facto de a orientação e coordenação de uma equipa multidisciplinar apresenta o desafio de trabalhar certas resistências. Ou seja, são reuniões de deveriam permitir estabelecer canais de comunicação bidirecionais, que potenciem uma atitude participativa e partilhada dos diversos intervenientes, mas constatava-se que na interação destes profissionais emergia uma dificuldade - múltiplos profissionais de saúde apresentavam diferentes estilos de intervenção resultantes de diferentes formações e funções e que essas diferenças se não fossem bem mediadas (como via a minha colega a fazer) rapidamente podiam gerar **zonas de indefinição**. Num estudo efetuado por PROOT (2002) em que se analisou, por método de entrevista, a perceção que os prestadores formais de cuidados tem sobre autonomia das pessoas com AVC, concluiu-se que o trabalho em equipa facilita o encontrar de estratégias para a promoção da autonomia nestas pessoas. Contudo, as entrevistas revelaram que o estado de autonomia da pessoa com AVC é muitas vezes discutido durante as reuniões de equipa, mas parecia que os prestadores de cuidados expressavam as suas estratégias de forma distinta e específica. O autor refere que o aperfeiçoar de uma **linguagem comum** poderia melhorar as discussões sobre o desenvolvimento de autonomia do utente e aumentar a **eficácia** do trabalho em equipa. Nesta linha orientadora, foi-me proposto que elaborasse um instrumento que permitisse o registo do PII efetuado por toda a equipa em parceria com a pessoa e cuidador informal (APÊNDICE VIII). Foi necessário efetuar uma pesquisa bibliográfica sobre os documentos existentes na RNCCI e um levantamento dos dados que a ECCI já utilizava. Recorri, em simultâneo, ao conhecimento da minha prática e orientações dadas pela EER para a elaboração de um instrumento de registo do PII. Embora não o tivesse elencado nas atividades a desenvolver no ensino clinico, fez-me todo o sentido aceitar o desafio até porque me permitiu compreender melhor o papel do EER na equipa multidisciplinar.

O instrumento de registo do PII foi validado junto da equipa numa das reuniões efetuadas, através da apresentação da sua estrutura e da discussão de um exemplo pratico. Foi muito gratificante participar naquele espaço de debate, que muito contribuiu

para o meu conhecimento sobre a interação de uma equipa multidisciplinar com a presença de um EER. Permitiu-me compreender que a avaliação do EER permite uma abordagem à pessoa no seu todo e não apenas à sua incapacidade, intervindo “na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (OE, 2010, p. 1). Collière refere que “o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se, verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio” (1999, p.287). Esta avaliação do EER permitia complementar as estratégias encontradas no seio da equipa, sendo muitas vezes o profissional dentro da mesma que verbalizava as expectativas da pessoa utilizadora dos cuidados de reabilitação e qual o sentido que os cuidados tinham para a pessoa, demonstrando compreender que “a Reabilitação é um processo precoce, único, contínuo, progressivo e global, sempre complexo, interdisciplinar e realizado na perspectiva da pessoa” (MENOITA; 2012, p.33).

Conforme proposto no projeto de formação, nas atividades a desenvolver nos ensinamentos clínicos, realizei uma ação de formação para a equipa multiprofissional da ECCI sobre a referenciação de utentes com AVC às Unidades de Convalescença da RNCCI e a funcionalidade da RNCCI nas suas diferentes tipologias, (APÊNDICE IX). No debate foi promovido a discussão do tema, dinamizando as dúvidas e encontrando consensos. Foi muito interessante este debate porque esteve presente a grande maioria dos colaboradores profissionais da ECCI e colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Esta conjuntura proporcionou-me uma nova aprendizagem sobre a articulação entre as diferentes respostas da RNCCI, para que o utilizador de cuidados possa, conforme a sua necessidade, ser referenciado diretamente de uma ECCI para uma UCCI e vice-versa, num *continuum* dinâmico como se pretende no processo de reabilitação, readaptação e reinserção (UMCCI, 2011). Permitiu, igualmente, perceber as dificuldades sentidas pelos diferentes colaboradores profissionais neste processo, encontrando-se algumas estratégias de proximidade entre a unidade onde trabalho e esta equipa. Ficou acordado um meio de comunicação direto (por email) sempre que tivéssemos dúvidas no processo de referenciação de utilizadores de cuidados comuns à Unidade e ECCI, por forma a agilizar o processo e melhorar a articulação e comunicação

entre as referidas entidades. Durante o ensino clínico surgiu a oportunidade de referenciar duas pessoas com alteração da mobilidade por AVC, que necessitavam de uma intervenção de reabilitação em contexto de internamento. Posteriormente, foram acolhidas na UCCI onde trabalharam e inseridas no programa “Planeamento da alta ao utente com AVC” da Unidade.

Estas experiências permitiram-me adquirir competências de enfermeiro especialista, nomeadamente, no desenvolver uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção, no gerir os cuidados de enfermagem de reabilitação, no otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, na articulação com a equipa multiprofissional e no desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2010). Permitiram, de igual modo, o desenvolvimento de competências no domínio da comunicação, na adoção de comportamentos potenciadores de saúde, na intervenção de programas no âmbito da ECCI e no trabalho em parceria com agentes na comunidade.

Foi estabelecido, no plano de atividades do projeto de formação, uma ação de formação aos cuidadores informais sobre estratégias para maior autonomia em AVD na pessoa com alteração da mobilidade por AVC em contexto domiciliário, que não realizei (APÊNDICE I). Nas dificuldades para a sua execução esteve inerente o facto da área geográfica ser extensa e não existir meios de deslocação de fácil acesso ao Centro de Saúde, bem como, o tempo que tinha de ensino clínico não ter sido o suficiente para a realização de todas as atividades planeadas. Penso que, no que concerne ao planeamento desta atividade, não calculei de forma eficaz os recursos físicos e humanos e o meio temporal que tinha ao meu alcance. Esta dificuldade proporcionou um crescimento pessoal e profissional na aprendizagem para futuras ações planeadas. Todavia tive a possibilidade de intervir no ensino e treino ao cuidador informal em diversas atividades como analisado e descrito anteriormente.

Durante o ensino clínico tive oportunidade de efetuar uma apresentação sobre UCCI e quais os critérios de referência para as tipologias da RNCCI, para alunos do quarto ano da licenciatura de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, num seminário com o tema “Cuidados Continuados e continuidade dos cuidados” (APÊNDICE X). A dinamizar a mesa de debate encontrava-se a minha orientadora como representante da ECCI e a Responsável de Enfermagem da EGA de um hospital. Foi interessante a oportunidade ter surgido nesta fase de aprendizagem porque permitiu refletir sobre a pertinência da divulgação do projeto da RNCCI e a importância da

articulação entre os diversos constituintes da rede para que se encontre uma resposta rápida e eficiente para a pessoa com uma dependência/incapacidade. O enfermeiro tem um papel preponderante em qualquer domínio deste projeto, quer porque participa ativamente na referenciação da pessoa em situação de dependência e com perda de autonomia para uma das respostas da RNCCI, quer porque contribui para os cuidados de saúde e sociais prestados nas diferentes tipologias promovendo a continuidade de cuidados de forma integrada (UMCCI, 2011).

3.3 Intervenções no programa “Planeamento da alta ao utente com Acidente Vascular Cerebral”

No decorrer dos ensinamentos clínicos fui validando com os orientadores o instrumento “Guia de orientação para profissionais” sobre os ensinamentos a efetuar à pessoa com AVC e cuidador informal”, do programa “Planeamento da alta ao utente com Acidente Vascular Cerebral”, (ANEXO I), cujo objetivo é guiar os profissionais nas áreas e intervenções de ensino, permitindo desta forma o desenvolvimento de um planeamento estruturado da alta da pessoa com AVC. Algumas alterações foram efetuadas no sentido de melhorar a informação, do ponto de vista do esclarecimento e compreensão da mensagem, (APENDICE XI), que não tinham sido possíveis sem o desenvolvimento de competências proporcionado pelas experiências do ensino clínico e sem a contribuição dos orientadores e da sua perícia no tema. Após a validação deste instrumento pelos orientadores, foi apresentado ao grupo de trabalho sobre AVC da Unidade as alterações propostas, havendo consenso na pertinência das mesmas. Desde Março de 2012 tem sido aplicado a colaboradores profissionais que acompanham as pessoas abrangidas pelo programa “Planeamento da alta ao utente com Acidente Vascular Cerebral”. Já foi identificado pelo grupo de trabalho a necessidade de avaliar o impacto do uso destes instrumentos na qualidade dos cuidados prestados. Espero intervir nesta avaliação, com a contribuição do conhecimento sobre enfermagem de reabilitação que fui adquirindo e que venha ainda a adquirir.

Dentro da problemática definida no projeto, uma das dificuldades encontrava-se na pertinência que os diferentes colaboradores da equipa multidisciplinar da Unidade atribuíam às intervenções do EER. Embora considere que, provavelmente, esta questão só ficará esclarecida na presença de um EER na equipa e na validação e valorização dos

cuidados que preste, enquanto não se atinge este patamar de excelência considere pertinente a sensibilização para o tema. Para as II Jornadas de Cuidados Continuados Integrados LNostrum, que a Unidade organiza anualmente e que decorreram a 13 e 14 de Outubro de 2011, propus o painel “Reabilitação AVC’S”, (ANEXO VI). Nesta mesa encontravam-se peritos em diferentes áreas da Reabilitação, nomeadamente, um EER que deu enfoque à importância dos cuidados de enfermagem em reabilitação para o processo de reabilitação da pessoa com AVC. Foi muito interessante o debate dos temas porque se conseguiu que fossem conduzidos para a importância da continuidade dos cuidados de reabilitação nas 24H de permanência da pessoa em contexto de internamento nas UCCI da RNCCI.

Dentro desta filosofia tem sido desenvolvido desde Fevereiro de 2012 momentos de sensibilização dos pares para a continuidade dos cuidados de reabilitação com encontros mensais de enfermagem. Já foram debatidos os seguintes temas: “Prevenir o padrão espático na pessoa com AVC” e “Importância do movimento no AVC”. Encontramo-nos de momento a definir estratégias para melhorar os cuidados à pessoa com disfagia em parceria com a Terapeuta da Fala.

Os conhecimentos que adquiri ao longo desta etapa formativa iniciada em 2010 permitiram-me desenvolver competências para uma argumentação fundamentada sobre a importância de alocação de EER na Unidade, sendo proposto ao Conselho de Administração inferência orçamental para este projeto. Acredito vir a ser uma realidade ainda no decorrer deste ano.

No último trimestre de 2012, constatou-se um aumento de cerca de 30% na referenciação da pessoa com necessidade de cuidados de saúde e sociais em regime de internamento, provenientes dos locais dos ensinos clínicos. Penso que as relações profissionais desenvolvidas durante o ensino clínico, bem como os momentos de debate criados, permitiram um aproximar de realidades e uma compreensão das diferentes dimensões dos cuidados na RNCCI. Permitiram consensos na informação a ser dada à pessoa que necessita de cuidados bem como no encontrar a melhor resposta da RNCCI para essa situação específica. Segundo a UMCCI “esta Rede pretende implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrados no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado” (2011, p.7).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caráter multidimensional do AVC e as graves alterações que provoca na qualidade de vida das pessoas e na sociedade faz com que seja encarado como um importante problema de saúde com expressão mundial. Encontrar respostas de saúde e sociais integradoras para esta problemática requer programas que visem o desenvolvimento integral da pessoa, na procura da reaprendizagem nas diferentes atividades, na adaptação à incapacidade existente e na reinserção ao meio sociofamiliar. Segundo a UMCCI (2011, p.7) “reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento ativo, são os desafios no momento, a nível global” (UMCCI, 2011, p.7). Os cuidados de saúde/sociais prestados pela equipa de profissionais da área da saúde, da reabilitação e social das Unidades de Convalescença da RNCCI pretendem dar esta resposta sendo que “o seu objectivo principal é a recuperação da independência funcional. Assim, tem como finalidade restabelecer as funções ou actividades afectadas, total ou parcialmente, por diferentes patologias” (UMCCI, 2007, p.7).

Inserido na Reabilitação, na sua vertente de especialidade multidisciplinar, encontra-se o corpo de conhecimentos de enfermagem de reabilitação, permitindo ao EER “tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa” (OE, 2010, p.1). Importa referir que o EER tem um papel fundamental no que concerne a criar condições para a continuidade de cuidados e na promoção da saúde, quer precocemente prevenindo novas incapacidades quer potenciando a adaptação à situação de incapacidade.

Acompanhar a complexidade das situações vivenciadas nos ensinamentos clínicos, experienciar as dificuldades sentidas e os obstáculos ultrapassados, fez-me compreender a reabilitação como um processo global que ao ser dirigido à pessoa no seu percurso de vida, se torna simultaneamente dinâmico e contínuo, tendo como finalidade última, permitir a adaptação da pessoa a uma nova situação de vida trazida pela incapacidade, quer nas atividades físicas quer nas de âmbito psicossocial. Este percurso permitiu o desenvolvimento de competências específicas do EER propostas no projeto, ao possibilitar cuidar de pessoas com AVC, em diferentes ciclos de vida e em diferentes contextos da prática de cuidados, intervindo no capacitar da pessoa com AVC e cuidador informal, promovendo a independência funcional, a reinserção e o exercício da cidadania.

Os momentos de debate que foram surgindo ao longo dos ensinamentos clínicos, a integração nas diferentes equipas multidisciplinares, a análise dos modelos de referência encontrados nos orientadores do ensino clínico e as diversas questões éticas com que me deparei, permitiram-me desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional e ética e no domínio da gestão dos cuidados. O facto de compreender as minhas limitações, de analisar as relações profissionais nas equipas, de refletir sobre as dificuldades e ganhos das relações terapêuticas estabelecidas, possibilitaram o crescer como pessoa e o desenvolver de competências na área do autoconhecimento e assertividade.

O trajeto delineado e percorrido permitiu a compreensão de que a enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC nas Unidades de Convalescença possibilita a capacitação para o melhor estado de independência possível, almejando o direito à dignidade e à qualidade de vida e potenciando a continuidade de cuidados e reintegração da pessoa no meio sociofamiliar. A efectividade destas ações dependerá da inclusão do EER num trabalho de equipa concertado, integrado e pró-ativo. Os Enfermeiros de Reabilitação precisam de estar esclarecidos acerca do seu papel, compreendendo o sentido das suas ações. Segundo Hoeman (2000, p.20) “a prática dos enfermeiros de reabilitação concede-lhes um estatuto de membros de equipas interdisciplinares (...) os papéis incluem o de educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro da equipa”.

Como condicionante para a elaboração deste relatório realço a dificuldade de sintetizar todo este percurso enriquecedor em cerca de cinquenta páginas, tendo optado, como tal, focar-me nos incidentes marcantes dos ensinamentos clínicos que contribuíram para o meu crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional. Não obstante, todo o percurso decorrido trouxe contributos importantes para o aprofundar de características como tolerância, confiança, capacidade de socialização, comunicação e gestão de situações complexas, que acredito que contribuirão significativamente para a anuência de novos desafios e para a edificação de novos projetos.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I., & Rua, M. (Julho/Setembro de 2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências*. Obtido em 9 de Maio de 2011, de Redalyc- Texto & Contexto Enfermagem: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71414308>
- Alcantara, J. (Abril de 2009). Guia de integração - UCV. Lisboa: Acessível na Unidade Cerebro Vascular, Lisboa, Portugal.
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, A. (17 de Maio de 2011). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 » PNS 1ª Versão*. Obtido em 23 de Outubro de 2011, de Alto Comissariado da Saúde: http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/03/OSS1_17-05-2011.pdf
- AMERICAN ASSOCIATION OF NEUROSCIENCE NURSE, (**AANN**) (December de 2009). *Guide to the Care of the Hospitalized Patient with Ischemic Stroke* -. Obtido em 15 de Maio de 2011, de AANN Clinical Practice Guideline Series: <http://www.aann.org/pdf/cpg/aannischemicstroke.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Campos, A. C. (2008). *REFORMAS DA SAÚDE – O FIO CONDUTOR*. Coimbra: Edições Almedina, SA. .
- Castro, L. B., & Ricardo, M. M. (1993). *GERIR O TRABALHO DE PROJECTO – Guia para a flexibilidade e revisão curriculares*. Lisboa: Texto Editora, Lda.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar ... A primeira arte da vida*. Lisboa: Lusociência.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, lda.
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES, (**CNDC**) (2007). *Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Obtido em 30 de Maio de 2011, de Alto Comissariado da Saúde: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/01/documento-orientador-das-vias-verdes-de-eam-e-de-avc-dezembro-2007-25-01-2007.pdf>
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES, (**CNDC**) (Junho de 2011). *Vias Verdes - Indicadores de Actividade 2010*. Obtido em 4 de Fevereiro de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E91B6723-59A3-49F5-A83A-9F53DDC5AAA3/0/Vias_Verdes_2011.pdf
- Costa, L. F., & Brandão, S. N. (Maio/Agosto de 2005). *ABORDAGEM CLÍNICA NO CONTEXTO COMUNITÁRIO: UMA PERSPECTIVA INTEGRADORA*. *Psicologia & Sociedade* , pp. 33-41.

Damásio, A. (2008). *O SENTIMENTO DE SI - O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, (**DGS**) (6 de Fevereiro de 2006). *Circular Normativa nº 03/DSPCS - Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Obtido em 2012 de Março de 12, de [acs.min-saude: http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/circularnormativadgs03dspcs060206.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/circularnormativadgs03dspcs060206.pdf)

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, (**DGS**) (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Obtido em 6 de Maio de 2011, de Alto Comissariado da Saúde: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/03/pnsvii.pdf>

Dobkin, B. (21 de Abril de 2005). *Rehabilitation After Stroke articles NEJM.org*. Obtido em 2011 de Maio de 13, de The New England Journal of Medicine: <http://www.nejm.org/search?q=DOBKIN%2C+Bruce+%282005%29+-+Rehabilitation+after+Stroke>

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA, E. (2011). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações*. Lisboa: Centro de Documentação .

Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

EUROPEAN STROKE ORGANISATION, (**ESO**) (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008*. Obtido em 31 de Maio de 2011, de http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf

Fazenda, I. (Outubro de 2005). Família, Coesão e Diferenciação. *INTEGRAR* , pp. 3-8.

Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *NEUROLOGIA – Princípios, Diagnósticos e Tratamento*. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda.

Gabriela Leal, I. P. (2005). Avaliação da afasia pelo Médico de Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* , 359-364.

Gândara, M. (1997). O conceito de pessoa: um breve trajecto filosófico. *Servir* , 45(5), 226-228.

Garrido, A. (Agosto de 2005). Supervisão Clínica em Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Nº 12 , pp. 27-34.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hill, K., Middleton, S., & O'Brien, E. &. (2009). *Implementing clinical guidelines for acute stroke management: do nurses have a lead role?* Obtido em 2011 de Maio de 1, de Australian Journal of Advanced Nursing: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010317895&lang=pt-br&site=ehost-live>

Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo*. Lisboa: Lusociência.

Huijben-Schoenmakers, M., Gamel, C., & Hafsteinsdóttir, T. (28 de September de 2009). *Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day?* Obtido em 14 de Outubro de 2010, de Sage Publications: <http://cre.sagepub.com/content/23/12/1145>

Kneafsey, R. (2007). *A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence.* Obtido em 2011 de Maio de 1, de Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009798322&lang=pt-br&site=ehost-live>

Leal, G., & Martins, I. P. (2005). Avaliação da afasia pelo Médico de Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* , 359-364.

Lucas, E. (19 de Março de 2009). UMCCI gere a rede de cuidados continuados integrados como o GestCare CCI da Care4IT. *e-Business Report* , pp. 16-18.

Mafra, E. (2010). *Avaliação 2010.* Mafra.

Marques, S. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC.* Coimbra: Formasau - Formação e Saúde,Lda.

Martins, M. M. (2002). *UMA CRISE ACIDENTAL NA FAMILIA - O DOENTE COM AVC.* Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.

Martins, T. (2006). *ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR DOS DOENTES E FAMILIARES CUIDADORES.* Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Meleis, A. I. (Setembro de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle – Range Theory. *Advances in Nursing Science* , pp. 12-28.

Meleis, A. I. (1991). *Theoretical Nursing: Development and Progress.* Philadelphia: Lippincott Company.

Menoita, E. (2012). *REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC: Contributos para um envelhecer resiliente.* Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Milder, V. (2008). *The Cognitive Neuroscience of Human Communication.* Nova York: Taylor & Francis Group, LLC.

Oliveira, C., & Lopes, M. (1º Semestre de 2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem* , Vol. 14, nº1, p.67-74.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **(OE)** (Outubro de 2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais.* Obtido em 10 de Março de 2011, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **(OE)** (16 de Setembro de 2009). *LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf.* Obtido em 14 de Maio de 2011, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **(OE)** (Janeiro de 2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional-Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências.* Obtido em

8 de Maio de 2011, de Ordem dos Enfermeiros:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **(OE)** (Dezembro de 2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos*. Obtido em 28 de Janeiro de 2011, de Ordem dos Enfermeiros:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **(OE)** (Março de 2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro*. Obtido em 12 de Junho de 2011, de Ordem dos Enfermeiros:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **(OE)** (Outubro de 2010). *Regulamento competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Obtido em 1 de Junho de 2011, de Ordem dos Enfermeiros:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **(OE)** (29 de Maio de 2010).

RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx. Obtido em 7 de Maio de 2011, de Ordem dos Enfermeiros:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **(OE)** (Abril de 2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Obtido em 15 de Maio de 2011, de Ordem dos Enfermeiros:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **(OMS)** (January de 2011). *Cardiovascular diseases (CVDs) - Fact Sheet N°317*. Obtido em 19 de Junho de 2011, de WHO Cardiovascular diseases (CVDs):

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **(OMS)** (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - trad. Portuguesa*. Obtido em 15 de Novembro de 2010, de Instituto Nacional para a Reabilitação - INR: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **(OMS)** (2003). *Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral. Um Guia para Fisioterapeutas e Profissionais da Atenção Primária à Saúde*. . Porto Alegre: Artmed.

Pearson, M., & Craig, J. (2002). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Lisboa: Lusociência.

Proot, I. M., Crebolder, H. F., Abu-Saad, H. H., & Meulen, R. H. (1998). *Autonomy in the Rehabilitation of Stroke Patients in Nursing Homes. A Concept Analysis*. Obtido em 20 de Janeiro de 2011, de Scandinavian University Press: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16010896&lang=pt-br&site=ehost-live>

- Proot, I., Abu-Saad, H., & Van Oorsouw, G. &. (2002). *Autonomy in stroke rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes*. . Obtido em 1 de Maio de 2011, de Nursing Ethics: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16010896&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Pryor, J. (Spring de 2005). Nursing's role in rehabilitation: A review of the research literature. *Jarna* , pp. 8-13.
- Pryor, J., Walker, A., O'Connell, B., & Worrall-Carter, L. (11 de November de 2009). *Opting in and opting out: a grounded theory of nursing's contribution to inpatient rehabilitation*. Obtido em 14 de Outubro de 2010, de sagepublications: <http://cre.sagepub.com/content/23/12/1124>
- Renaud, I. C. (2010). O Cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem* , 2-8.
- Rodrigues, S. (Outubro de 2009). *A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um Estudo exploratório sobre as percepções de doente enfermeiros*. Obtido em 15 de Junho de 2011, de RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11489/1/tese.pdf>
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1995). *Modelo Enfermagem*. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper- Logan - Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING, **(RCN)** (Novembro de 2009). *Maximising independence – The role of the nurse in supporting the rehabilitation of older people*. Obtido em 26 de Maio de 2011, de ROYAL COLLEGE OF NURSING : http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/109326/003186.pdf
- ROYAL COLLEGE OF NURSING, **(RCN)** (Novembro de 2009). *Role of the rehabilitation nurse - RCN guidance*. Obtido em 6 de Junho de 2011, de ROYAL COLLEGE OF NURSING : http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0017/111752/003178.pdf
- Sá, M. C. (2011). *UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO II (Apontamentos)*. Lisboa: ESEL.
- Saraiva, C. (2010). *UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO I (Apontamentos)*. Lisboa: ESEL.
- Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *CUIDAR DO IDOSO - dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Sequeira, C. (2010). *CUIDAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Silva, E. d. (Abril de 2010). *Reabilitação após o AVC*. Obtido em 23 de Outubro de 2011, de repositorio-aberto: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao%20aps%20o%20AVC.pdf>
- Sousa, L., Relvas, A. P., & Mendes, Á. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS, **(UMCCI)**(Agosto de 2011). *_Manual_do_Prestador.pdf*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de UMCCI: <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/profissionais/Paginas/orientacoes.aspx>

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS, **(UMCCI)** (2011). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados*. Lisboa: UMCCI.

UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS, **(UMCCI)** (Julho de 2007). *Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI*. Obtido em 5 de Março de 2011, de UMCCI: <http://apfisio.pt/GrupoTrabalho/UCMRNCCI.pdf>

UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS, **(UMCCI)** (Março de 2007). *Orientações - Manuais: Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. Obtido em 26 de Novembro de 2011, de Web Site de UMCCI - RNCCI: <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/profissionais/Paginas/orientacoes.aspx>

ANEXOS

ANEXO I – Guia de orientação para profissionais do “Programa de Alta ao Utente com Acidente Vascular Cerebral” – 1ª versão



Planeamento da Alta ao utente com AVC

Guia de orientação para profissionais

UPABE

Objectivo:

- Guiar os profissionais nas áreas e intervenções de ensino, permitindo desta forma o desenvolvimento de um planeamento estruturado e homogéneo da alta do utente com AVC.

AREA DE ENSINO	INTERVENÇÃO DE ENSINO	A REFERIR PELO PROFISSIONAL
<p>Factores de Risco</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diabetes Mellitus -Dislipidémia -Tabaco / Álcool -Obesidade/ Sedarismo 	<p>Explicar a necessidade de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar os valores de TA, glicemia e colesterol; - Suspender ou reduzir o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas; - Realizar actividade física regular. 	<p>HTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tomar a medicação anti-hipertensora de acordo com o prescrito pelo médico; - Reduzir o consumo de sal; incentivar o consumo de carnes brancas, peixe, frutas e vegetais. <p>DM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tomar a medicação/insulina tal como prescrito; - realizar refeições regulares, de 2 em 2 horas; - monitorizar os valores de glicemia regularmente. <p>DISLIPIDÉMIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aconselhar dieta pobre em gorduras e o uso preferencial de azeite. - Evitar margarinas e banhas, gema de ovo, bolos e chocolates. - Preferir peixe, frutas e saladas; cozidos, grelhados e assados. - Tomar a medicação de acordo com o prescrito pelo médico. <p>Solicitar o apoio da dietista da Unidade e do médico do utente.</p> <p>OBESIDADE/SEDENTARISMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incentivar exercício físico regular (caminhadas); - reforçar que a perda de peso reduz o risco de AVC.
<p>Comunicação Eficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afasia; -Disartria; -Ansiedade; -confusão; -Depressão; -Labilidade Emocional 	<p>- Explicar o que é afasia e disartria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enumerar barreiras à comunicação; - Explicar as atitudes a adoptar para melhorar a comunicação; - Indicar os meios que facilitam e melhoram a comunicação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Afasia: (incapacidade que o doente tem em falar e compreender palavras escritas e/ou faladas) - Disartria (dificuldade na articulação e ritmo da fala). <p>Explicar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a ansiedade, o tempo lento de raciocínio e alterações da memória podem dificultar a comunicação; - o doente pode ter dificuldade em exprimir os seus pensamentos e em compreender os outros; - o doente pode não conseguir falar, ler, escrever, reconhecer pessoas ou objectos, recordar factos recentes e antigos, e por isso, pode apresentar-se confuso, ansioso, frustrado, deprimido e com períodos de labilidade emocional; - manter um ambiente calmo, mostrar disponibilidade e tempo para o ouvir, estimula-lo a falar sobre os seus medos; abordar o doente pelo lado afectado; falar devagar, pronunciando bem as palavras; transmitir as informações com frases simples, curtas e claras; se necessário mostrar fotografias ou imagens; ou pedir ao doente para escrever ou desenhar a mensagem; - estimular o seu interesse para leituras, jogos simples, ouvir rádio, ver televisão, entre outros. <p>Solicitar o apoio da Terapeuta da Fala.</p>
<p>Cuidados de Higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> - Banho na cama; - Banho no WC; - Cuidados de Higiene oral; - Vestir/ Despir/Calçar; - Fazer cama ocupada; - Ajudas Técnicas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração do banho na cama e no WC; - Demonstração da higiene oral; - Demonstração do vestir/despir/calçar; - Demonstrar como fazer a cama com doente; - Indicação do tipo de ajudas técnicas e demonstrar como as utilizar e como as adquirir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Referir que o banho pode ser feito na banheira, no duche ou na cama; -Referir o material necessário ao banho e explicar a necessidade de o reunir antes de iniciar a actividade; - A focar: <ul style="list-style-type: none"> • promoção da independência do doente, não o substituir nas actividades que ele consegue fazer; • cuidados a ter com o lado afectado pela diminuição da sensibilidade; • a higiene da boca deve ser diária; • vestir 1.º o hemicorpo afectado (plégico/parético) e

<p>- Material necessário e como o adquirir;</p>		<p>depois o hemicorpo são. Despir 1º o hemicorpo são e depois o hemicorpo afectado;</p> <ul style="list-style-type: none"> • a roupa deve ser larga e com elasticidade. As calças devem ter elástico; • os sapatos devem ter o tamanho adequado e terem fechos de velcro ou elásticos laterais; • colocar as ajudas técnicas: barras de apoio no chuveiro e na sanita; assento aplicado nos bordos da banheira; cadeira sanitária e como as adquirir e utilizar. <p>- Solicitar o apoio da Terapeuta Ocupacional.</p>
<p>Posicionamento/ Transferência</p> <p>- Levante/ Transferência e Posicionamentos;</p> <p>- Exercícios de mobilização;</p> <p>- Ajudas técnicas.</p>	<p>- Demonstração do levantar/ Transferência para cadeira rodas;</p> <p>- Demonstração do posicionamento no leito/Cadeira de Rodas;</p> <p>- Ajudas técnicas a utilizar e como as adquirir;</p>	<p>- Explicar os cuidados específicos no doente hemiplegico para prevenir o padrão espástico;</p> <p>- Informar que o doente não pode permanecer mais de 2-3 horas na mesma posição;</p> <p>- Utilização de almofadas na técnica de posicionamentos do doente no leito e no levantar/sentar em CR para prevenir úlceras de pressão;</p> <p>- Exercícios de mobilização e de auto-mobilização para evitar a rigidez articular;</p> <p>- Utilizar as ajudas técnicas: calças/cinto; CR; andarilho.</p> <p>- Solicitar o apoio do Serviço de Fisioterapia e da Terapeuta Ocupacional.</p>
<p>Alimentação Adequada</p> <p>- Necessidades alimentares;</p> <p>- Administração via oral e entérica;</p> <p>- Cuidados ao doente entubado;</p> <p>- Uso de espessante;</p> <p>- Ajudas técnicas.</p>	<p>- Explicação da dieta e do uso de espessante;</p> <p>- Demonstração do posicionamento;</p> <p>- Demonstração da alimentação oral e entérica;</p> <p>- Fornecer Guia informativo;</p> <p>- Dar a conhecer ajudas técnicas;</p> <p>- Explicar o que é Disfagia.</p>	<p>- Explicar que antes da administração por sonda verificar o conteúdo, se for <100cc, administrar a alimentação;</p> <p>- Alimentação variada e em pequena quantidade, incluir fruta, vegetais, leite, iogurtes, carne, peixe e ingerir cerca de 1.5- 2l de água dia;</p> <p>- Adequar a consistência da alimentação, se necessário com espessante;</p> <p>- Incentivar sempre o doente a alimentar-se sozinho pela sua mão;</p> <p>- Solicitar o apoio da Dietista da Unidade.</p>
<p>Controlo da Eliminação</p> <p>- Controlo/ incontinência;</p> <p>- Obstipação;</p> <p>- Colocação de fralda e /ou dispositivo urinário externo;</p> <p>- Cuidados com a algália.</p>	<p>- Explicação da hidratação e alimentação;</p> <p>- Demonstração da colocação de dispositivos urinários Externos;</p> <p>- Explicação dos cuidados ao doente com algália;</p> <p>- Indicação de ajudas técnicas e aquisição.</p>	<p>- Explicar a importância de hábitos intestinais regulares. Ingerir 1.5-2l de líquidos por dia, comer alimentos ricos em fibras, praticar exercício físico e tomar a medicação;</p> <p>- Se o doente não gosta de água, incentivar o consumo de chá, sopa e gelatina;</p> <p>- Se tem controlo de esfíncter, oferecer o bacio alto, arrastadeira/ urinol, ou, de preferência, acompanhar ao WC;</p> <p>- Se tem incontinência, explicar a utilização de fralda descartável e dispositivos externos;</p> <p>- Importância da higiene após urinar ou defecar e utilização de creme de protecção;</p>
<p>Prevenção de Riscos</p> <p>- Abuso de medicamentos;</p> <p>- Limitações sensorio-motoras;</p> <p>- Úlceras por pressão;</p> <p>- Acidentes/ Quedas.</p>	<p>- Explicação dos cuidados a ter com a medicação;</p> <p>- Prevenção das úlceras por pressão, queimaduras e quedas;</p> <p>- Exercícios de mobilização;</p> <p>- Fornecer guia informativo.</p>	<p>- Explicar a importância dos cuidados a ter com a medicação (tipo, dose e hora);</p> <p>- Importância da prevenção das úlceras de pressão (aquisição e utilização de material de alívio de pressão);</p> <p>- Importância dos meios de prevenção de acidentes e quedas (imobilizações, grades, cama junto à parede).</p>
<p>Recursos na Comunidade</p> <p>- Assistência social;</p> <p>- Apoio domiciliário;</p> <p>- Centro de Saúde;</p> <p>- Ajudas técnicas.</p>	<p>- Indicação dos recursos a mobilizar;</p> <p>- Explicação dos contactos realizados.</p>	<p>- Explicação das ajudas técnicas necessárias e como adquiri-las, dos recursos existentes e como os contactar e da nota de alta;</p> <p>- Solicitar apoio e esclarecimento das técnicas de Serviço Social da Unidade.</p> <p>- Informação de que o Centro de Saúde será informado de acordo com as necessidades do doente.</p>

ANEXO II – Instrumento de registo - Monitorização de resultados do internamento

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE ADULTOS – 3
MONITORIZAÇÃO DE RESULTADOS DO INTERNAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Data da Reunião da Equipa: ____ / ____ / ____

MÉDICO

SERVIÇO SOCIAL

Pessoa de referência:

▪ Estado civil

Solteiro / Viúvo

Casado / União de facto

Divorciado / Separado

▪ Habilitações literárias

Analfabeto / Sabe ler e escrever

4 anos

6 anos

9 anos

12 anos

Ensino Superior

▪ Situação escolar / profissional

Estudante / Formação profissional

Desempregado / Sem ocupação

Doméstica

Profissão:

Activo

Baixa doença

Reformado

▪ Situação familiar

Isolado

Família / Suporte

Agregado:

o Outros apoios

o Clinical Rating Scale

(funcionalidade da Família)

Equilibrada

Meio termo

Extrema

▪ Situação habitacional

Própria

Alugada

Instituição

Outra:

Sem barreiras

Interior

Exterior

Com barreiras

Interior

Exterior

▪ Escala de Gijon: Score ____ / 25 (corte=13)

▪ Estudo sócio-económico para atribuição de Ajudas Técnicas

Sim

Não

▪ Intervenção realizada em estruturas da comunidade

Sim

Não

▪ Reintegração Social

DOMICILIO

Apoio da família

Apoio domiciliário

Centro de Dia

Empregada

LAR / INSTITUIÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE

REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS

▪ Reintegração Profissional

Mesma profissão

Reconversão profissional

Formação profissional / RVCC / OP

Outra:

▪ Observações / Evolução

▪ Objectivos

ENFERMARIA E AVD			
▪ Estado geral		▪ Comportamento na enfermaria / AVD	
<input type="checkbox"/> FC (mantido/alterado)	<input type="checkbox"/> TA (mantido/alterado)	<input type="checkbox"/> Sociável S/N	<input type="checkbox"/> Colaborante S/N
<input type="checkbox"/> Glicémia (mantido/alterado)	<input type="checkbox"/> Febre (S/N)	<input type="checkbox"/> Agitação S/N	<input type="checkbox"/> Agressividade S/N
<input type="checkbox"/> INR (mantido/alterado)		▪ Alterações do sono S / N	
▪ Revestimento cutâneo (E. Braden)		▪ Dor	
<input type="checkbox"/> Íntegro / Cicatrizado		<input type="checkbox"/> EVA (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	
<input type="checkbox"/> Score de Braden		Localização:	
<input type="checkbox"/> Ulc. Pressão (I, II, III, IV)		▪ Esfíncteres	
Localização:		<input type="checkbox"/> Vesical (controlo S/N) regime:	
		<input type="checkbox"/> Intestinal (controlo S/N) regime:	
▪ AVD		▪ Mobilidade no leito	
<input type="checkbox"/> Higiene oral (1/2/3/4/5/6/7)		<input type="checkbox"/> (1/2/3/4/5/6/7)	
<input type="checkbox"/> Higiene da face (1/2/3/4/5/6/7)		▪ Transferências	
<input type="checkbox"/> Pentear (1/2/3/4/5/6/7)		<input type="checkbox"/> Leito (1/2/3/4/5/6/7)	
<input type="checkbox"/> Barbear/maquilhar (1/2/3/4/5/6/7)		<input type="checkbox"/> C. Rodas (1/2/3/4/5/6/7)	
<input type="checkbox"/> Banho (1/2/3/4/5/6/7)		<input type="checkbox"/> Sanita (1/2/3/4/5/6/7)	
<input type="checkbox"/> Vest. ½ sup. (1/2/3/4/5/6/7)		<input type="checkbox"/> Banheira/duche (1/2/3/4/5/6/7)	
<input type="checkbox"/> Vest. ½ inf. (1/2/3/4/5/6/7)		▪ Suporte familiar/amigos	
<input type="checkbox"/> Calçado (1/2/3/4/5/6/7)		<input type="checkbox"/> Visitas regulares (S/N)	
<input type="checkbox"/> Alimentação (1/2/3/4/5/6/7)		<input type="checkbox"/> Sai aos fins-de-semana (S/N)	
▪ Observações / Evolução			
▪ Objectivos			

TERAPIA OCUPACIONAL			
▪ AA			
<input type="checkbox"/> Ombro: D (mantida / limitada); E (mantida / limitada)		<input type="checkbox"/> Cotovelo: D (mantida / limitada); E (mantida / limitada)	
<input type="checkbox"/> Punho: D (mantida / limitada); E (mantida / limitada)		<input type="checkbox"/> Dedos: D (mantida / limitada); E (mantida / limitada)	
▪ Tónus (EAM)			
<input type="checkbox"/> Ombro: D (0, 1, 1+, 2, 3, 4); E (0, 1, 1+, 2, 3, 4)		<input type="checkbox"/> Cotovelo: D (0, 1, 1+, 2, 3, 4); E (0, 1, 1+, 2, 3, 4)	
<input type="checkbox"/> Punho: D (0, 1, 1+, 2, 3, 4); E (0, 1, 1+, 2, 3, 4)		<input type="checkbox"/> Dedos: D (0, 1, 1+, 2, 3, 4); E (0, 1, 1+, 2, 3, 4)	
▪ Movimentos Activos			
<input type="checkbox"/> Ombro: D (S/N); E (S/N)		<input type="checkbox"/> Cotovelo: D (S/N); E (S/N)	
<input type="checkbox"/> Punho: D (S/N); E (S/N)		<input type="checkbox"/> Dedos: D (S/N); E (S/N)	
▪ Sensibilidade Profunda:			
<input type="checkbox"/> Postural: D (A/M); E (A/M)		<input type="checkbox"/> Epicrítica: D (A/M); E (A/M)	
▪ Sensibilidade Superficial:			
<input type="checkbox"/> Ombro: D (A/M); E (A/M)		<input type="checkbox"/> Cotovelo: D (A/M); E (A/M)	
<input type="checkbox"/> Punho: D (A/M); E (A/M)		<input type="checkbox"/> Dedos: D (A/M); E (A/M)	

▪ Alimentação				
	Independente		C/ Ajuda Parcial	C/ Ajuda total
	C/ prod. Apoio	S/ prod. apoio		
Beber				
Comer				
▪ Lotka:				
o Orientação:		o Percepção visual:		
o Percepção espacial:		o Praxis motora:		
o Organização visuo-motora:		o Operações do pensamento:		
o Atenção / concentração:				
▪ 9 hole peg test : MSD _____ MSE _____				
▪ Biometrics:				
MSD	o Força: preensão global:		preensão fina:	prono-supinação:
MSE	o Força: preensão global:		preensão fina:	prono-supinação:
▪ Desempenho ocupacional:				
▪ Posicionamento na Cadeira de Rodas: <input type="checkbox"/> concluído <input type="checkbox"/> em avaliação				
▪ Colaboração:				
▪ Observações / Evolução				
▪ Objecctivos				

FISIOTERAPIA	
▪ AA	
o Anca: D (mantida / limitada); E (mantida / limitada)	o Joelho: D (mantida / limitada); E (mantida / limitada)
o T-T: D (mantida / limitada); E (mantida / limitada)	o Dedos: D (mantida / limitada); E (mantida / limitada)
▪ Tónus (EAM)	
o Anca: D (0, 1, 1+, 2, 3, 4); E (0, 1, 1+, 2, 3, 4)	o Joelho: D (0, 1, 1+, 2, 3, 4); E (0, 1, 1+, 2, 3, 4)
o T-T: D (0, 1, 1+, 2, 3, 4); E (0, 1, 1+, 2, 3, 4)	o Dedos: D (0, 1, 1+, 2, 3, 4); E (0, 1, 1+, 2, 3, 4)
▪ Movimentos Activos	
o Anca: D (S/N); E (S/N)	o Joelho: D (S/N); E (S/N)
o T-T: D (S/N); E (S/N)	o Pé/Dedos: D (S/N); E (S/N)
▪ Sensibilidade Profunda:	
o Postural: D (A/M); E (A/M)	o Epicrítica: D (A/M); E (A/M)
▪ Sensibilidade Superficial:	
o Anca: D (A/M); E (A/M)	o Joelho: D (A/M); E (A/M)
o T-T: D (A/M); E (A/M)	o Dedos: D (A/M); E (A/M)

F.T. (continuação)

PROCESSO: _____

▪ Controlo postural:	
▪ Escala de equilíbrio de Berg:	▪ Escala STREAM:
▪ FAC:	▪ 10 m walk test: _____' _____" - _____ m/s
▪ 6' walk test: _____ m	▪ Timed up & go test: _____' _____"
▪ Qualidade do movimento	
▪ Degraus: S / N	
<input type="checkbox"/> Apoio de 2 pax	<input type="checkbox"/> Apoio de 1 pax + corrimão
<input type="checkbox"/> Auxiliar de marcha + corrimão	<input type="checkbox"/> Apoio só corrimão
<input type="checkbox"/> Sem apoio	<input type="checkbox"/> Sem alternância / Com alternância
▪ Colaboração:	
▪ Observações / Evolução	
▪ Objectivos	

TERAPIA DA FALA

▪ Linguagem			
▪ Caracterização:			
▪ Compreensão:			
▪ Expressão:			
o Escrita (M/A)	o Leitura (M/A)	o Cálculo (M/A)	o Praxia B-F (M/A)
▪ Diagnóstico:			
▪ Quociente de afasia (QA):		▪ Grau de afasia:	
▪ Funcionalidade da comunicação			
▪ PCF:		▪ ASHAFACS:	
▪ Meio aumentativo: S / N			
▪ Fala: M / A (L/M/G)			
▪ Caracterização:			
o Articulação M / A (L/M/G)	o Fonação M / A (L/M/G)	o Coordenação M / A (L/M/G)	
o Prosódia M / A (L/M/G)		o Ritmo M / A (L/M/G)	
▪ Diagnóstico:		o Tipo:	o Grau:
▪ Meio aumentativo: S / N			

▪ Deglutição: M / A (L/M/G)		
▪ Caracterização:		
▪ Diagnóstico:	o Tipo:	o Grau:
o Estratégias		
▪ Colaboração:		
▪ Observações / Evolução		
▪ Objectivos		

PSICOLOGIA			
▪ Cognição			
o Memória M / A	o Atenção M / A	o Orientação M / A	o Funções executivas M / A
o Cálculo M / A	o Praxias M / A	o Gnosias M / A	o Cap. Visuo-espacial M / A
▪ Estado emocional			
▪ Comportamento			
▪ Observações / Evolução			
▪ Objectivos			

OPO

PRODUTOS DE APOIO
o Propostas
o Aguarda
o Possui

CONCLUSÃO / PLANO

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO	_____ / _____ / _____
-------------------------	-----------------------

ANEXO III - Instrumento de registo - Colheita de Dados de Enfermagem

Colheita de Dados Enfermagem

(3) SRA CASA
(2) SRPD HOSPITAL
(1) SRA LAR

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____

DATA ADMISSÃO: ____/____/____

Etiqueta do Utente

MASC NOME _____

FEM DATA NASC. ____/____/____ IDADE _____

ESTADO CIVIL _____ Gosta que o tratem por _____

FAMILIARES/COABITANTES _____

Pessoa mais próximo e a contactar NOME _____
MORADA _____ Telefone _____
PARENTESCO _____

PESSOA COM QUEM PODE SAIR _____

Benef. Do Reg. _____

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO _____ ESCOLARIDADE _____

RELIGIÃO/PRÁTICAS _____

ANTECEDENTES PESSOAIS _____

PERCEÇÃO DO ASSISTIDO SOBRE O SEU ESTADO _____

PERCEÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE O ESTADO DO ASSISTIDO _____

INFORMAÇÃO CLÍNICA
(Ex: Diag. Incap. Resumo da situação)

OBJECTIVO DO INTERNAMENTO:

MEDICO RESPONSÁVEL: _____

TEMPO PROVÁVEL DE INTERNAMENTO: _____

FONTE DE INFORMAÇÃO: _____

AJUDAS TÉCNICAS QUE POSSUI: _____

INDICAR DETALHES QUE PERSPECTIVE A REINserÇÃO FAMILIAR: _____

TRATAMENTO DE ROUPA

CMRA MARCA _____
CASA

Colheita de Dados Enfermagem

- (1) SRA CASA
(2) SRPD HOSPITAL
(3) SRA LAR

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:

DATA ADMISSÃO: ___/___/___

Etiqueta do Utente

ACTIVIDADES DE VIDA	HÁBITOS/ ALTERAÇÕES/ NÍVEL DE DEPENDÊNCIA
MANTER UM AMBIENTE SEGURO	
COMUNICAR	
RESPIRAR	
COMER E BEBER	
ELIMINAR	
HIGIENE PESSOAL E VESTIR-SE	

Colheita de Dados Enfermagem

(1) SRA CASA
(2) SRPD HOSPITAL
(3) SRA LAR

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:

DATA ADMISSÃO: ____/____/____

Etiqueta do Utente

ACTIVIDADES DE VIDA	HÁBITOS/ ALTERAÇÕES/ NÍVEL DE DEPENDÊNCIA
CONTROLAR A TEMPERATURA DO CORPO	
MOVIMENTAR-SE	
TRABALHAR E DIVERTIR-SE	
EXPRIMIR A SEXUALIDADE	
DORMIR	
MORRER	

**ANEXO IV – Avaliação Biopsicossocial através do Instrumento de
Avaliação Integrada**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA:

? [Ajuda](#)

* Indica campo obrigatório

Data :*

 (aaaa-mm-dd)

Tipo de avaliação *

Perfil

Biopsicossocial

Respondeu ao inquérito: *

Queixas de saúde

[Se não for possível obter de respostas relativas a queixas, click aqui](#)

Queixas Musculo-esqueléticas:

Queixas Visão

Queixas Audição:

Queixas Pele:

Queixas Outros Órgãos/Sistemas:

Estado de nutrição

[Se não tiver respostas, click aqui](#)

Peso (em Kg, ex: 68.4) :

Altura (em m, ex: 1.71) : *

IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²):

CINT - Cintura - 1ª (em cm) : *

CINT - Cintura - 2ª (em cm) : *

CINT - Cintura - 3ª (em cm) : *

CINT - Cintura - (cm):

Quedas

Na primeira avaliação tipo Admissão/Ambulatório deverão ser consideradas as quedas relativas ao último ano. Nas seguintes avaliações devem ser consideradas as quedas verificadas desde a última avaliação.

Nº de Quedas: *

Momento de Quedas: *

Motivo de Quedas: *

Sequelas de Quedas ocorridas: *

Locomoção

Andar em casa, dentro de edifícios:

Andar na rua: *

Andar em escadas: *

Locomoção e meios para visão e audição: *

Autonomia física

Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se): *

Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir): *

Usar a sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar): *

Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar): *

Sentar-se/levantar-se de cadeiras(mover-se, transferir-se, andar): *

Controlar a urina: *

Controlar as fezes: *

Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer): *

Autonomia Física e meios para visão e audição: *

Autonomia Instrumental

Usar o telefone (marcar nºs, atender): *

Fazer compras (todas as compras necessárias): *

Preparar refeições (planejar bem, preparar, servir-se): *

Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza): *

Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena): *

Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos / táxi / carro, conduzir): *

--Seleccionar--

Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos): *

--Seleccionar--

Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco): *

--Seleccionar--

Autonomia Instrumental e meios para visão e audição: *

--Seleccionar--

Queixas emocionais

[Se não for possível obter de respostas relativas a queixas, click aqui](#)

Triste / deprimido *

--Seleccionar--

Queixas triste :

--Seleccionar--

Nervoso / ansioso *

--Seleccionar--

Queixas nervoso :

--Seleccionar--

Outras Queixas Emocionais: *

--Seleccionar--

Queixas outras :

--Seleccionar--

Estado cognitivo

Orientação no tempo

Ano - Em que ano estamos ? *

--Seleccionar--

Mês - Em que mês estamos ? *

--Seleccionar--

Dia do mês - Quantos são hoje ? *

--Seleccionar--

Estação do ano - Em que estação do ano estamos

? * --Seleccionar--

Dia da semana - Que dia da semana é hoje ? *

--Seleccionar--

Orientação no espaço

País - Como se chama o nosso país ? *

--Seleccionar--

Distrito - Em que distrito vive ? *

--Seleccionar--

Terra - Em que terra vive ? *

--Seleccionar--

Casa - Como se chama esta casa ? *

--Seleccionar--

Andar - Em que andar estamos ? *

--Seleccionar--

Estado social

[Se não tiver respostas, click aqui](#)

Estado Civil *

Nº coabitantes : *

Tempo em que está só nas 24h : *

Ter com quem desabafar / ter confidente(falar de assuntos pessoais) : *

Escolaridade : *

Profissão : *

Hábitos [Se não tiver respostas, click aqui](#)

Andar a pé na rua (nº horas / semana) : *

Ginástica ou desporto (nº horas / semana) : *

Outra actividade física (nº horas / semana) : *

AF - Actividade Física (nº horas / semana) : *

Nº de Refeições /dia : *

Peq Almoço Meio Manhã Almoço Lanche Jantar Ceia Outra(s)

Quadro 1 – Instrumento de Avaliação Integrada
(in: *Gestcare* CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI)

Critérios de monitorização biopsicossocial na RNCCI



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

Avaliação Biopsicossocial através do **Instrumento de Avaliação Integral (IAI)**

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Critérios de monitorização biopsicossocial na RNCCI



Avaliação Biopsicossocial

Palavras-chave:

- biopsicossocial
 - monitorização
 - unidades de cuidados continuados (UCC)
-



Objectivos para a sua utilização na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados



Âmbito de acção

1. Abordagem diagnóstica de **detecção e monitorização longitudinal**, de pessoas em situação de dependência, delineada com base em instrumentos internacionais validados.
 2. Contribuição para um plano individual de intervenção em que a ênfase é posta na **manutenção e recuperação de capacidades**.
-



Áreas de avaliação

As mais capazes de predizer a capacidade de uma **vivência independente** e passíveis de **intervenção**:

3 . Identificação de perturbações **físicas, funcionais, mentais, sociais** e de **hábitos** de vida.



4. Monitorização da informação
de natureza biopsicossocial, de forma
uniformizada e passível de ser **informatizada**,
a nível local e central,
tanto o registo de dados como a sua análise.

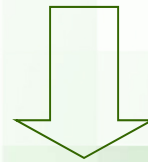


Estrutura

Instrumento de Avaliação Biopsicossocial

Áreas: Bio Psico Social

DOMÍNIOS e suas variáveis



Grelha de Avaliação Biopsicossocial ©



ADMISSÃO NA RNCCI Data: ___/___/___

MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial

Inquérito referente a 4 semanas antes

Data de nascimento: ___/___/___
Idade: ___ anos Iniciais: ___
BI / Passaporte: _____

Respondeu ao inquérito:
o próprio
o prestador de cuidados

Pontuação
Classificação

SEXO	0 feminino	1 masculino				
IDADE	0 80 ou mais anos	1 65 a 79 anos	2 50 a 64 anos	3 18 a 49 anos		
P1 Queixas Musculo-esqueléticas *	0 com queixas			3 sem queixas		
P2 Queixas Visão *	0 com queixas			3 sem queixas		
P3 Queixas Audição *	0 com queixas			3 sem queixas		
P4 Queixas Pele *	0 com queixas			3 sem queixas		
P5 Queixas Outros Órgãos/Sistemas *	0 com queixas			3 sem queixas		
QUEIXAS DE SAÚDE	a menor pontuação	0 com queixas		3 sem queixas		
OB1 IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²) peso * ___/altura ² ___ = ___	0 menos de 16,0 magreza 0 mais de 30,0 obesidade	1 16,0 a 18,4 baixo peso 1 25,1 a 30,0 excesso peso		3 18,5 a 25,0 adequado		
OB2 CINT - Cintura - feminino (cm) 1ª ___; 2ª ___; 3ª ___	0 mais de 88 obesidade II	1 80 a 88 obesidade I		3 menos de 80 adequado		
CINT - Cintura - masculino (cm) média (1ª+2ª+3ª)/3 = ___ cm	0 mais de 102 obesidade II	1 94 a 102 obesidade I		3 menos de 94 adequado		
ESTADO DE NUTRIÇÃO	média:(pont.IMC+CINT)/2 =	0 0 a 0,9 magro ou obeso	1 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso	3 3 adequado		
P6 Nº de Quedas (último ano) nº ___	0 4 ou mais quedas	1 2 a 3 quedas	2 1 queda	3 sem quedas		
P7 Momento de Quedas ou ___ dias; ou ___ meses	0 menos de 1 mês	1 1 mês a 1 ano	2 mais de 1 ano	3 sem quedas		
P8 Motivo de Quedas	0 interno+externo	1 interno	2 externo	3 sem quedas		
P9 Sequelas de Quedas ocorridas	0 com alt mobilidade	1 sem alt mobilidade	2 sem sequelas	3 sem quedas		
QUEDAS	média:(P6+P7+P8+P9)/4 =	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom	
P10 Andar em casa , dentro de edifícios	0 incapaz, não anda	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P11 Andar na rua	0 incapaz, não sai	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P12 Andar em escadas	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P13 Locomoção e meios para visão e audição			2 meios	3 independente		
LOCOMOÇÃO	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo	3 independente	
P14 Lavar-se/tomar banho entrar/sair, estar, lavar-se	0 incapaz, não se lava	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P15 Vestir-se/despir-se escolher, preparar, vestir	0 incapaz, não se veste	1 dependente de 3ºs	2 meios / acabamentos	3 independente		
P16 Usar a sanita e/ou bacio/urinol usar, limpar-se, roupa, despejar	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P17 Deitar-se/levantar-se da cama mover-se, transferir-se, andar	0 incapaz, não se levanta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P18 Sentar-se/levantar-se de cadeiras mover-se, transferir-se, andar	0 incapaz, não se senta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P19 Controlar a urina	0 incapaz, não controla	1 dependente de 3ºs	2 meios / incont esporádica	3 independente		
P20 Controlar as fezes	0 incapaz, não controla	1 dependente de 3ºs	2 meios / incont esporádica	3 independente		
P21 Alimentar-se/comer servir-se, preparar alimentos, comer	0 incapaz, não se alimenta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P22 Autonomia Física e meios para visão e audição			2 meios	3 independente		
AUTONOMIA FÍSICA	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo	3 independente	
P23 Usar o telefone marcar nºs, atender	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P24 Fazer compras todas as compras necessárias	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P25 Preparar refeições planejar bem, preparar, servir-se	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P26 Tarefas de lida da casa pesadas e leves, com limpeza	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P27 Lavar/tratar da sua roupa grande e pequena	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P28 Usar transportes (onde não pode ir a pé) públicos / táxi / carro, conduzir	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P29 Tomar os seus medicamentos nas doses e tempos correctos	0 incapaz, não toma	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P30 Gerir o seu dinheiro contas, cheques, idas ao banco	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P31 Autonomia Instrumental e meios para visão e audição			2 meios	3 independente		
AUTONOMIA INSTRUMENTAL	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo	3 independente	



Pontuações dos DOMÍNIOS

Predomínio de quatro níveis:

0 / 1 / 2 / 3

0 e 1 - desfavoráveis / indesejáveis

2 e 3 - favoráveis / desejáveis

Avaliação Biopsicossocial



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

Área Bio

DOMÍNIO **SEXO**

- 0** - feminino
- 1** - masculino

DOMÍNIO **IDADE** (faixas etárias)

- 0** - 80 ou mais anos
 - 1** - 65 a 79 anos
 - 2** - 50 a 64 anos
 - 3** - 18 a 49 anos
-

Avaliação Biopsicossocial



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

Área Bio

DOMÍNIO **QUEIXAS DE SAÚDE**

Presença de queixas

0 - sim, com queixas

3 - não, sem queixas



Área Bio

DOMÍNIO **ESTADO DE NUTRIÇÃO**

Categorização da média de:

- **IMC** (peso/altura²)
- **Cintura** (perímetro da cintura)

0 - magreza ou obesidade

1 - baixo ou excesso de peso

3 - adequado



Área Bio

DOMÍNIO **QUEDAS**

Categorização da média dos níveis relativos a:

- **Nº** no último ano
- **Momento** no último ano
- **Motivos** internos e/ou externos
- **Sequelas** de quedas ocorridas

0 - mau
1 - insatisfatório
2 - satisfatório
3 - bom



Área Bio

DOMÍNIO **LOCOMOÇÃO**

A menor pontuação de:

- **Andar em casa**
- **Andar na rua**
- **Utilizar escadas**

- 0** - incapaz
- 1** - dependente
- 2** - autónomo
- 3** - independente



Área Bio

DOMÍNIO **AUTONOMIA FÍSICA** (Katz)

A menor pontuação de:

- **Lavar-se**
- **Vestir-se**
- **Transferir-se da cama e de cadeiras**
- **Usar a sanita e/ou bacio/urinol**
- **Controlar urina e fezes**
- **Alimentar-se**

0 - incapaz
1 - dependente
2 - autónomo
3 - independente

Avaliação Biopsicossocial



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

Área Bio

DOMÍNIO **AUTONOMIA INSTRUMENTAL** (Lawton)

A menor pontuação de:

- Usar telefone
- Gerir dinheiro
- Fazer compras
- Lida da casa
- Usar transportes
- Tomar medicamentos
- Preparar refeições
- Tratar de roupa

- 0** - incapaz
- 1** - dependente
- 2** - autónomo
- 3** - independente



Área Psico

DOMÍNIO **QUEIXAS EMOCIONAIS**

Categorização da média de:

- **Triste**
- **Nervoso**
- **Presença de outras queixas emocionais**

0 - mau
1 - insatisfatório
2 - satisfatório
3 - bom



Área Psico

DOMÍNIO **ESTADO COGNITIVO**

(excerto de MMS de Folstein)

Categorização da média de:

- **Orientação no tempo** - ano, mês, dia do mês, estação do ano, dia da semana
- **Orientação no espaço** - país, distrito, terra, casa, andar

- 0** - mau
 - 1** - insatisfatório
 - 2** - satisfatório
 - 3** - bom
-



Área Social

DOMÍNIO **ESTADO SOCIAL**

Categorização da média de:

- **Isolamento social** - estado civil, nº coabitantes, estar só, ter com quem desabafar
 - **Habilitações** - escolaridade, profissão
 - 0** - mau
 - 1** - insatisfatório
 - 2** - satisfatório
 - 3** - bom
-



Área Social DOMÍNIO **HÁBITOS**

Categorização da média de:

- **Actividade física** - andar, ginástica/desporto, outra
- **Nº refeições** - Refeições diárias habituais
 - 0** - mau
 - 1** - insatisfatório
 - 2** - satisfatório
 - 3** – bom

Avaliação Biopsicossocial



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

Conjunto

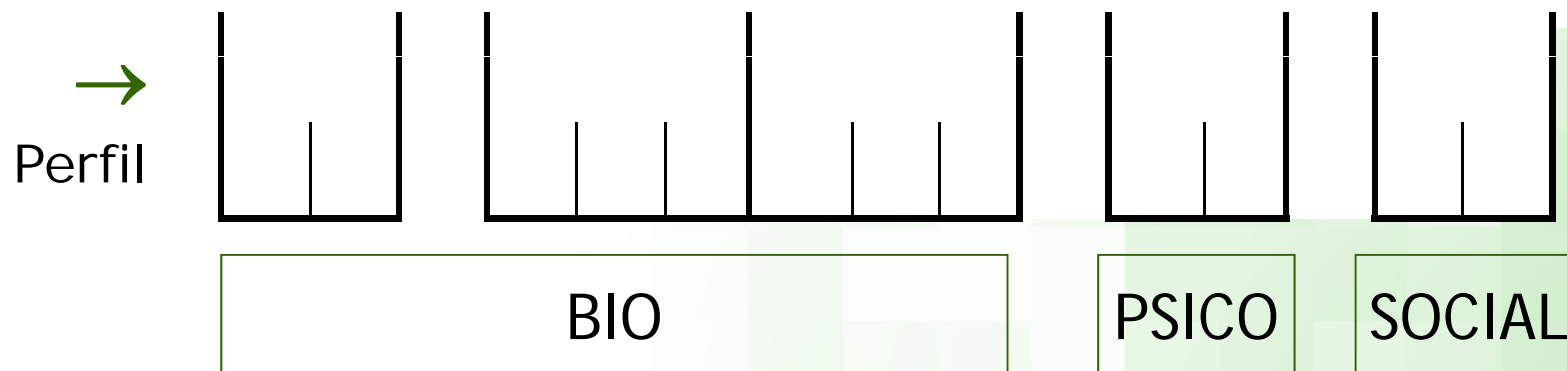
Bio	SEXO	<i>Sexo</i>
	IDADE	<i>Idade</i>
	QUEIXAS DE SAÚDE	<i>Queixas de Saúde</i>
	ESTADO DE NUTRIÇÃO	<i>IMC</i>
	QUEDAS	<i>Cintura</i>
	LOCOMOÇÃO	<i>Quedas</i>
	AUTONOMIA FÍSICA	<i>Locomoção</i>
	AUTONOMIA INSTRUMENTAL	<i>Autonomia Física</i>
Psico	QUEIXAS EMOCIONAIS	<i>Autonomia Instrumental</i>
	ESTADO COGNITIVO	<i>Queixas Emocionais</i>
Social	ESTADO SOCIAL	<i>Orientação no Tempo</i>
	HÁBITOS	<i>Orientação no Espaço</i>
		<i>Isolamento Social</i>
		<i>Habilitações Literárias</i>
		<i>Actividade Física/semana</i>
		<i>Nº Refeições/dia</i>

Avaliação Biopsicossocial



Perfil biopsicossocial

As pontuações obtidas nos 12 **DOMÍNIOS**, transcritas sequencialmente, permitem um registo numérico do conjunto da avaliação:



Rede Nacional de Cuidados Continuados - Microsoft Internet Explorer

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Retroceder Procurar Favoritos

Endereço: https://umcciweb.rncci.min-saude.pt/formacao/index.php

A PARTIR DE 27/02/2008 SUBSTITUIÇÃO DO NÚMERO DO HELPDESK PARA: 21 798 42 30 Bem-vindo XXX Sair Sobre...

Rede Nacional de Cuidados Continuados - Microsoft Internet Explorer

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Retroceder Procurar Favoritos

Endereço: https://umcciweb.rncci.min-saude.pt/formacao/index.php

A PARTIR DE 27/02/2008 SUBSTITUIÇÃO DO NÚMERO DO HELPDESK PARA: 21 798 42 30 Bem-vindo XXX Sair Sobre...

Principal Episódios Ficha Utentes Contratos

AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL: [? Ajuda](#)

Cancelar validar * Indica campo obrigatório

ID Avaliação: * Data: * (aaaa-mm-dd)

Tipo de avaliação * -seleccionar- **Perfil Biopsicossocial**

Respondeu ao inquérito: * -Seleccionar-

Queixas de saúde Se não for possível obter de respostas relativas a queixas, click aqui

Queixas Musculo-esqueléticas: -Seleccionar-

Queixas Visão: -Seleccionar-

Queixas Audição: -Seleccionar-

Queixas Pele: -Seleccionar-

Queixas Outros Órgãos/Sistemas: -Seleccionar-

Estado de nutrição

Peso (em Kg, ex: 68.4): Altura (em m, ex: 1.71): * IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²):

CINT - Cintura - 1ª (em cm): * CINT - Cintura - 2ª (em cm): * CINT - Cintura - 3ª (em cm): *

CINT - Cintura - (cm):

A PARTIR DE 27/02/2008 SUBSTITUIÇÃO DO NÚMERO DO HELPDESK PARA: 21 798 42 30

Bem-vindo L.P.M.07.10.0001

Sair Sobre...

Estado de nutrição

Peso (em Kg, ex: 68.4) :

Altura (em m, ex: 1.71) : *

IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²):

CINT - Cintura - 1ª (em cm) : *

CINT - Cintura - 2ª (em cm) : *

CINT - Cintura - 3ª (em cm) : *

CINT - Cintura - (cm):

Quedas

Nº de Quedas (último ano): *

Momento de Quedas: *

Motivo de Quedas: *

Sequelas de Quedas ocorridas: *

Locomoção

Andar em casa, dentro de edifícios: *

Andar na rua: *

Andar em escadas: *

Locomoção e meios para visão e audição: *

Autonomia física

Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se) : *

Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir) : *

Usar a sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar) : *

Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar) : *

Sentar-se/levantar-se de cadeiras(mover-se, transferir-se, andar) : *

Controlar a urina: *

Controlar as fezes: *

Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer) : *

Autonomia Física e meios para visão e audição: *

Rede Nacional de Cuidados Continuados - Microsoft Internet Explorer

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Retroceder Avançar Parar Recarregar Favoritos Procurar

Endereço <https://umcciweb.rncci.min-saude.pt/formacao/index.php> Ir para Hiperligações

A PARTIR DE 27/02/2008 SUBSTITUIÇÃO DO NÚMERO DO HELPDESK PARA: 21 798 42 30

Bem-vindo XXX

Sair Sobre...

Rede Nacional de Cuidados Continuados - Microsoft Internet Explorer

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Retroceder Avançar Parar Recarregar Favoritos Procurar

Endereço <https://umcciweb.rncci.min-saude.pt/formacao/index.php> Ir para Hiperligações

Autonomia física

Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se): *

-Seleccionar-

Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir): *

-Seleccionar-

Usar a sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar): *

-Seleccionar-

Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar): *

-Seleccionar-

Sentar-se/levantar-se de cadeiras(mover-se, transferir-se, andar): *

-Seleccionar-

Controlar a urina: *

-Seleccionar-

Controlar as fezes: *

-Seleccionar-

Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer): *

-Seleccionar-

Autonomia Física e meios para visão e audição: *

-Seleccionar-

Autonomia Instrumental

Usar o telefone (marcar n.ºs, atender): *

-Seleccionar-

Fazer compras (todas as compras necessárias): *

-Seleccionar-

Preparar refeições (planejar bem, preparar, servir-se): *

-Seleccionar-

Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza): *

-Seleccionar-

Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena): *

-Seleccionar-

Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos / táxi / carro, conduzir): *

-Seleccionar-

Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos): *

-Seleccionar-

Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco): *

-Seleccionar-

Autonomia Instrumental e meios para visão e audição: *

-Seleccionar-

Queixas emocionais Se não for possível obter de respostas relativas a queixas, click aqui

Triste / deprimido * -Seleccionar-

Queixas triste : -Seleccionar-

Nervoso / ansioso * -Seleccionar-

Queixas nervoso : -Seleccionar-

Outras Queixas Emocionais: * -Seleccionar-

Queixas outras : -Seleccionar-

Rede Nacional de Cuidados Continuados - Microsoft Internet Explorer

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Retroceder Avançar Parar Recarregar Home Procurar Favoritos

Endereço <https://umcciweb.rncci.min-saude.pt/formacao/index.php> Ir para Hiperligações

A PARTIR DE 27/02/2008 SUBSTITUIÇÃO DO NÚMERO DO HELPDESK PARA: 21 798 42 30

Bem-vindo XXX

Sair Sobre...

Rede Nacional de Cuidados Continuados - Microsoft Internet Explorer

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Retroceder Avançar Parar Recarregar Home Procurar Favoritos

Endereço <https://umcciweb.rncci.min-saude.pt/formacao/index.php> Ir para Hiperligações

Queixas emocionais Se não for possível obter de respostas relativas a queixas, click aqui

Triste / deprimido *

Queixas triste :

Nervoso / ansioso *

Queixas nervoso :

Outras Queixas Emocionais : *

Queixas outras :

Estado cognitivo

Ano - Em que ano estamos ? *

Orientação no tempo

Mês - Em que mês estamos ? *

Dia do mês - Quantos são hoje ? *

Estação do ano - Em que estação do ano estamos ? *

Dia da semana - Que dia da semana é hoje ? *

Orientação no espaço

País - Como se chama o nosso país ? *

Distrito - Em que distrito vive ? *

Terra - Em que terra vive ? *

Casa - Como se chama esta casa ? *

Andar - Em que andar estamos ? *

Estado social

Estado Civil *

Nº coabitantes : *

Tempo em que está só nas 24h : *

Ter com quem desabafar / ter confidente (falar de assuntos pessoais) : *

Escolaridade : *

Rede Nacional de Cuidados Continuados - Microsoft Internet Explorer

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Retroceder Procurar Favoritos

Endereço <https://umcciweb.rncci.min-saude.pt/formacao/index.php> Ir para Hiperligações

A PARTIR DE 27.02/2008 SUBSTITUIÇÃO DO NÚMERO DO HELPDESK PARA: 21 798 42 30

Bem-vindo L XXX

Sair Sobre...

Rede Nacional de Cuidados Continuados - Microsoft Internet Explorer

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Retroceder Procurar Favoritos

Endereço <https://umcciweb.rncci.min-saude.pt/formacao/index.php> Ir para Hiperligações

Ano - Em que ano estamos ? * -Seleccionar- Mês - Em que mês estamos ? * -Seleccionar-

Dia do mês - Quantos são hoje ? * -Seleccionar- Estação do ano - Em que estação do ano estamos ? * -Seleccionar-

Dia da semana - Que dia da semana é hoje ? * -Seleccionar-

Orientação no espaço

País - Como se chama o nosso país ? * -Seleccionar-

Distrito - Em que distrito vive ? * -Seleccionar-

Terra - Em que terra vive ? * -Seleccionar-

Casa - Como se chama esta casa ? * -Seleccionar-

Andar - Em que andar estamos ? * -Seleccionar-

Estado social

Estado Civil * -Seleccionar-

Nº coabitantes : *

Tempo em que está só nas 24h : * -Seleccionar-

Ter com quem desabafar / ter confidente(falar de assuntos pessoais) : * -Seleccionar-

Escolaridade : * -Seleccionar-

Profissão : * -Seleccionar-

Hábitos

Andar a pé na rua (nº horas / semana) : *

Ginástica ou desporto (nº horas / semana) : *

Outra actividade física (nº horas / semana) : *

AF - Actividade Física (nº horas / semana) : *

Nº de Refeições /dia : *

Peq Almoço Meio Manhã Almoço Lanche Jantar Ceia Outra(s)



Conclusão

Método **oportuno, inovador e adequado** para **diagnóstico e intervenção biopsicossocial**

e que apresenta **características de uniformidade e exequibilidade,**

que conferem à sua utilização habitual vantagens de **uniformização** e de **poupança de recursos**

Referências Bibliográficas

- Fillenbaum GG. Troisième âge et bien-être. Approches d'une évaluation multidimensionnelle. Genève: OMSanté 1986; 111 p.
- Botelho, MA. Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano (1ªed.). Porto: Laboratórios Bial. 2000; 195p.
- ICPC Working Party: *International Classification of Primary Care*. Oxford University Press. Oxford: 1999; 201p.
- Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Illinois: Human Kinetics Books 1988; 177p.
- Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33:116-120.
- Moylan, KC, Binder, EF. Falls in Older Adults: Risk Assessment, Management and Prevention *Am J Med* 2007;120: Moylan, KC, Binder, EF. Falls in Older Adults: Risk Assessment, Management and Prevention *Am J Med* 2007;120: 493.e1-493.e6
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW: Studies of illness in the aged: the index of ADL; a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914-919
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-186
- Lachs
MS, Feinstein AR, Cooney LM, et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Int Med* 1990; 112:699-706
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198
- <http://www.staffs.ac.uk/institutes/access/docs/OECD-education-classifications.pdf>
- <http://www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas/pdf/TC-CNP94-CNP80.pdf>
- Grimby G. Physical activity and muscle training in the elderly. *Acta Med Scand* 1986; Suppl 711:233-237
- Mattiasson-Nilo I, Sonn U, Johannesson K, Gosman-Hedstrom G, Persson GB, Grimby G. Domestic activities and walking in the elderly: evaluation from a 30-hour heart rate recording. *Aging* 1990; 2: 191-198

ANEXO V – Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Principal	Episódios	Ficha Utentes	Contratos
---------------------------	----------------------------------	-------------------------------	---------------------------

- ▶ ATALHOS

- FICHA UTENTE**

- EPISÓDIO**

EPISÓDIO: ? [Ajuda](#)
 [Editar] [Fases e Estados] [Transferências] [Prorrogações] [Internamentos]

EPISÓDIO

#Episódio: 39483041-1	Fase : Admitido	Estado : Admissão Efectivada
--------------------------	-----------------	------------------------------

PROVENIÊNCIA

Origem	Hospital		
Instituição			
Especialidade	Medicina Interna		Médico
Serviço			
Data de Internamento Hosp. Agudos	2012-02-24	Data Prevista Alta Hosp. Agudos	2012-03-02

CAUSA SOLICITAÇÃO

Descanso do cuidador	Não
Utente em situação de fragilidade	Dependência em AVD
Doenças crónicas com episódio de agudização	Não Aplicável
Necessidade de continuidade de cuidados	Reabilitação
Necessidade de vigilância e tratamentos complexos	Não Aplicável
Cuidados paliativos	Não Aplicável
Necessidade de ensino doente/cuidadores	Habitos de risco
Outra causa de solicitação	

REFERENCIAÇÃO

EGA/CS	
ECL	ECL Morada Preferencial
ECR	Prestador

TIPOLOGIA

Tipologia Proposta	Unidade de Convalescença
Alteração Tipologia	Não
Nova Tipologia	Unidade de Convalescença
Justificação:	
Data de Admissão na RNCCI	

CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado	<input checked="" type="checkbox"/>	Data do consentimento	2012-02-27
Termo de Aceitação de Internamento	<input type="checkbox"/>	Data do Termo de Aceitação de Internamento	
UNIDADES PREFERENCIAIS			
1ª Unidade de Preferência	Qualquer prestador na região		
2ª Unidade de Preferência			
3ª Unidade de Preferência			
MORADA PREFERENCIAL			
Região	Lisboa e vale do tejo	Distrito	
Concelho		Freguesia	
Artéria			
Localidade		Código Postal	
Telemóvel		Telefone	
FAX		Email	
SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA			
Estado Civil		Número Anos Escolaridade	

PARA VISUALIZAR AS DIVERSAS AVALIAÇÕES E CONTACTOS PRIVILEGIADOS PRESSIONE NOS BOTÕES EXISTENTES ABAIXO REPRESENTADOS POR: ▼

▼ IAI - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA (ANTIGO MAB)

▼ CONTACTOS PRIVILEGIADOS

▼ AVALIAÇÕES ENFERMAGEM

▼ AVALIAÇÕES MÉDICAS

▼ AVALIAÇÕES SOCIAIS

▼ ULCERAS DE PRESSÃO - AVALIAÇÃO

▼ ULCERA DE PRESSÃO - RISCO - ESCALA DE BRADEN

▼ OUTRAS AVALIAÇÕES

▼ REGISTO DE PENSOS E AÓSITOS

▼ VIGILÂNCIA DE DIABETES

▼ REGISTO DE EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

▼ NOTA DE ALTA

✎ REGISTO DE FÁRMACOS

✎ AVALIAÇÃO DOR

✎ REACÇÕES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

✎ AGUDIZAÇÕES / RESERVA DE VAGA

✎ CÁLCULO COMPARTICIPAÇÃO

✎ RISCO DE QUEDAS - MORSE

✎ CUIDADOS PALIATIVOS - AVALIAÇÃO

✎ IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADE DE APOIO SOCIAL

✎ REGISTO DE CONSUMO DE FRALDAS

✎ REGISTO DO TEMPO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO DOMICILIO

✎ AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON

Tempo de resposta do Servidor: 0.15 segundos.
© 2010 GestCare CCI

Quadro 2 – Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI

ANEXO VI – II Jornadas Cuidados Continuados LNostrum, SA

COMISSÃO DE HONRA

Unidade de Missão Cuidados Continuados Integrados – Inês Guerreiro
Instituto de Segurança Social / UMCCI – Ana Gomes (a confirmar)
Conselho de Administração – Gil Ricardo, Luís Matos
Directora Clínica - Helena Fernandes
Enfermeira Directora – Célia Pereira
Directora Geral – Cristina Mendonça

COMISSÃO CIENTÍFICA

Helena Fernandes
António Nogueira
Célia Pereira
Célia Gil
Rita Ferreira
José Calado
Fátima Baião
Maria da Luz Rodrigues
Cláudia Mourão

COMISSÃO ORGANIZADORA

Helena Fernandes
Célia Pereira
Lénia Loureiro
Tânia Francisco
Ana Rita Duarte
Cristina Mendonça
Rita Ferreira
Pedro Carvalho
Heloísa Esteves
Catarina Ferreira
Diana Santos
Sandrina Pinheiro
Cláudia Carvalho

Elisa Domingues
Larissa Laur
Margarida Brandão
Ana Rita Santos
Bruno Gomes
Liliana Serrador
Rafaela Delgado

Patrocinadores Oficiais



NIVELFARMA
Companhia de Produtos Farmacêuticos, Lda.

L Nostrum SA
Unidade de Promoção da
Autonomia e Bem-Estar
da Encarnação



Regras de apresentação de posters :

- 1- A data limite para o envio dos resumos é **06 de Outubro de 2011 - 24h00**.
- 2- A submissão faz-se unicamente por via electrónica (Internet), através do mail indicado para secretariado.
- 3- Todos os resumos apresentados serão submetidos a apreciação anónima por revisores científicos pelo que não poderão conter no seu texto referências que permitam identificar nem os autores, nem o serviço/hospital de origem.
- 4- Os resumos só poderão apresentar material original, não publicado ou apresentado previamente à realização das Jornadas.
- 5- Os resumos deverão ser informativos, concisos, contendo objectivos, métodos, resultado e conclusões.
- 6- Todas as abreviaturas deverão ser definidas quando apresentadas pela primeira vez.
- 7- Em local próprio deverá ser identificado o autor que fará a apresentação do poster.
- 8- Toda a comunicação com os autores se fará por via electrónica (e-mail), pelo que o endereço de e-mail do autor responsável pela apresentação deverá ser comunicado obrigatoriamente (qualquer incorrecção na ortografia do mesmo será da responsabilidade dos autores). O primeiro autor será informado, via e-mail, até **11 de Outubro de 2011**, da aceitação ou recusa do trabalho apresentado, bem como da hora, local e moderadores da apresentação, em caso de aceitação.
- 9- O autor que fará a apresentação deverá estar inscrito nas Jornadas.
- 10- A apresentação sob a forma de **Poster** não poderá ultrapassar os 10 minutos.
- 11- A dimensão do Poster não deverá ultrapassar os 90 cm de largura e os 120cm de Altura.

Secretariado / Contactos:

Sandra Galantino / Sónia Duarte
Telf: 261850060 Fax: 261 850 069
E-mail: sgalantino@lnostrum.pt
sduarte@lnostrum.pt

Rua da Bela Vista, nº 30, 2640-232 Encarnação—Mafra
GPS: Norte 39°, 1minuto.539 / W 9°, 21 minutos.889



II JORNADAS

Cuidados Continuados Integrados

L Nostrum SA

13 e 14

de Outubro 2011

AUDITÓRIO S. DOMINGOS RESIDÊNCIA

5ª feira – 13 de Outubro de 2011

08:30H Abertura do Secretariado

09:00 - 09:30H Sessão de Abertura

Dra. Inês Guerreiro (Coord. UMCCL), Dr. Gil Ricardo (Adm.LNostrum), Engº Luis Matos (Adm.LNostrum)

09:30 – 10:30H Conferência 1 – O CUIDAR DOS CUIDADORES

Moderador: Dra Helena Fernandes (LNostrum UCCI)
Cuidadores Formais: Professor Samuel Antunes (SPPCCACP / ISPA)
Cuidadores Informais: Enfª Cláudia Mourão (Centro Saúde Torres Novas)

10:30 – 11:30H Conferência 2 – L' HUMANITUDE

Enfª Nídia Salgueiro, Enfº João Araújo (Instituto Gineste—Marescotti Portugal)

11:30 – 12:00H Café

12:00 – 12:30H Conferência 3 – SEXUALIDADE NO DOENTE INSTITUCIONALIZADO

Dr. José Pacheco (Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão)

12:30 – 13:00H Conferência 4 – NUTRIÇÃO NO IDOSO

Dr. Rodrigo Abreu (Clínicas CUF)

13:00 – 13:30H Workshop – NUTRIÇÃO CRIATIVA:

Chef Fábio Bernardino (NUTRICIA)

13:30 – 14:30H Almoço

14:30 – 15 :45H Conferência 5 – DOR CRÓNICA—TÉRIPIAS ADJUVANTES

Moderador: Dr. Paulo Reis Pina (IPO Lisboa)
Terapia Riso: Enfº Ricardo Correia (Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio)
Hipnoterapia: Dr. Horácio Lages (ISPA)
Reiki: Enfª Rosário Pinheiro (Hosp. Egas Moniz)

15:45 – 16:15H Café

16:15 – 17:30H Conferência 6 – MORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Moderador— Dra Maria de Jesus Moura (IPO Lisboa)
Perspectiva do Utente: (LNostrum UCCI)
Perspectiva Família : (LNostrum UCCI)
Perspectiva dos Profissionais: Dra Ana Bernardo (Hospital Residencial do Mar)

6ª feira – 14 de Outubro de 2011

08:30H Abertura do Secretariado

08:30 – 9:30H APRESENTAÇÃO DE POSTERS

09:30 – 11:30H Conferência 7 – REABILITAÇÃO AVC'S

Moderador: Dr António Nogueira (LNostrum UCCI)

Reabilitação Motora - Intervenção Aguda:

Enfº Ricardo Braga (UCV - Hospital de S. José)

Reabilitação Motora - Intervenção Continuada:

Fisiot. Filipa Barros e Luisa Prazeres (Clínica Fisiológica)

Reabilitação Cognitiva: Dra Ana Paula Silva

(Hospital Fernando Fonseca)

Terapia Ocupacional: Terapeuta Ana Paula Martins

(Hospital Garcia de Orta)

Terapia Fala - A Importância do Conhecimento das Estruturas Oro-faríngeas na Intervenção na Disfagia:

Dra Inês Lopes (Sta Casa Misericórdia - UCCI Batalha)

11:30 – 12:00H Café

12:00 – 13:00H Conferência 8 – INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Moderador: Enfª Célia Pereira (LNostrum UCCI)

Perspetiva do Médico: Dra Andreia Furtado

(Hospital Fernando Fonseca)

Perspetiva do Enfermeiro: Enfª Joana Alexandrino Freire

(Hospital Fernando Fonseca)

Perspetiva do Fisioterapeuta: Fisiot. Filipa Pires

(Hospital Fernando Fonseca)

13:00 – 13:30H Workshop — TRATAMENTO FERIDAS COM MEL:

Queen Labs - Especialidades Farmacêuticas, Lda

13:30 – 14:30H Almoço

14:30 – 15:00H SESSÃO OFICIAL DE ENCERRAMENTO

Dra Ana Gomes (UMCCI/ Resp. ISS) (a confirmar),

Dr. Gil Ricardo, Engº. Luis Matos

15:00 – 16:30H Conferência 9 – CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

Moderador : Dra Maria José Hespanha (Equipa Coordenação

Regional do Centro)

EGA – Enfª Matilde Carlos (Centro Hospitalar Lisboa Norte—Polo Hosp. Pulido Valente)

ECL – Dra Paula Costa (Equipa Coordenação Local de Sintra)

UNIDADE PRESTADORA – Fisioterapeuta Patrícia

Castanheira (Unidade de Saúde de Coimbra—Fernão Mendes Pinto)

ECCI – Enfª Fátima Baião (Centro de Saúde Mafra— Pólo Malveira

e Enxara do Bispo)

16:30 – 17:00H Conferência 10 – ANIMAR A RNCCI

Efeitos na Recuperação—A Importância do Humor

Operação Nariz Vermelho

17:00 – 17:15H ENTREGA DE PRÉMIOS / FECHO DOS TRABALHOS

Dr. Gil Ricardo, Engº. Luis Matos

Boletim de Inscrição Jornadas:

Para se inscrever preencha os campos seguintes e envie por fax ou e-mail:

Nome completo (Obrigatório)

Profissão

Local de trabalho

E-mail (Obrigatório)

Contacto Telefónico (Obrigatório)

NIF (Obrigatório para emissão de recibo)

Preço da inscrição : 80 Euros

Inclui: Pasta com documentação, coffee-break e almoços de trabalho.

O número de inscrições é limitado às vagas existentes.

Paqamento:

Transferência Bancária: LNostrum, SA; Banco:

Caixa Geral de Depósitos;

NIB: 0035 0426 00042915 530 96

Cheque endereçado à L Nostrum ,SA

APÊNDICES

APÊNDICE I – Tabela com competências, objetivos específicos, atividades e critérios de avaliação

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Critérios de avaliação
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p>	<p>Integrar a equipa de saúde (multiprofissional) colaborando nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e recuperação à pessoa com AVC, promovendo a qualidade dos cuidados.</p>	<p>Reuniões informais com o enfermeiro chefe, enfermeiro orientador, outros enfermeiros e elementos da equipa multiprofissional.</p> <p>Consulta de manuais do serviço, protocolos e instrumentos de registos.</p> <p>Participar nas reuniões multidisciplinares /interdisciplinares onde são estabelecidos os objetivos iniciais com a pessoa com AVC e o seu plano individual de intervenção.</p>	<p>Demonstra conhecimentos sobre a funcionalidade e dinâmica do serviço/instituição.</p> <p>Participa em atividades e programas que visem e promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.</p>
<p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p>	<p>Identificar o papel do enfermeiro de reabilitação na equipa multiprofissional nos cuidados à pessoa com AVC.</p>	<p>Observar as estratégias desenvolvidas pela equipa multiprofissional para promoção de saúde e qualidade de vida da pessoa com AVC e cuidador informal.</p> <p>Analisar o trabalho efetuado pelo EER, no seu papel de consultor e no seu processo de tomada de decisão.</p> <p>Colaborar nos projetos/programas de intervenção para a pessoa com AVC e cuidador informal e participar nos programas de intervenção para alta.</p>	<p>Desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multiprofissional.</p> <p>Consciencializa a influência pessoal na relação profissional e faz registos de reflexão crítica nos diários de aprendizagem.</p>
<p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>	<p>Desenvolver competências para assumir o papel de perito em Enfermagem de Reabilitação.</p> <p>Elaborar uma proposta de projeto de intervenção do EER à pessoa com AVC no contexto da equipa interdisciplinar, no programa planeamento da alta ao utente com AVC.</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre intervenções do EER na pessoa com AVC e Cuidador Informal.</p> <p>Pesquisa bibliográfica sobre intervenções do EER no âmbito da equipa multiprofissional.</p> <p>Realizar uma ação de formação para as equipas multiprofissionais sobre a referenciação de utentes com AVC às Unidades de Convalescença da RNCCI e funcionalidade das mesmas.</p> <p>Reestruturar o Guia de Orientação para Profissionais sobre educação à pessoa com AVC por forma a promover o planeamento estruturado para a alta da pessoa com AVC.</p> <p>Validar o Guia de orientação para profissionais sobre educação à pessoa com AVC com os enfermeiros orientadores.</p>	<p>Demonstra reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade e utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.</p> <p>Demonstra e transmite conhecimentos na temática Unidades de Convalescença da RNCCI.</p>

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Critérios de avaliação
<p>1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>	<p>Aprofundar conhecimentos na área de enfermagem de reabilitação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, alimentação, eliminação e da sexualidade da pessoa com AVC.</p>	<p>Participar nos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa/cuidador com AVC, pela equipa multiprofissional.</p> <p>Colheita de informações que permitam conhecer a complexidade e singularidade de cada Pessoa, o seu potencial e respetivas necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação através de dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais (entrevista, observação, consulta de processo clínico, documentos facultados pela família incluindo os exames complementares de diagnóstico, informações de outros profissionais e aplicação de escalas e instrumentos de medida da capacidade e neuroavaliação de enfermagem).</p>	<p>Demonstra conhecimentos na área da anatomia / fisiopatologia do sistema nervoso relacionado com especificidade do AVC.</p> <p>Articula os conhecimentos fundamentados na investigação e informações que colhe para contribuir no plano individual de intervenção à pessoa com AVC.</p>
<p>2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p>	<p>Desenvolver competências para o ensino de AVD à pessoa com AVC e cuidador informal que permitam maximizar a mobilidade, acessibilidade e participação social da pessoa com AVC</p>	<p>Elaborar diagnósticos de enfermagem de reabilitação e colaborar na elaboração do plano de reabilitação à pessoa com AVC.</p> <p>Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, segundo o programa individual de intervenção estabelecido à pessoa com AVC (posicionamentos em padrão anti-espástico, mobilizações passivas e mobilizações ativas, atividades terapêuticas, transferência entre superfícies, treino de marcha, reeducação funcional respiratória, treino de AVD).</p> <p>Envolver o cuidador informal nos ensinamentos de preparação para a integração no meio sócio/familiar nomeadamente no treino de AVD e uso de produtos de apoio.</p>	<p>Demonstra conhecimentos sobre os fatores de risco, as alterações resultantes de lesões isquémicas ou hemorrágicas e as intervenções de reabilitação nas mesmas.</p> <p>Demonstra conhecimentos sobre as implicações do AVC na pessoa e cuidadores informais, tendo em conta a sua adaptação à situação de incapacidade.</p>
<p>3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>Identificar a intervenção do EER na articulação com os recursos da comunidade para garantia da qualidade e continuidade dos cuidados à pessoa com AVC e cuidador informal, tendo em conta a sua autonomia e máxima funcionalidade.</p>	<p>Conhecer os recursos existentes na comunidade para apoio à pessoa com AVC e cuidador informal num contexto de saúde, social, cultural e cívico.</p> <p>Informar a pessoa com AVC e cuidador informal sobre estes recursos de forma a promover a adaptação ao meio sociofamiliar.</p> <p>Efetuar uma ação de formação aos cuidadores informais sobre estratégias para maior autonomia em AVD na pessoa com hemiplegia/hemiparésia por AVC em contexto domiciliário.</p> <p>Aprender a identificar barreiras arquitetónicas e como favorecer acessibilidades</p>	<p>Implementa os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC com inclusão do cuidador informal.</p> <p>Conhece os recursos da comunidade, produtos de apoio e legislação adequada para apoio à pessoa com AVC e cuidador informal</p>

APÊNDICE II – Justificação da escolha dos locais dos ensinamentos clínicos

➤ **Seleção dos locais para o Ensino Clínico**

A pertinência dos cuidados de reabilitação aos utentes internados numa Unidade de Convalescença, onde desempenho funções, serem efetuados por um EER é partilhada por toda a equipa de enfermagem e questionada pelos restantes elementos da equipa multiprofissional, tornando-se num problema com implicação na dinâmica da equipa multidisciplinar. Surgiu, desta forma, a necessidade de abordar a seguinte temática em projeto de formação: **Enfermagem de reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) nas Unidades de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**. Para aprofundar esta problemática em contextos de ensino clínico potencialmente ricos em experiências, que me permitissem o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em reabilitação foi necessário selecionar campos de estágios onde pudesse concretizar as atividades propostas e que permitissem a contextualização da problemática. Na sua escolha forma transversais alguns critérios, nomeadamente, o permitirem o contacto com pessoa com AVC e cuidador informal em diferentes realidades (internamento e domicílio) e a existência de equipas multiprofissionais, onde fosse possível compreender as intervenções do EER.

Foram efetuadas visitas aos locais pretendidos para conhecer a realidade dos mesmos e compreender se podiam corresponder a uma efetiva resposta do pretendido. Desta forma, foram selecionados os seguintes contextos de cuidados: uma Unidade de Via Verde do AVC, um Centro Especializado em Reabilitação, um serviço hospitalar e uma equipa de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade.

Através da observação da estrutura física e da dinâmica dos intervenientes (cuidadores e pessoas cuidadas), bem como, da entrevista efetuada aos enfermeiros chefes ou coordenadores foi possível efetuar a caracterização desses futuros campos de estágio, que passo a descrever.

➤ **Caracterização dos campos de estágio**

▪ **Unidade de Via Verde do AVC (UCV)**

A UCV é considerada uma unidade funcional da Área de Neurociências de um Centro Hospitalar e destina-se a prestar cuidados de saúde diferenciados a pessoas com AVC em fase aguda e ao internamento para realização de procedimentos diagnósticos/terapêuticos nesta área. Inscreve-se na política de saúde definida pelo

Ministério da Saúde para a implementação e desenvolvimento de Unidades de AVC, sendo entendida como uma área definida onde exclusivamente, ou praticamente exclusivamente, se cuida de pessoas com AVC colocando ao dispor uma equipa multidisciplinar especializada (ESO, 2008). A equipa da UCV integra profissionais de várias áreas: medicina, enfermagem, reabilitação e auxiliares de ação médica. Existem três enfermeiros com a especialidade de enfermagem de reabilitação que com o fisioterapeuta e o terapeuta da fala compõem a equipa de reabilitação.

Esta Unidade tem uma capacidade de resposta de oito vagas, podendo ter uma suplementar em situações de emergência (ex. realização de terapêutica trombolítica). Em 2010 foram admitidos nesta UCV 621 utentes (CNDC, 2011), sendo que a patologia AVC foi responsável por 75% dos internamentos nesse ano (dados fornecidos pela chefia de Enfermagem da UCV, 2011).

Diariamente é efetuado uma Reunião de Serviço, com o objetivo de informar sobre a evolução clínica dos utentes internados e apresentar os utentes admitidos nas últimas 24H. Participam, na mesma, a equipa médica (Medicina Interna, Neurorradiologia e Neurologia), a equipa de enfermagem, a fisioterapeuta e a assistente administrativa, permitindo a definição da estratégia diagnóstica e terapêutica para cada utente. Os diferentes elementos são consultados para colher a informação pertinente das diferentes áreas, por forma a estabelecer o diagnóstico clínico, a necessidades de cuidados de saúde, a implementação de cuidados precoces de reabilitação e a resposta sociais para alta. No seu guia de acolhimento é referido que “é um momento particularmente importante da actividade porque não só se definem as metodologias de actuação em relação a cada doente em concreto mas também porque o esforço de congruência entre a visão dos vários profissionais deve constituir um momento de aprendizagem e auditoria comum” (ALCANTARA, 2009, p.2).

São efetuados treinos de AVD e de exercícios para realizar no domicílio pelo EER à pessoa com AVC e cuidador informal, componente essencial na capacitação dos mesmos, até porque 50% dos utentes da UCV têm alta para o domicílio (dados fornecidos pela chefia de Enfermagem da UCV, 2011). Esta Unidade não referencia a pessoa com AVC para as Unidades de Convalescença da RNCCI, por apresentarem uma média de internamento de cerca de quatro dias, escasso limite temporal que inviabiliza que o processo de referenciação se efetue de forma eficaz. No entanto alguns utentes são encaminhados para outros serviços especializados em reabilitação.

As características descritas relacionadas com a estrutura e funcionalidade desta UCV determinaram a escolha deste campo de estágio onde pretendo: **desenvolver competências na reabilitação da pessoa com AVC e cuidador informal na fase aguda do AVC; compreender a intervenção do enfermeiro de reabilitação na equipa multidisciplinar da UCV e compreender a articulação com as Unidades de Reabilitação, para continuidade de cuidados à pessoa com AVC e cuidador informal.**

▪ **Centro Especializado em Reabilitação**

Este Centro Especializado em Reabilitação encontra-se estruturado para oferecer programas de reabilitação e bem-estar em todo o ciclo de vida da pessoa, pretendendo ser um Centro de Excelência na prestação de cuidados de reabilitação.

Têm como áreas de intervenção o internamento para adultos e crianças, consultas da especialidade, intervenções de reabilitação em ambulatório e meios complementares de diagnóstico, bem como diferentes departamentos vocacionados para a reabilitação: ginásios, laboratório da marcha, hidroterapia, o departamento de terapia ocupacional e o departamento de treino de AVD. Este departamento está vocacionado para o treino de AVD, disponibilizando todo o tipo de ajudas técnicas e espaços físicos para simulação de áreas do domicílio, como por exemplo as casas de banho, com banheira, bidé e sanita, para treino das adaptações promovendo a acessibilidade.

A área de internamento encontra-se organizada de acordo com a patologia e/ou grupo etário, nomeadamente, lesões vertebro medulares para adultos com patologia medular; reabilitação pediátrica e desenvolvimento para crianças e jovens até os dezoito anos de idade e reabilitação geral de adultos para pessoas com mais de dezoito anos com patologia de causa não medular. Será nesta área de internamento que decorrerá a maior parte do ensino clínico neste centro. O serviço tem trinta e três vagas para internamento, distribuídas por cinco salas de seis camas, um quarto duplo e um quarto individual. Caracterizando o serviço no dia que iniciei o ensino clínico, poderia referir que as camas se encontravam todas ocupadas, a média de idades dos utentes era de 53,8 anos, 57.5% do sexo masculino para 42.5% do sexo feminino. Nos diagnósticos clínicos efetuados a patologia predominante era o acidente vascular cerebral (AVC), presente em 50% dos utentes internados naquela data.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte profissionais, dos quais sete são enfermeiros especialistas em reabilitação. Compõe a equipa multidisciplinar colaboradores que, não se encontrando alocados apenas a este serviço, fazem o acompanhamento do utente, nomeadamente fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social, psicólogo e o enfermeiro especialista em reabilitação (EER) do departamento de atividades de vida diária. Esta equipa valida o plano terapêutico proposto para o utente em reuniões multidisciplinares que efetua semanalmente, utilizando como instrumento de registo a folha de “Monitorização de resultados do internamento”.

O contexto descrito condicionou a escolha deste campo de estágio na medida em que pretendo uma Unidade de Internamento com características na área de reabilitação à pessoa com AVC e cuidador informal promotora de autonomia e reintegração sociofamiliar, sendo constituída por uma equipa multiprofissional com intervenção de Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala e Fisiatra. Pretendo **desenvolver conhecimento e competências na reabilitação da pessoa com AVC e cuidador informal; analisar a intervenção do EER na equipa multidisciplinar e analisar a intervenção do EER no treino de AVD da pessoa com AVC e cuidador informal.**

▪ **Serviço de Pneumologia**

Este serviço estruturalmente é composto por quatro salas e dois quartos de isolamento e pode dar uma resposta de saúde a vinte pessoas com patologias do foro respiratório. A sua equipa multiprofissional é composta por pneumologistas, enfermeiros (dos quais um é enfermeiro especialista em reabilitação), assistente social, fisioterapeuta, dietista, psicólogo e auxiliares de ação médica.

O enfermeiro especialista em reabilitação (EER) é o responsável pelo programa “Cuidar em Proximidade”. O objetivo do programa é promover a articulação de cuidados de reabilitação respiratória no *continuum* do internamento, domicílio e consulta de ambulatório, componente essencial no cuidar a pessoa com patologia respiratória crónica, pelas frequentes agudizações da situação clínica e pela necessidade de adaptação aos sintomas incapacitantes causados pela mesma (SARAIVA, 2010). A equipa básica deste programa é composta pelo EER do serviço, o EER do centro de saúde da área, o pneumologista e o assistente social. São chamados a intervir outros elementos

profissionais quando a necessidade da situação o justifica. Não obstante possa parecer uma equipa básica de atuação é defendido por alguns autores que na reabilitação respiratória “os programas de reabilitação menos sofisticados podem ser tão eficazes quanto os mais polivalentes na melhoria da saúde relacionada com a qualidade de vida, devido à motivação dos profissionais de saúde e ao facto do programa ser bem pensado ao longo do processo” (ESMOND, 2005, p.216).

Perante o contextualizado selecionei este local para ensino clínico porque pretendo **desenvolver conhecimento e competências na reabilitação da pessoa com patologia respiratória; analisar a intervenção do EER inserido na equipa multidisciplinar do Serviço de Pneumologia e analisar a intervenção do EER no programa de cuidados de reabilitação à pessoa/família no período pós-alta.**

▪ **Equipa de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade**

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são equipas atuantes em contexto comunitário que pressupõem uma “intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento” (UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (UMCCI), 2011, p.10). Estas equipas, para além da vertente de saúde, contemplam concomitantemente uma intervenção da Rede Social, no apoio social domiciliário.

Esta ECCI pode dar resposta a cinquenta utentes (vagas disponibilizadas pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)), encontrando-se estruturada em três polos por forma a conseguir uma maior eficácia na resposta, visto que o concelho tem de área aproximadamente 291 Km². Em 2010 foram acompanhados por esta equipa 751 utentes, dos quais 136 tinham como diagnóstico principal o AVC, (dados cedidos pela enfermeira coordenadora da ECCI, 2010). A equipa é constituída por 15 enfermeiros (três são EER), uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista, uma assistente social e um médico que reúne quinzenalmente com o objetivo de analisar e estabelecer estratégias comuns para aquela pessoa, estabelecendo um Plano Individual de Intervenção (PII), em que a mesma seja o centro dos cuidados prestados. Segundo a RNCCI, “para que tal se verifique, é necessária uma nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social, baseada numa planificação de objectivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto,

médio e longo prazos), constantes no Plano Individual de Intervenção” (UMCCI, 2007, p.10). O PII é entendido como o “conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais” (Decreto-Lei nº 101/2006, Art. 3.º).

O espaço físico embora recente, está subdimensionado encontrando-se a ECCI alocada a uma pequena sala com três computadores. Sempre que é necessário reunir com familiares, entre pares ou com os restantes elementos profissionais dos outros polos é necessário reinventar espaços, como a sala de espera, a copa ou os gabinetes de atendimento do Centro de Saúde, o que nos permite compreender que o enfermeiro é um profissional de saúde versátil que se adapta a adversidades em prol das populações que serve, permitindo desta forma “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” e “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento” (OE, 2009, Art. 86º e Art. 83º).

As características descritas relacionadas com a estrutura e funcionalidade desta ECCI determinaram a escolha deste ensino clínico onde pretendo **desenvolver conhecimento e competências na reabilitação da pessoa com AVC e cuidador informal, no seu contexto sociofamiliar; compreender como é assegurada a continuidade de cuidados e a articulação com os serviços da comunidade; analisar a intervenção do EER na equipa multidisciplinar da ECCI e compreender a sinergia dos cuidados à pessoa com AVC entre o contexto domiciliário, o contexto hospitalar e o contexto de internamento nas Unidades de Convalescência da RNCCI.**

- Quadro resumo da justificação da seleção dos locais para ensino clínico:

QUADRO RESUMO	
Local	Justificação da Escolha
Unidade CerebroVascular (UCV)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unidade de internamento vocacionada para o atendimento da pessoa na fase aguda do AVC. ➤ É constituído por uma equipa multiprofissional com intervenção de EER e Fisioterapeuta. <p>Pretendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver competências na reabilitação da pessoa com AVC e cuidador informal na fase aguda do AVC. ✓ Compreender a intervenção do enfermeiro de reabilitação na equipa multidisciplinar da UCV. ✓ Compreender a articulação com as Unidades de Reabilitação, para continuidade de cuidados à pessoa com AVC e cuidador informal.
Centro Especializado em Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unidade de Internamento com características na área de reabilitação à pessoa com AVC e cuidador informal promotora de autonomia e reintegração sociofamiliar. ➤ Têm uma Unidade de Ambulatório de Treino de AVD. ➤ É constituído por uma equipa multiprofissional com intervenção de EER, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala e Fisiatra. <p>Pretendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver conhecimento e competências na reabilitação da pessoa com AVC e cuidador informal. ✓ Analisar a intervenção do EER na equipa multidisciplinar. ✓ Analisar a intervenção do EER no treino de AVD da pessoa com AVC e cuidador informal.
Serviço de Pneumologia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unidade de Internamento para pessoas com patologia do foro respiratório. ➤ Têm implementado um programa de continuidade de cuidados no domicílio após a alta, com intervenção do EER. <p>Pretendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver conhecimento e competências na reabilitação da pessoa com patologia respiratória.

- ✓ Analisar a intervenção do EER inserido na equipa multidisciplinar do Serviço de Pneumologia.
- ✓ Analisar a intervenção do EER no programa de cuidados de reabilitação à pessoa/família no período pós-alta.

ECCI

- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).
- Os cuidados de reabilitação à pessoa com AVC e cuidador informal constituem a maior percentagem de intervenções efetuadas pelo EER.
- É constituído por uma equipa multiprofissional com intervenção de EER, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

Pretendo:

- ✓ Desenvolver conhecimento e competências na reabilitação da pessoa com AVC e cuidador informal, no seu contexto sociofamiliar.
- ✓ Compreender como é assegurada a continuidade de cuidados e a articulação com os serviços da comunidade.
- ✓ Analisar a intervenção do EER na equipa multidisciplinar da ECCI.
- ✓ Compreender a sinergia dos cuidados à pessoa com AVC entre o contexto domiciliário, o contexto hospitalar e o contexto de internamento nas Unidades de Convalescença da RNCCI.

➤ Bibliografia

Alcantara, J. (Abril de 2009). Guia de integração - UCV. Lisboa: Acessível na Unidade Cerebro Vascular, Lisboa, Portugal.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES, **(CNDC)** (Junho de 2011). *Vias Verdes - Indicadores de Actividade 2010*. Obtido em 4 de Fevereiro de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E91B6723-59A3-49F5-A83A-9F53DDC5AAA3/0/Vias_Verdes_2011.pdf

DECRETO-LEI nº101/2006. **D.R I Série**. 109 (06/06/2006) 3856-3865.

Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

EUROPEAN STROKE ORGANISATION, **(ESO)** (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008*. Obtido em 31 de Maio de 2011, de http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS, O. (16 de Setembro de 2009). *LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf*. Obtido em 14 de Maio de 2011, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Saraiva, C. (2010). *UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO I (Apontamentos)*. Lisboa: ESEL.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS, **(UMCCI)** (2011). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados*. Lisboa: UMCCI.

UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS, **(UMCCI)** (Março de 2007). *Orientações - Manuais: Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. Obtido em 26 de Novembro de 2011, de Web Site de UMCCI - RNCCI: <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/profissionais/Paginas/orientacoes.aspx>

APÊNDICE III – Cronograma dos Ensinos Clínicos

**APÊNDICE IV – Grelha de observação para o ensino clínico da
Unidade Via Verde AVC**

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

ESTAGIO CLINICO NA UNIDADE VIA VERDE DE AVC

DATA – 13, 14 e 15 de Fevereiro de 2012

ALUNO – Célia Pereira

Objetivos	Atividades	Aplicável		Observações
		Sim	Não	
Identificar o papel do enfermeiro especialista em reabilitação (EER) na equipa multiprofissional nos cuidados à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em fase aguda	Participar na visita multidisciplinar onde é estabelecido os objetivos iniciais e o plano terapêutico para a pessoa com AVC			
	Observar as estratégias desenvolvidas pela equipa multiprofissional para promoção de saúde e qualidade de vida da pessoa com AVC agudo			
	Consultar programas de intervenção para a pessoa com AVC e cuidador informal.			
	Validar o Guia de orientação para profissionais sobre ensino à pessoa com AVC com o EER orientador.			
Aprofundar conhecimentos na área de enfermagem de reabilitação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, alimentação e da eliminação da pessoa com AVC em fase aguda	Participar nos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa com AVC agudo, pela equipa multiprofissional			
	Observar a identificação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC agudo e colaborar na elaboração do plano de reabilitação à pessoa com AVC.			
	Observação participativa nos cuidados de enfermagem de reabilitação, segundo o programa individual de intervenção estabelecido à pessoa com AVC			

Compreender a articulação com as Unidades de Convalescença, na continuidade de cuidados à pessoa com AVC e cuidador informal.	Percecionar o papel do EER nos programas de intervenção para alta à pessoa com AVC			
	Percecionar a estrutura existente na Unidade na referência da pessoa com AVC agudo para as Unidades de Convalescença da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados			

APÊNDICE V – Ação de Formação – “Rede Nacional de Cuidados Continuados - Unidades de Internamento”

“Rede Nacional de Cuidados Continuados Unidades de Internamento”



Autor: **Célia Pereira** – AEMER

Orientação: **Saul Ramalho** – EER

Fevereiro 2012

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCCI

- Para dar resposta:
 - às carências de cuidados que surgem devido ao aumento da prevalência da doença crónica e incapacidade das pessoas,
 - ao aumento de idosos com dependência funcional e pessoas em estado de doença avançada e fase final de vida.

- **Surge um modelo de intervenção integrado e articulado, englobando a saúde e a segurança social com uma filosofia preventiva, recuperadora e paliativa;**
encontra-se num nível intermédio entre os cuidados comunitários e os hospitalares.

Objectivo

RNCCI

- *“(...) a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.”*

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (DL nº 101/2006 de 6 de Junho, art. 4º, p.3858)

Finalidade

RNCCI

- ajustar respostas sociais e de saúde aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência
- centrada na recuperação global da pessoa e visa a prestação dos cuidados nos utentes, nas famílias e nos cuidadores informais
- prevenindo, reduzindo e adiando a incapacidade dos indivíduos com dependência
- apostando na promoção da educação em saúde com envolvimento da família / cuidador.

Três princípios

fundamentais

RNCCI

do

• Reabilitação

Cidadão

• Readaptação

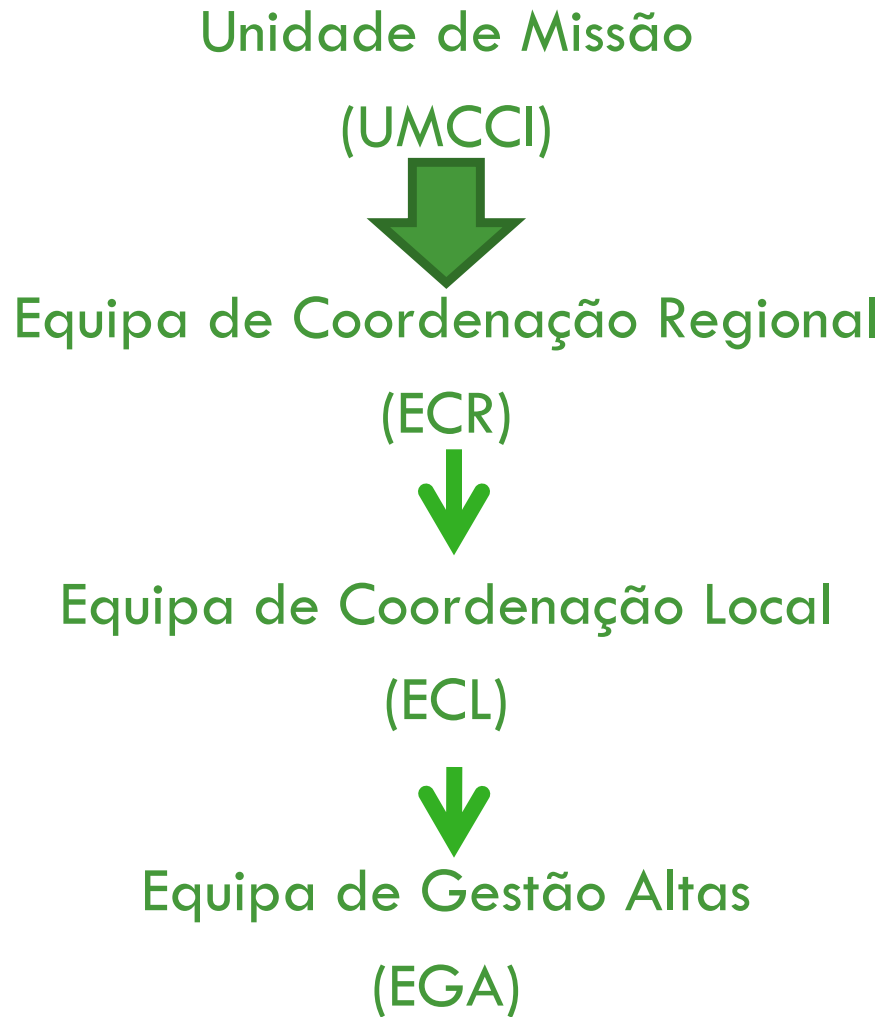
Comunidade

• Reinserção

- Complementaridade dos diferentes recursos de prestação de cuidados de saúde e apoio social

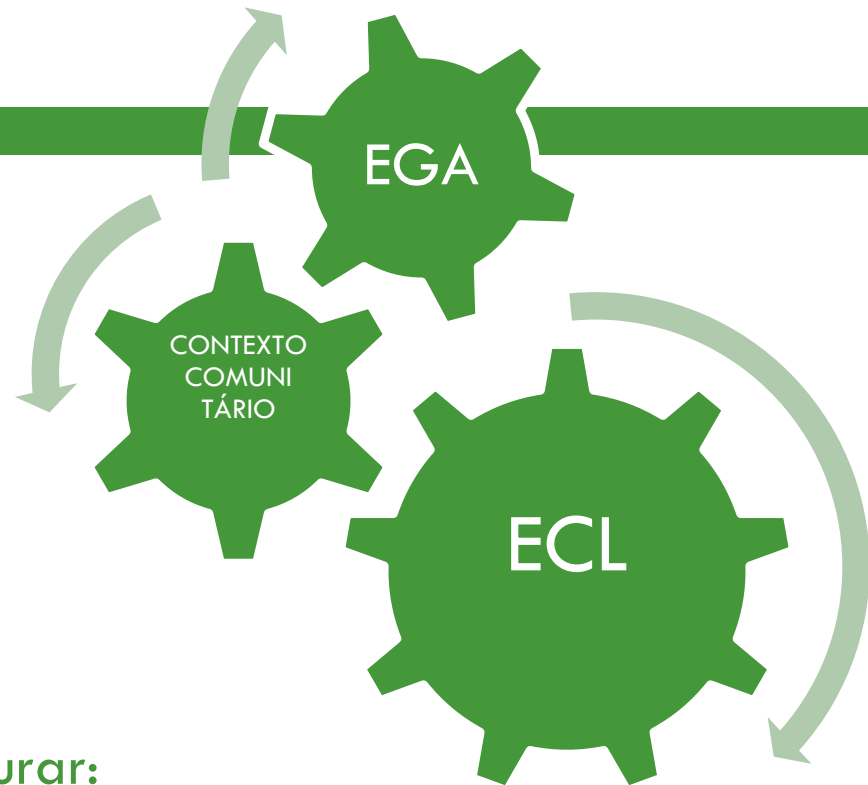
Dinâmica

RNCCI



Referenciação

RNCCI

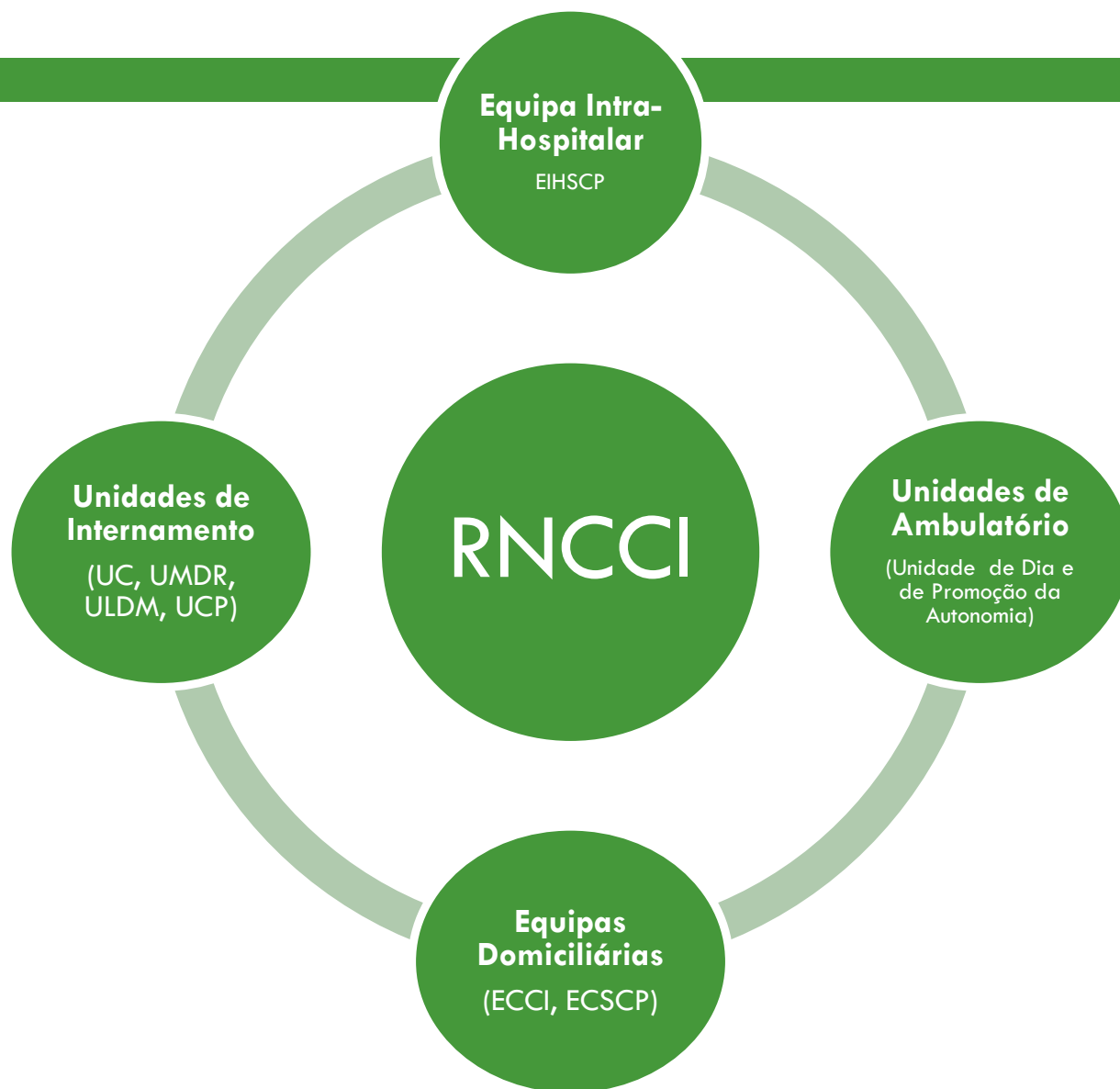


Assegurar:

- o acompanhamento e avaliação da rede a nível local
- a articulação e coordenação dos recursos e actividades no seu âmbito de referência

Respostas

RNCCI





Unidades de Convalescença

UCCI

30 dias internamento

Passível de melhoria

□ Finalidade

- “(...) a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos.”

(UMCCI, 2010, in Manual do Prestador-Recomendações para a melhoria continua)

Unidades de Média

Duração e Reabilitação

UMCCI

90 dias de internamento

□ Finalidade

- “(...) visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias.”

(UMCCI, 2010, in Manual do Prestador-Recomendações para a melhoria continua)

Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMCCI

Sem data definida
de internamento

180 dias?

- Finalidade
- “(...) proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio.”

Unidades de Cuidados Paliativos

UCCI

□ Finalidade

Sem data definida

de internamento

Óbito na Unidade?

- “(...) tal como são definidas no âmbito da RNCCI, destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

(UMCCI, 2010, in Manual do Prestador-Recomendações para a melhoria continua)

Critérios para referenciação

□ Pessoas, que independentemente da idade se encontrem nas seguintes situações:

- de dependência, com incapacidade para desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricas – ex. desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais;
- episódios frequentes de reagudização – ex. doença pulmonar obstrutiva crónica, doença neurodegenerativa, insuficiência cardíaca, diabetes, hepatopatia;
- doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca um grande impacto emocional ao doente e família;

Critérios para referenciação

□ Pessoas, que independentemente da idade se encontrem nas seguintes situações:

- Pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos;
- Necessidade de ensino de procedimentos aos cuidadores, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio.

Critérios para referenciação

□ Unidades de convalescença:

- Doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- Reabilitação intensiva;
- Alimentação por sonda nasogástrica;
- Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
- Manutenção e tratamento de estomas;
- Terapêutica parentérica;
- Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia, aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- Doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;
- Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;
- Doente crónico com risco iminente de descompensação; Unidade de Missão para os
- Doente com indicação para programa de reabilitação física com duração previsível igual ou menor a 30 dias;
- Doente com síndrome de imobilização

Critérios para referenciação

□ Unidades de média duração:

- Doente com necessidade de cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes;
- Reabilitação intensiva;
- Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- Prevenção ou tratamento de úlceras;
- Manutenção e tratamento de estomas;
- Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção;
- Doente com indicação para programa de reabilitação física com duração previsível até 90 dias;
- Doente com síndrome de imobilização.

Critérios para referenciação

□ Unidades de longa duração:

- Doente com necessidade de cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- Doente que, por patologia aguda e/ou crónica estabilizada, necessite de cuidados de saúde e apresente défice de autonomia nas atividades da vida diária, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias;
- Doente com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva;
- Doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo;
- Doente com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/ problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;
- Doentes com dificuldades de apoio familiar ou cujo principal cuidador tem necessidade de descanso, não podendo a duração do(s) respetivo(s) internamento(s) ser de duração superior a 90 dias, com o limite anual de 90 dias.

Critérios para referenciação

□ Unidades de paliativos:

- situação de dependência em que o doente seja portador de doença grave e/ou avançada, ou se encontre em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia de base.

(UMCCI, 2010, in Manual do Prestador-Recomendações para a melhoria continua)

Critérios de exclusão para internamento nas Unidades da RNCCI

- Doente com episódio de doença em fase aguda;
- Pessoa que necessite exclusivamente de apoio social;
- Doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico;
- Doente infetado, cujo regime terapêutico inclua medicamentos de uso exclusivo hospitalar.

(UMCCI, 2010, in Manual do Prestador-Recomendações para a melhoria continua)

Instrumentos

RNCCI

PII

Plano Individual de Intervenção

PII é o “(...) conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais”

(DL n° 101/2006 de 6 de Junho, art. 3º, p.3857)

Esta avaliação irá contribuir para as metas delineadas no PII, um plano elaborado com a participação e responsabilização de toda a equipa, utente e família e/ou cuidador informal.

Instrumentos

RNCCI

PII

Plano Individual de Intervenção

Fotografia dinâmica dos problemas e necessidades do Utente e dos Objectivos que se espera que possa vir a alcançar, associados à determinação das intervenções dos profissionais membros da equipa da Unidade, com a indicação das metas e do tempo em que se espera que os Objectivos possam ser alcançados.

Instrumentos

RNCCI

PII

Plano Individual de Intervenção

VANTAGENS

- Maior eficácia da intervenção junto do Utente dada a sua adequação ao individuo
- Aumento da eficácia da comunicação entre a Equipa
- Aumenta o envolvimento do Utente e Cuidadores nas intervenções
- Permite avaliar o seguimento e evolução do Utente
- Permite focar todos os membros da Equipa interdisciplinar no mesmo problema

O FUTURO

RNCCI

- Em 2050, Portugal:
 - > % de idosos e < % de população activa; percentagem de idosos duplica de 16,9% para 31,9% da população
(INE censos de 2001)
 - aumento do número de pessoas que vivem sozinhas com algum tipo de dependência,
 - o aumento das doenças crónicas
 - a mudança do perfil das famílias

**É neste contexto que se inserem os desafios da RNCCI,
procurando ... qualidade.**

□ Unidade LNostrum





MISSÃO

A Unidade LNostrum tem como missão a prestação de cuidados continuados integrados implicando cuidados globais aos clientes, em regime de internamento, com vista à promoção da sua autonomia e bem-estar.

VISÃO

A LNostrum tem por visão ser uma unidade de internamento de referência para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e para a comunidade como exemplo de excelência e boa prática.

L Nostrum SA

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS



- Início de actividade na RNCCI – Jan. 2008

- Tipologias de internamento:
 - Convalescença – **17**
 - Média Duração e Reabilitação – **85**
 - Longa Duração e Manutenção – **77**
 - Cuidados Paliativos – **20**

- 199 vagas contratualizadas com a RNCCI
 - 3 pisos ; 3 Alas por piso;
 - Cada quarto tem casa de banho própria, rampa de oxigénio e vácuo, televisão e cama articulada, mobiliário em madeira e varanda para o exterior.

SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS



- Serviços Hotelaria
- Serviços Clínicos
- Reabilitação (Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala)
- Hidroginástica e Hidroterapia
- Animação Sócio-cultural
- Apoio Social
- Apoio Psicológico
- Apoio Nutricional
- Serviços Religiosos
- Cabeleireiro
- Espaços de Lazer (Cafetaria, Biblioteca, Sala de Informática, Ateliers de Actividades, Salas Polivalentes, Jardins Interior e Exterior, Piscina)

A NOSSA EQUIPA



- Equipa multidisciplinar, dinâmica e qualificada, da qual fazem parte:
 - Médicos,
 - Enfermeiros,
 - Fisioterapeutas,
 - Auxiliares de Acção Directa,
 - Auxiliares de Fisioterapia,
 - Psicólogos,
 - Assistentes Sociais,
 - Animador Sócio-Cultural,
 - Dietistas,
 - Terapeuta da Fala,
 - Terapeutas Ocupacional, entre outros.



RECEÇÃO



JARDIM INTERIOR







SALA GIRASSOL



RESTAURANTE



INSTALAÇÕES





GINÁSIO

PISCINA



AUDITÓRIO





“Assim, Portugal passou a integrar o grupo de países com respostas integradas de continuidade de cuidados. Cuidar não é apenas tratar. Cuidar é uma atitude a ser concretizada em tempo útil e real, que liga as pessoas; que humaniza espaços e dinâmicas; que prepara os caminhos para continuar a viagem (...)”

Inês Guerreiro
Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

APÊNDICE VI - Ação de Formação – “Referenciação da pessoa com patologia respiratória”

**UNIDADES DE INTERNAMENTO DA REDE NACIONAL DE
CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
- UMA RESPOSTA DE SAÚDE ∞ SOCIAL -**



**REFERENCIAÇÃO DA PESSOA COM
PATOLOGIA RESPIRATORIA**

OUTUBRO 2011



RNCCI

“Rede Nacional
de Cuidados
Continuados
Integrados”

- Para dar resposta:
 - às carências de cuidados que surgem devido ao aumento da prevalência da doença crónica e incapacidade das pessoas,
 - aumento de idosos com dependência funcional e pessoas em estado de doença avançada e fase final de vida.

Surge um modelo de intervenção integrado e articulado, englobando a saúde e a segurança social com uma filosofia preventiva, recuperadora e paliativa; encontra-se num nível intermédio entre os cuidados comunitários e os hospitalares.



Dinâmica da RNCCI

Objectivo da
criação da
RNCCI

- Objectivo “(...) ***a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.***”

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (DL nº 101/2006 de 6 de Junho, art. 4º, p.3858)



Dinâmica da RNCCI

Finalidade da criação da RNCCI

- ajustar respostas sociais e de saúde aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência
- centrada na recuperação global da pessoa e visa a prestação dos cuidados nos utentes, nas famílias e nos cuidadores informais
- prevenindo, reduzindo e adiando a incapacidade dos indivíduos com dependência
- apostando na promoção da educação em saúde com envolvimento da família / cuidador.

(UMCCI, 2007)



RNCCI

Três
princípios
fundamentais
dos serviços:
promover a

Princípio dos 3 R

do

- Reabilitação

Cidadão

- Readaptação

Comunidade

- Reinserção

Complementaridade dos diferentes recursos de prestação de cuidados de saúde e apoio social



RNCCI

O ideal que
move esta
política

- o grande desafio é humanizar o apoio à pessoa com dependência

Humanizar significa nesta perspectiva fortalecer a relação entre pessoas doentes, famílias e cuidadores informais, profissionais de Saúde e profissionais de Apoio Social



Dinâmica da RNCCI

Estrutura

coordenação
referenciação

Unidade de Missão
(UMCCI)



Equipa de Coordenação Regional
(ECR)



Equipa de Coordenação Local
(ECL)

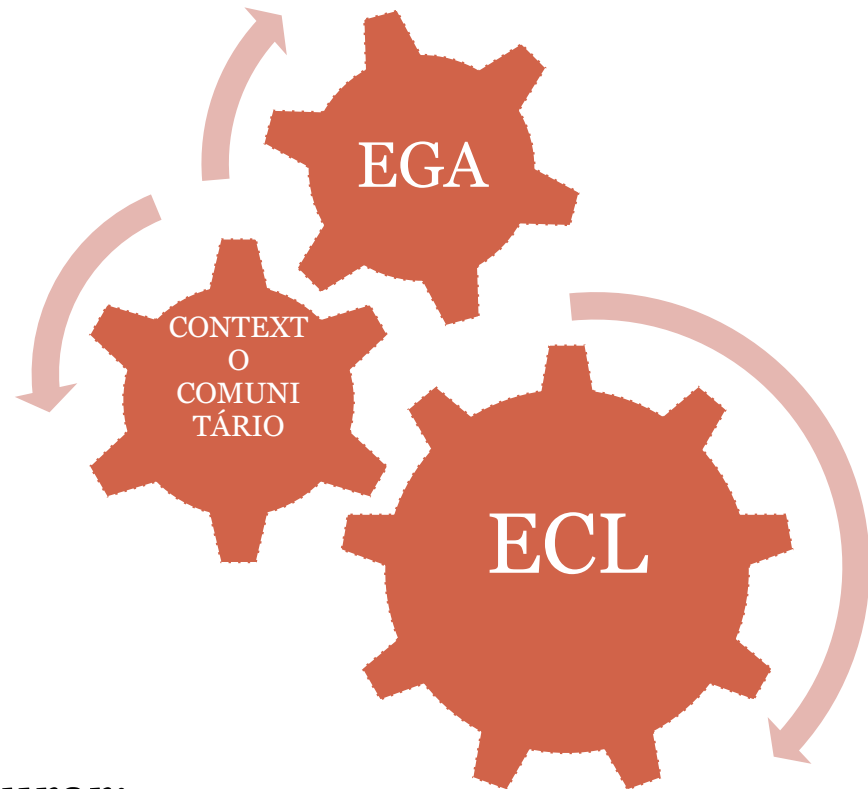


Equipa de Gestão Altas
(EGA)

Dinâmica da RNCCI

Estrutura

referenciação



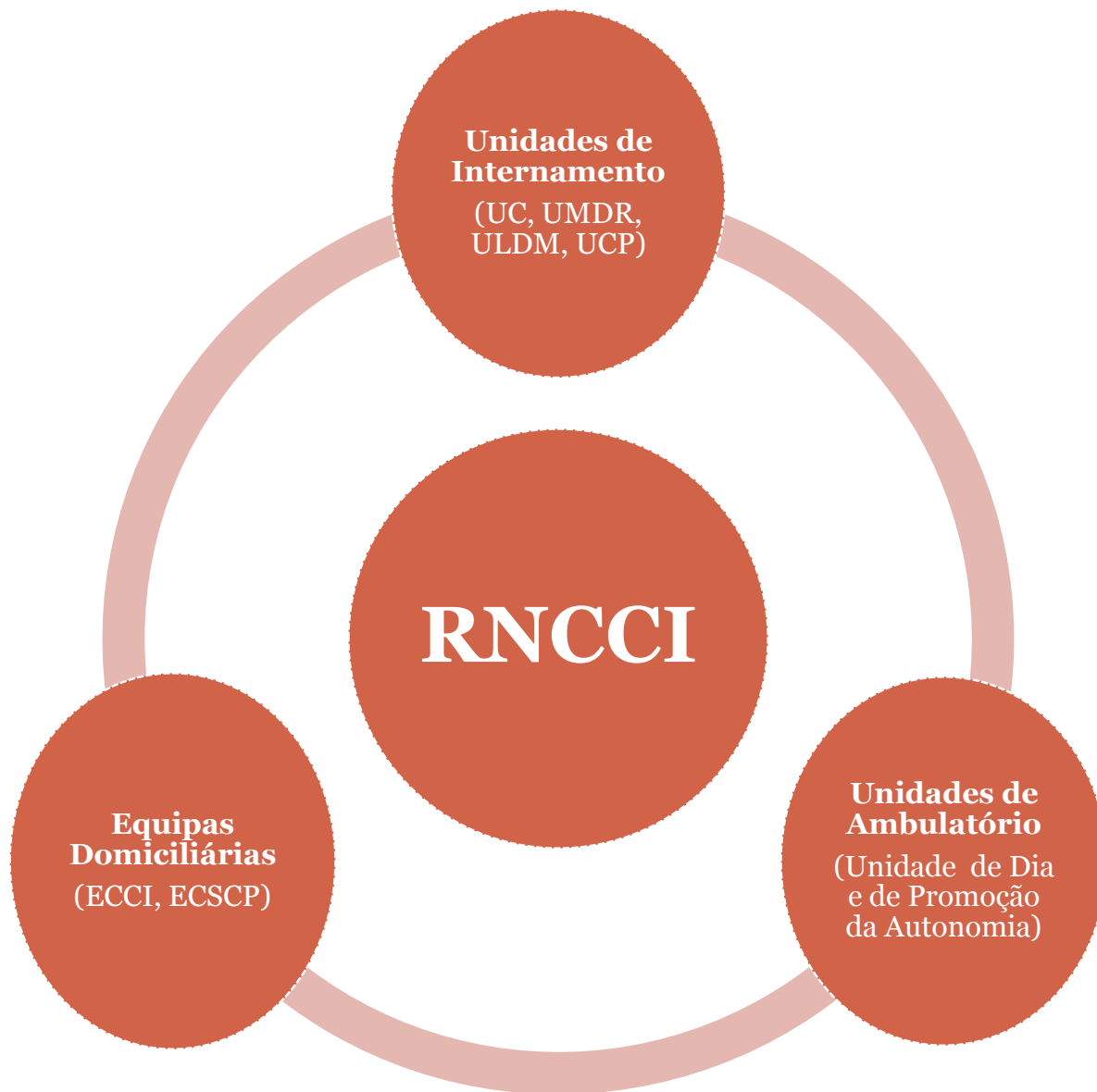
Assegurar:

- o acompanhamento e avaliação da rede a nível local
- a articulação e coordenação dos recursos e actividades no seu âmbito de referência

RNCCI

Estrutura

respostas



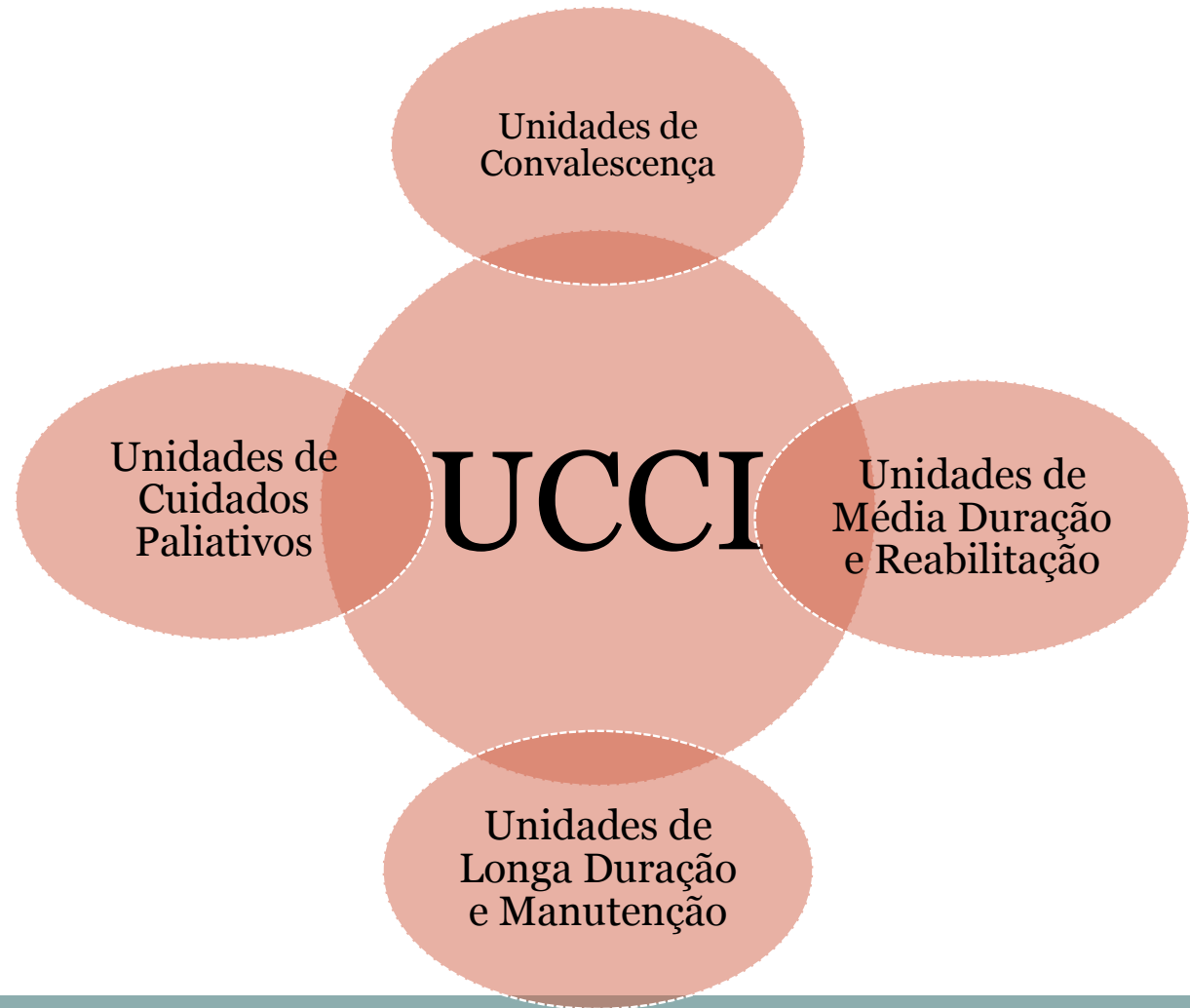


São um tipo de resposta na prestação de cuidados de saúde e de apoio social

RNCCI

UCCI

resposta com internamento





UCCI

Unidades de
Convalescença

30 dias
internamento

“(...) unidade de internamento (...) para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.”

- Finalidade ***“(...) a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos”***

(DL n.º 101/2006, de 6 de Junho, art. 13.º, p.3860).



UCCI

Unidades de
Média duração
e Reabilitação

90 dias de
internamento

“(...) é uma unidade de internamento (...) para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável”.

- Finalidade ***“(...) a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior”.***

(D.L. 101/2006 de 6 de Junho, art. 15º,p.386o)



UCCI

Unidades de longa duração e manutenção

Sem data definida de internamento

180 dias?

“(...) é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, (...) para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.”

- Finalidade ***“(...) proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.”***

(DL n.º 101/2006, de 6 de Junho, art. 17.º, p.3860)



UCCI

Unidades de
Cuidados
Paliativos

- unidade de internamento que presta ***“(...) acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva”***

(DL n.º 101/2006, de 6 de Junho, art. 19.º, p.3861)



RNCCI

**Instrumento de
Avaliação
Integrada**

IAI

Bio

Psico

Social

Grelha de Avaliação Bio-psico-social



RNCCI

Plano Individual
de Intervenção

PII

PII é o “(...) **conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais**”

(DL nº 101/2006 de 6 de Junho, art. 3º, p.3857)

Esta avaliação irá contribuir para as metas delineadas no PII, um plano elaborado com a participação e responsabilização de toda a equipa, utente e família e/ou cuidador informal.



RNCCI O FUTURO

- Em 2050, Portugal:
 - > % de idosos e < % de população activa; percentagem de idosos duplica de 16,9% para 31,9% da população (INE censos de 2001)
 - aumento do número de pessoas que vivem sozinhas com algum tipo de dependência,
 - o aumento das doenças crónicas
 - a mudança do perfil das famílias

**É neste contexto que se inserem os desafios da RNCCI,
procurando ... qualidade.**

Referenciar no foro respiratório



❑ **TRANSVERSAL A TODAS AS TIPOLOGIAS**

❑ **DEPENDERÁ DA SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA EM QUE SE ENCONTRA E POTENCIAL DE REABILITAÇÃO**

EXEMPLOS



Doente de 63 anos internada por fractura peritrocantérica do fémur direito sendo submetida a cirurgia a 29/03/2010. Pós operatório sem intercorrências.

Tem AP Obesidade, DMI; hipotiroidismo, HTA, DPOC e dislipidémia. Deambulava com andarilho.

Consciente, orientada. Colabora dentro das possibilidades, mas demonstra medo de cair aquando as mobilizações o que dificulta, por vezes, os cuidados.

Faz oxigenoterapia e BPAP (noite) que tolera, necessitando de apoio na gestão de regime terapêutico

Higiene no leito com ajuda total. Faz levante para o cadeirão onde permanece.

Ferida cirurgica em vias de cicatrização com boa evolução. Restante pele integra.

Urina e evacua na fralda.

Tem indicação para programa de reabilitação que já começou no serviço de internamento.

EXEMPLOS



Utente de 75 anos de idade, totalmente autónoma antes do internamento. Foi internada com o diagnóstico de insuficiência respiratória global crónica, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquémica, hipertensão arterial, internada por insuficiência cardíaca com insuficiência respiratória global crónica agudizada.

Fazia OLD no domicílio e iniciou ventilação não invasiva durante o internamento, necessitando de apoio para Gestão do regime terapêutico. Encontra-se totalmente dependente para a higiene e vestir-se, consegue alimentar-se de forma autónoma se lhe forem posicionados os alimentos. Tem feito levante para cadeira de rodas, apresentando dispneia a esforços e dificuldade em efectuar carga nos membros inferiores. Iniciou reabilitação motora, mostrando-se muito motivada e colaborante e beneficiando da sua continuidade com vista à melhoria da sua funcionalidade e aumento de autonomia.

EXEMPLOS



Utente de 65 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana. O doente, que é natural de Castelo Branco, e residente em Lisboa, vive sozinho, fumador de cerca de 50 cigarros / dia, reformado de empregado em industria hoteleira, foi internado no dia 24 de Abril por fractura patológica da diafise femural esquerda. Tem como AP: * Metastases de carcinoma pouco diferenciado * Trqueobronquite aguda por pneumococus * IRespiratoria parcial * Fractura patológica do fémur esquerdo por metástase * Insuficiencia respiratória global compensada * DPOC (Enfisema pulmonar)"

Encontra-se dependente em todas as AVD's.

Com dor descontrolada sendo difícil o controlo terapêutico. Apresenta-se deprimido, está esclarecido da sua situação clínica mas não aceita.



UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS LNOSTRUM

MISSÃO



**A UNIDADE L NOSTRUM TEM COMO MISSÃO A
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS IMPLICANDO CUIDADOS GLOBAIS AOS
CLIENTES, EM REGIME DE INTERNAMENTO, COM
VISTA À PROMOÇÃO DA SUA AUTONOMIA E BEM-
ESTAR.**

Início de actividade na RNCCI – Jan. 2008



TIPOLOGIAS DE INTERNAMENTO:

Convalescença – 17

Média Duração e Reabilitação – 85

Longa Duração e Manutenção – 77

Cuidados Paliativos – 20

199 VAGAS CONTRATUALIZADAS COM A RNCCI

3 pisos ; 3 Alas por piso;

Cada quarto tem casa de banho própria, rampa de oxigénio e vácuo, televisão e cama articulada, mobiliário em madeira e varanda para o exterior.

O que fazemos



Serviços disponibilizados

- Serviços Hotelaria
- Serviços Clínicos
- Reabilitação (Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala)
- Hidroginástica e Hidroterapia
- Animação Sócio-cultural
- Apoio Social
- Apoio Psicológico
- Apoio Nutricional
- Serviços Religiosos
- Cabeleireiro
- Espaços de Lazer (Cafetaria, Biblioteca, Sala de Informática, Ateliers de Actividades, Salas Polivalentes, Jardins Interior e Exterior, Piscina)

A nossa equipa

- Médicos,
- Enfermeiros,
- Fisioterapeutas,
- Auxiliares de Acção Directa,
- Auxiliares de Fisioterapia,
- Psicólogos,
- Assistentes Sociais,
- Animador Sócio-Cultural,
- Dietistas,
- Terapeuta da Fala,
- Terapeutas Ocupacional, entre outros.

A UNIDADE



RECEPÇÃO





BIBLIOTECA



SALA GIRASSOL



RESTAURANTE



Instalações



PISCINA





GINÁSIO

AUDITÓRIO



RECITAL DE POESIA



Aspectos éticos – Todas as fotos com utentes foram submetidas a consentimento informado com os mesmos e tutores

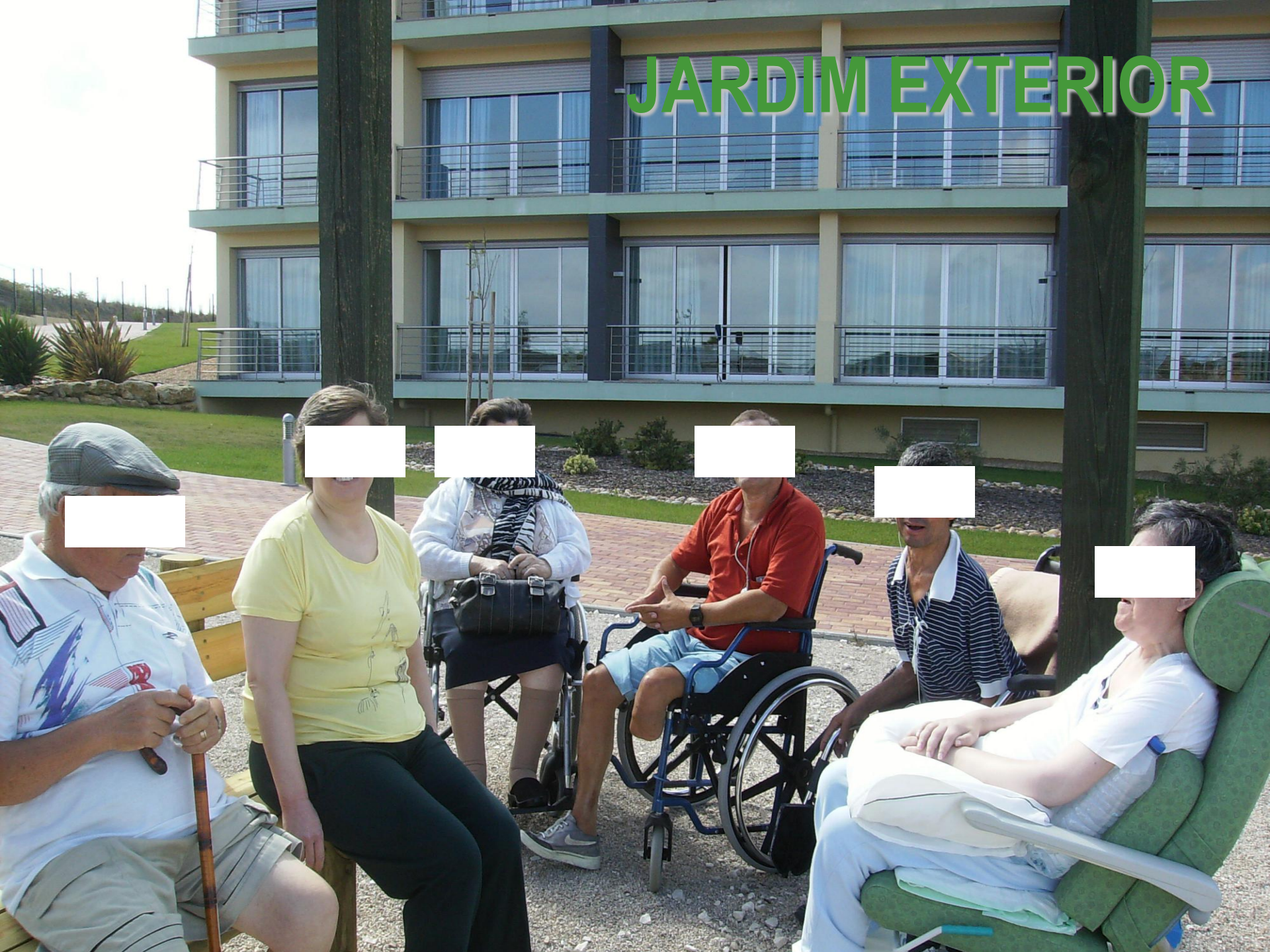
O VIOLINISTA

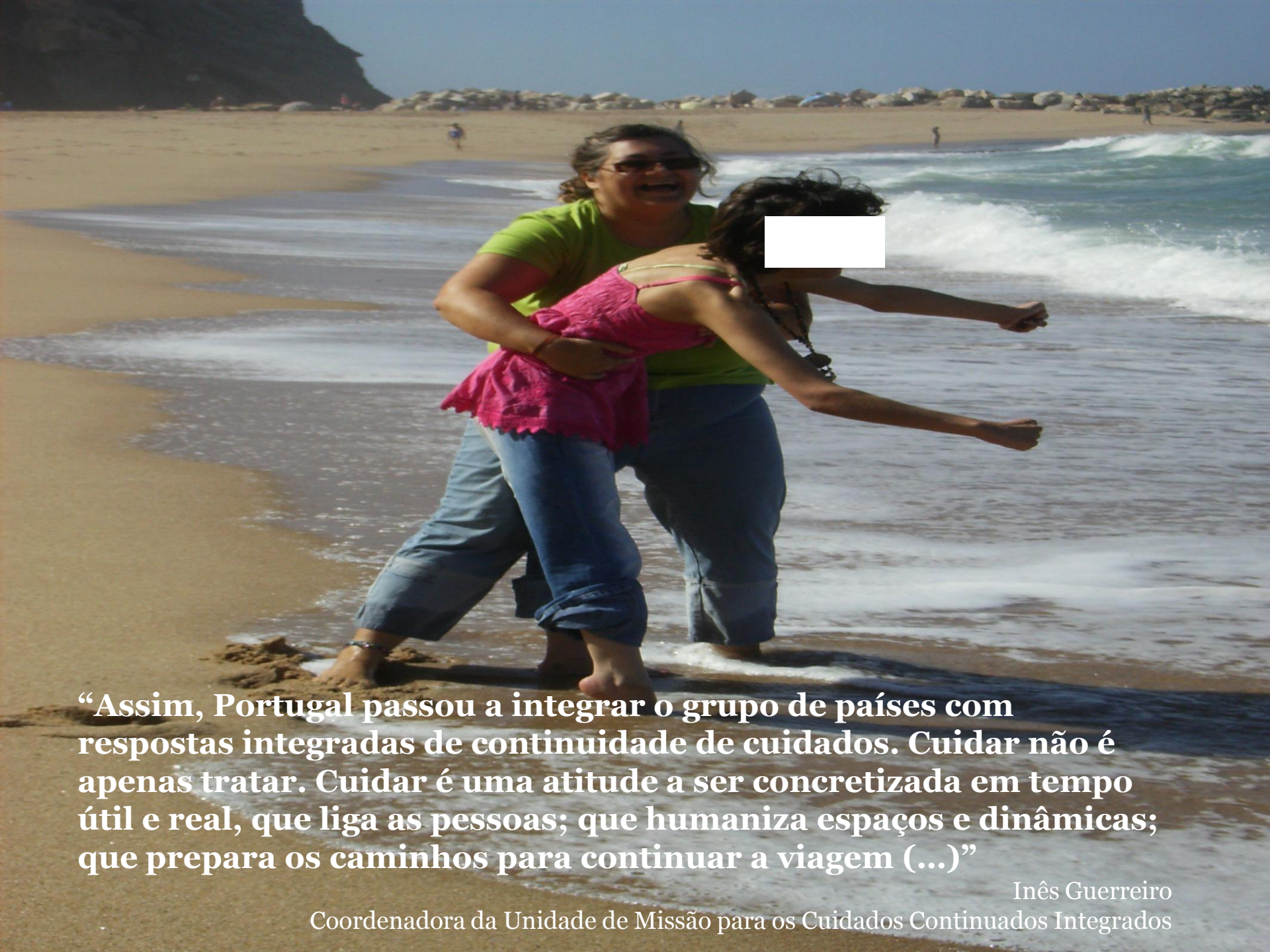


O RANCHO



JARDIM EXTERIOR





“Assim, Portugal passou a integrar o grupo de países com respostas integradas de continuidade de cuidados. Cuidar não é apenas tratar. Cuidar é uma atitude a ser concretizada em tempo útil e real, que liga as pessoas; que humaniza espaços e dinâmicas; que prepara os caminhos para continuar a viagem (...)”

Inês Guerreiro

Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

APENDICE VII - Instrumento de registo “Avaliação Enfermagem de Reabilitação – Pneumologia (...)”

AVALIAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - Pneumologia C

Identificação (vinheta):	Data Internamento: ___/___/20__
	Data Alta: ___/___/20__
	Diagnostico:

Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino (0) <input type="checkbox"/> Masculino (1) Idade: <input type="checkbox"/> ≥80 anos (0) <input type="checkbox"/> 65 a 79 anos (1) <input type="checkbox"/> 50 a 64 anos (2) <input type="checkbox"/> 18 a 49 anos (3)		BIO	Score Idade ___ Score Sexo ___		
ESTADO DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma Em que ano estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que mês estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Quantos são hoje (dia do mês)? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que estação do ano estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Que dia da semana é hoje? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3)		Orientação no Tempo	Média dos itens <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 má <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatória <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatória <input type="checkbox"/> 3 - 3 Orientado no tempo	PSICO	Score Estado Cognitivo (Média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 - 3 bom
Como se chama o nosso país? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que distrito vive? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que terra vive? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Como se chama esta casa? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que andar/serviço estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3)		Orientação no Espaço	Média dos itens <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 má <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatória <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatória <input type="checkbox"/> 3 - 3 Orientado no espaço	SOCIAL	Score Estado Social (Média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 - 3 bom
Estado Civil: <input type="checkbox"/> viúvo/separado/solteiro (0) <input type="checkbox"/> casado / união de facto (3) Onde vive: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> Outro _____ N.º de coabitantes: <input type="checkbox"/> vive só (0) <input type="checkbox"/> vive com outros(3) Cuidador(es): _____ Tempo em que está só nas 24h: <input type="checkbox"/> 8 ou mais horas (0) <input type="checkbox"/> menos de 8 horas (3) Ter com quem desabafar/ter confidente: <input type="checkbox"/> não tem confidente (0) <input type="checkbox"/> tem confidente (3)		Isolamento Social	Média dos itens <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 mto isolado <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 isolado <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 pouco isolado <input type="checkbox"/> 3 - 3 não isolado	SOCIAL	Score Hábitos (a média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 - 3 bom
Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0 anos/analfabeto (0) <input type="checkbox"/> 1 a 6 anos (1) <input type="checkbox"/> 7 a 12 anos (2) <input type="checkbox"/> 13 ou + anos (3) Profissão: _____ <input type="checkbox"/> não qualificado (0) <input type="checkbox"/> qualificado(1) <input type="checkbox"/> intermédio(2) <input type="checkbox"/> especialista (3)		Habilidades Literárias	Média dos itens <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 baixas <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 - 3 bom	SOCIAL	Score Hábitos (a média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 - 3 bom
HÁBITOS Actividade Física/semana (andar a pé na rua/ ginástica ou desporto/ outra actividade física): <input type="checkbox"/> 0 horas (0) <input type="checkbox"/> < 2 horas (1) <input type="checkbox"/> 2 a 4 horas (2) <input type="checkbox"/> > 4 horas (3) Nº de Refeições/dia: _____ <input type="checkbox"/> 0 - 2 (0) <input type="checkbox"/> > 6 (1) <input type="checkbox"/> 3 (2) <input type="checkbox"/> 4 - 6 (3)		SOCIAL	Score Hábitos (a média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 - 3 bom	SOCIAL	Score Hábitos (a média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 - 3 bom
QUEIXAS DE SAÚDE Visão <input type="checkbox"/> Diminuída _____ Audição <input type="checkbox"/> Diminuída _____ Gastro-intestinais <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Outras _____ Músculo-esquel. _____ Pele <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Com lesões _____ Risco UPP (escala Braden) _____ Outras queixas _____		BI	Score Queixas de saúde (a menor pontuação) <input type="checkbox"/> 0 - com queixas <input type="checkbox"/> 3 - sem queixas	O	Score Queixas de saúde (a menor pontuação) <input type="checkbox"/> 0 - com queixas <input type="checkbox"/> 3 - sem queixas

AUTONOMIA FÍSICA		Admissão	Alta
<i>Lavar-se/tomar banho</i> (entrar/sair, estar, lavar-se)	incapaz (0) depende de 3ºs (1) meios (2) independente (3)		
<i>Vestir-se/despir-se</i> (escolher, preparar, vestir)			
<i>Usar a sanita e/ou bacio/urinol</i> (usar, limpar-se, roupa, despejar)			
<i>Deitar-se/levantar-se da cama</i> (mover-se, transferir-se, andar)			
<i>Sentar-se/levantar-se de cadeiras</i> (mover-se, transferir-se, andar)			
<i>Controlar a urina</i>			
<i>Controlar as fezes</i>			
<i>Alimentar-se/comer</i> (servir-se, preparar alimentos, comer)			
<i>Autonomia Física e meios para visão e audição</i>	meios (2) independente (3)		
Score Autonomia Física (a menor pontuação) 0 - incapaz; 1 - dependente; 2 - autónomo; 3 - independente			
<i>Tolerância ao esforço (Mets) / Prova da caminhada dos 6 minutos</i>			

AVALIAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - Pneumologia C

AUTONOMIA INSTRUMENTAL		ADMISSÃO (antes da crise)
Usar o telefone (marcar n.ºs, atender)	incapaz (0) depende de 3ºs (1) meios (2) independente (3)	
Fazer compras (todas as compras necessárias)		
Preparar refeições (planear bem, preparar, servir-se)		
Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza)		
Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena)		
Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos/taxi/carro, conduzir)		
Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos)		
Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco)		
Autonomia instrumental e meios para visão e audição	meios (2) independente (3)	
Score Autonomia Instrumental (a menor pontuação) 0 – incapaz; 1 – dependente; 2 – autónomo; 3-3 independente		

GESTÃO do REGIME TERAPÊUTICO

ADESÃO AOS TRATAMENTOS Score (Σ ÷ 7): <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/>	<input type="checkbox"/> Inaloterapia e outros medicamentos (marque na escala com um círculo) <input type="checkbox"/> OLD (marque na escala com uma cruz) <input type="checkbox"/> VNI (marque na escala com quadrado)	Sempre (1)	Quase sempre	Com frequência	Por vezes (4)	Raramente (5)	Nunca (6)
		1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?							
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?							
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?							
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?							
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? Porquê?							
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? Qual a razão?							


PROJECTO DE VIDA (o que o doente deseja continuar a fazer com as suas limitações)	
--	--

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROJECTO “Cuidar em Proximidade”

- ✓ Estado cognitivo satisfatório ou bom;
- ✓ O doente e/ ou cuidador informal demonstra interesse e vontade de mudar hábitos;
- ✓ O doente escolhe ser acompanhado pelo programa.

CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME TERAPÊUTICO					
D- Demonstra capacidade desempenho (executa bem) / ND – Não tem capacidade desempenho (executa mal) / PD – Potencial para o desenvolvimento capacidade desempenho					
Regime terapêutico	ADM	ALTA	Regime terapêutico	ADM	ALTA
Reconhecimento da dispneia (considera que a sua dispneia está relacionada com a sua doença? / como faz quando tem falta de ar?)			Oxigenoterapia		
Técnicas de conservação de energia nas AVDs			Ventiloterapia		
Exercício regular (Que exercício realiza semanalmente?)			Viagens/saída de casa		
Dieta adequada (Que cuidados tem com a sua alimentação?)			Sinais de alerta (sinais e sintomas) / intervenção nas agudizações		
Técnica de administração de terapia inalatória (Como faz?)			Técnicas de relaxamento		

APÊNDICE VIII – Instrumento de registo “Plano Individual de Intervenção”

<div style="border: 2px solid orange; width: 150px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO	Data: ___ / ___ / 2011 Rev: 00
 <small>Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.</small>	NOME: _____ Nº PROCESSO: _____	

PII - PARTE A DATA DE ADMISSÃO: ___ / ___ / ___ TIPOLOGIA: ECCI Pág.: 1 de ___
 GESTOR DO CASO: _____ DATA PREVISTA ALTA: ___ / ___ / ___

PRINCIPAL MOTIVO REFERENCIAÇÃO: 	PRINCIPAL DIAGNÓSTICO: 	ESCALAS: - Braden: ; Katz: ; Mif: ; Edmonton: ; IMC: ; Barthel: Dor: ; Morse:
--	---------------------------------------	--

EXPECTATIVAS / PREFERÊNCIAS UTENTE: 	EXPECTATIVAS / PREFERÊNCIAS FAMÍLIA:
--	---

Nº	PROBLEMAS	OBJECTIVOS / METAS	PRAZO	ACTIVIDADES / INTERVENÇÕES	RESP.	CUMPRIMENTO META / AVALIAÇÃO (TA; PA; NA)
1						
2						

<div style="border: 2px solid orange; width: 180px; height: 60px; margin: 5px;"></div>	<h2>PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO</h2>	Data: ___ / ___ / 2011 Rev: 00
ARSLVT <small>Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.</small>	NOME: _____ Nº PROCESSO: _____	

PII - PARTE B						
						Pág.: 2 de ___
Nº	PROBLEMAS	OBJECTIVOS / METAS	PRAZO	ACTIVIDADES / INTERVENÇÕES	RESP.	CUMPRIMENTO META / AVALIAÇÃO (TA; PA; NA)
3						
4						
5						
6						

<div style="border: 2px solid orange; width: 100%; height: 50px;"></div>	<h2>PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO</h2>	Data: ___ / ___ / 2011 Rev: 00
ARSLVT <small>Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.</small>	NOME: _____ Nº PROCESSO: _____	

PII - PARTE C		Pág.: 6 de ___
PONTOS FORTES:	OBSERVAÇÕES:	EQUIPA:

ELEMENTOS PARTICIPANTES		
NOME	FUNÇÃO	RUBRICA

APÊNDICE IX - Ação de Formação – “Rede Nacional de Cuidados Continuados”

“Rede Nacional de Cuidados Continuados”



Autor: **Célia Pereira** – AEMER

Orientação: **Fátima Baião** – EER

Dezembro 2011

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCCI

- Para dar resposta:
 - às carências de cuidados que surgem devido ao aumento da prevalência da doença crónica e incapacidade das pessoas,
 - aumento de idosos com dependência funcional e pessoas em estado de doença avançada e fase final de vida.
- Surge um modelo de intervenção integrado e articulado, englobando a saúde e a segurança social com uma filosofia preventiva, recuperadora e paliativa;
- encontra-se num nível intermédio entre os cuidados comunitários e os hospitalares.

Objectivo

RNCCI

- *“(...) a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.”*

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (DL nº 101/2006 de 6 de Junho, art. 4º, p.3858)

Finalidade

RNCCI

- ajustar respostas sociais e de saúde aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência
- centrada na recuperação global da pessoa e visa a prestação dos cuidados nos utentes, nas famílias e nos cuidadores informais
- prevenindo, reduzindo e adiando a incapacidade dos indivíduos com dependência
- apostando na promoção da educação em saúde com envolvimento da família / cuidador.

Três princípios

fundamentais

RNCCI

do

- Reabilitação

Cidadão

- Readaptação

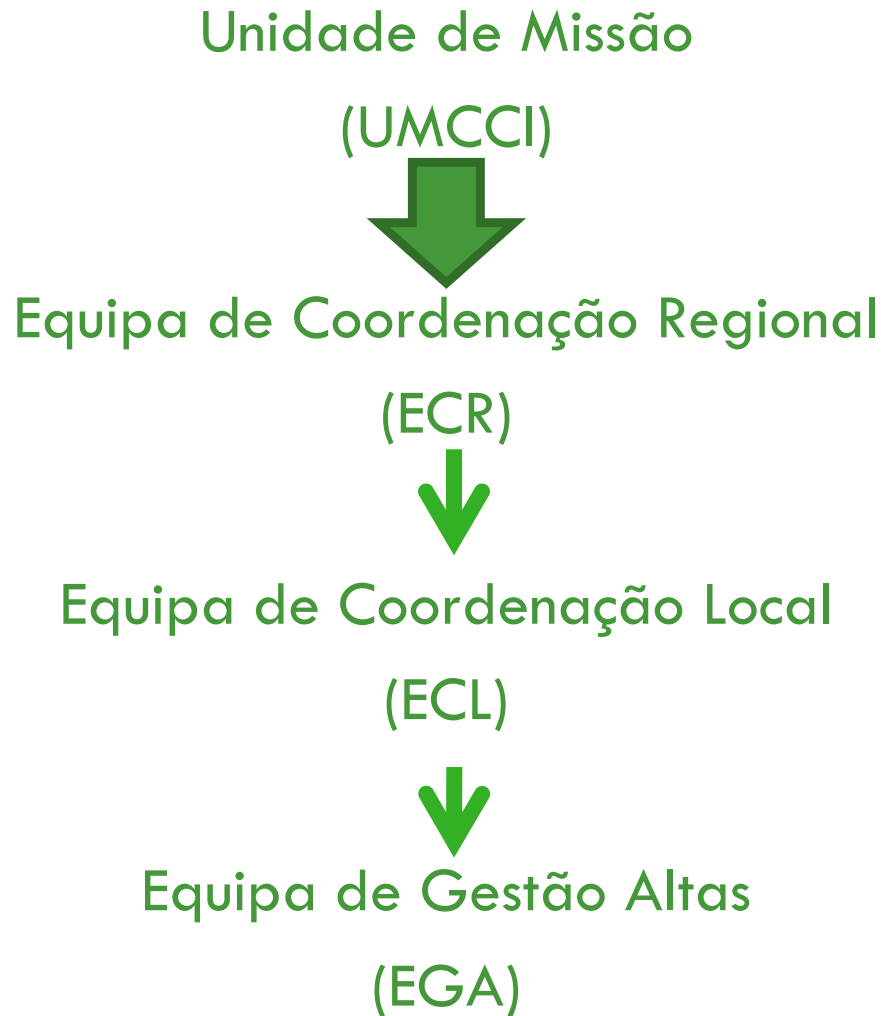
Comunidade

- Reinserção

- Complementaridade dos diferentes recursos de prestação de cuidados de saúde e apoio social

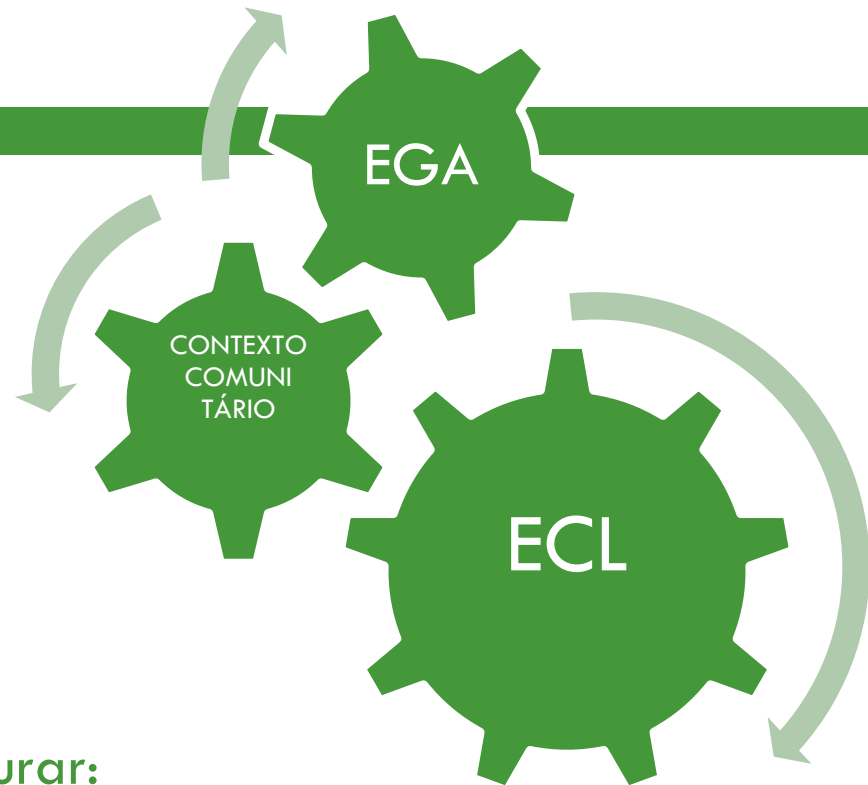
Dinâmica

RNCCI



Referenciação

RNCCI

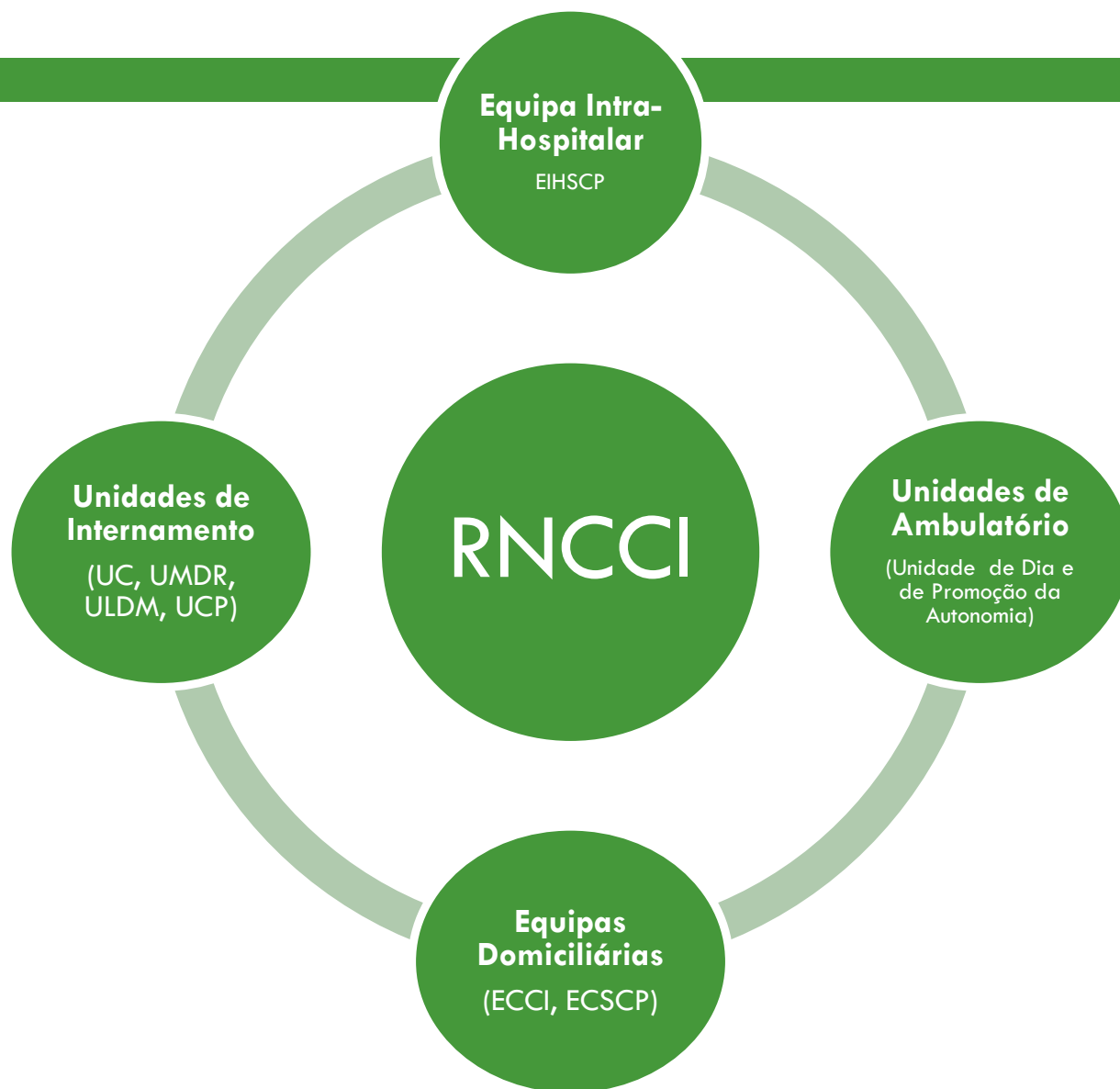


Assegurar:

- o acompanhamento e avaliação da rede a nível local
- a articulação e coordenação dos recursos e actividades no seu âmbito de referência

Respostas

RNCCI





Unidades de Convalescença

UCCI

30 dias internamento

Passível de melhoria

□ Finalidade

- “(...) a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos.”

(UMCCI, 2010, in Manual do Prestador-Recomendações para a melhoria continua)

Unidades de Média

Duração e Reabilitação

UMCCI

90 dias de internamento

□ Finalidade

- “(...) visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias.”

(UMCCI, 2010, in Manual do Prestador-Recomendações para a melhoria continua)

Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMCCI

Sem data definida
de internamento

180 dias?

- Finalidade
- “(...) proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio.”

Unidades de Cuidados Paliativos

UCCI

□ Finalidade

Sem data definida

de internamento

Óbito na Unidade?

- “(...) tal como são definidas no âmbito da RNCCI, destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

(UMCCI, 2010, in Manual do Prestador-Recomendações para a melhoria continua)

Critérios para referenciação

□ Pessoas, que independentemente da idade se encontrem nas seguintes situações:

- de dependência, com incapacidade para desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricas – ex. desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais;
- episódios frequentes de reagudização – ex. doença pulmonar obstrutiva crónica, doença neurodegenerativa, insuficiência cardíaca, diabetes, hepatopatia;
- doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca um grande impacto emocional ao doente e família;

Critérios para referenciação

□ Pessoas, que independentemente da idade se encontrem nas seguintes situações:

- Pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos;
- Necessidade de ensino de procedimentos aos cuidadores, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio.

Critérios para referenciação

□ Unidades de convalescença:

- Doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- Reabilitação intensiva;
- Alimentação por sonda nasogástrica;
- Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
- Manutenção e tratamento de estomas;
- Terapêutica parentérica;
- Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia, aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- Doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;
- Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;
- Doente crónico com risco iminente de descompensação; Unidade de Missão para os
- Doente com indicação para programa de reabilitação física com duração previsível igual ou menor a 30 dias;
- Doente com síndrome de imobilização

Critérios para referenciação

□ Unidades de média duração:

- Doente com necessidade de cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes;
- Reabilitação intensiva;
- Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- Prevenção ou tratamento de úlceras;
- Manutenção e tratamento de estomas;
- Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção;
- Doente com indicação para programa de reabilitação física com duração previsível até 90 dias;
- Doente com síndrome de imobilização.

Critérios para referenciação

□ Unidades de longa duração:

- Doente com necessidade de cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- Doente que, por patologia aguda e/ou crónica estabilizada, necessite de cuidados de saúde e apresente défice de autonomia nas atividades da vida diária, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias;
- Doente com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva;
- Doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo;
- Doente com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/ problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;
- Doentes com dificuldades de apoio familiar ou cujo principal cuidador tem necessidade de descanso, não podendo a duração do(s) respetivo(s) internamento(s) ser de duração superior a 90 dias, com o limite anual de 90 dias.

Critérios para referenciação

□ Unidades de paliativos:

- situação de dependência em que o doente seja portador de doença grave e/ou avançada, ou se encontre em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia de base.

(UMCCI, 2010, in Manual do Prestador-Recomendações para a melhoria continua)

Critérios de exclusão para internamento nas Unidades da RNCCI

- Doente com episódio de doença em fase aguda;
- Pessoa que necessite exclusivamente de apoio social;
- Doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico;
- Doente infetado, cujo regime terapêutico inclua medicamentos de uso exclusivo hospitalar.

(UMCCI, 2010, in Manual do Prestador-Recomendações para a melhoria continua)

Instrumentos

RNCCI

PII

Plano Individual de Intervenção

PII é o “(...) conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais”

(DL n° 101/2006 de 6 de Junho, art. 3º, p.3857)

Esta avaliação irá contribuir para as metas delineadas no PII, um plano elaborado com a participação e responsabilização de toda a equipa, utente e família e/ou cuidador informal.

Instrumentos

RNCCI

PII

Plano Individual de Intervenção

Fotografia dinâmica dos problemas e necessidades do Utente e dos Objectivos que se espera que possa vir a alcançar, associados à determinação das intervenções dos profissionais membros da equipa da Unidade, com a indicação das metas e do tempo em que se espera que os Objectivos possam ser alcançados.

Instrumentos

RNCCI

PII

Plano Individual de Intervenção

VANTAGENS

- Maior eficácia da intervenção junto do Utente dada a sua adequação ao individuo
- Aumento da eficácia da comunicação entre a Equipa
- Aumenta o envolvimento do Utente e Cuidadores nas intervenções
- Permite avaliar o seguimento e evolução do Utente
- Permite focar todos os membros da Equipa interdisciplinar no mesmo problema

O FUTURO

RNCCI

- Em 2050, Portugal:
 - > % de idosos e < % de população activa; percentagem de idosos duplica de 16,9% para 31,9% da população
(INE censos de 2001)
 - aumento do número de pessoas que vivem sozinhas com algum tipo de dependência,
 - o aumento das doenças crónicas
 - a mudança do perfil das famílias

**É neste contexto que se inserem os desafios da RNCCI,
procurando ... qualidade.**

□ Unidade LNostrum





RECEÇÃO



JARDIM INTERIOR







SALA GIRASSOL



RESTAURANTE



INSTALAÇÕES





GINÁSIO

PISCINA



AUDITÓRIO





Obrigado pela atenção!

APÊNDICE X - Seminário “Cuidados Continuados e continuidade dos cuidados”

MESA REDONDA

**“CUIDADOS CONTINUADOS E CONTINUIDADE DE CUIDADOS NUMA
PERSPECTIVA DE REABILITAÇÃO”**

Sexta-feira, 11 de Novembro de 2011

Das 16 às 20 horas

Auditório do Pólo Artur Ravara

MEMBROS DA MESA:

***Maria de Fátima Canoa Nunes
Baião***

ACES C
Cent
Cuidados Continuados

Célia Maria Dias Sardinha Pereira

*Unidade Cuidados Continuados
Integrados L.Nostrum SA*

Fernanda Maria Monteiro Bessa

H
Equipe Gestão Altas

Esta mesa Redonda integra-se no Bloco Temático FUNDAMENTOS DE REABILITAÇÃO que integra a UC **“Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família”** e que tem como finalidade “Que os Estudantes compreendam a importância do papel do Enfermeiro na defesa de uma cultura de Direitos para todos os Cidadãos portadores de deficiência e/ ou Incapacidade”

APENDICE XI - Guia de orientação para profissionais do “Programa de Alta ao utente com AVC”



PLANEAMENTO DA ALTA À PESSOA COM AVC

Guia de orientação para profissionais

UPABE

Objectivo:

- Guiar os profissionais nas áreas e intervenções de ensino, permitindo desta forma o desenvolvimento de um planeamento estruturado da alta à pessoa com AVC.

OBJECTIVOS A pessoa com AVC/cuidador informal deve:	CONTEÚDOS O Profissional deve abordar:
CONTROLO DE FACTORES DE RISCO	
<ul style="list-style-type: none">- Conhecer os factores de risco e as formas de os controlar;- Referir os alimentos a evitar e a medicação a tomar;- Identificar valores standart de referência para Tensão Arterial, Colesterol e glicemia.	<p>HTA:</p> <ul style="list-style-type: none">- Toma da medicação anti-hipertensora de acordo com o prescrito pelo médico;- Redução do consumo de sal; incentivo do consumo de carnes brancas, peixe, frutas e vegetais. <p>DM:</p> <ul style="list-style-type: none">- Toma da medicação/insulina tal como prescrito;- Realização de refeições regulares, de 2 em 2 horas;- Monitorização dos valores de glicemia regularmente. <p>DISLIPIDÉMIA:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aconselhamento de dieta pobre em gorduras e o uso preferencial de azeite;- Evitar margarinas e banhas, gema de ovo, bolos e chocolates.- Preferir peixe, frutas e saladas; cozidos, grelhados e assados.- Toma da medicação de acordo com o prescrito pelo médico. <p>OBESIDADE/SEDENTARISMO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Incentivo ao exercício físico regular (caminhadas);- Reforço de que a perda de peso reduz o risco de AVC.
REABILITAÇÃO MOTORA	
<ul style="list-style-type: none">- Efectuar correctamente o levante e a transferência da cama para cadeira e vice-versa;- Posicionar e mobilizar o utente correctamente;- Referir os produtos de apoio.- Conhecer as limitações sensorio-motoras;- Reconhecer e prevenir Úlceras por pressão;- Saber como prevenir Acidentes/ Quedas.	<ul style="list-style-type: none">- Demonstração dos cuidados específicos à pessoa com hemiplégia para prevenir o padrão espástico;- Informar que a pessoa com AVC não pode permanecer mais de 2-3 horas na mesma posição;- Utilização de almofadas na técnica de posicionamentos no leito e no levante/sentar em cadeira de rodas;- Explicar a necessidade da prevenção das úlceras de pressão (aquisição e utilização de material de alívio de pressão);- Exercícios de mobilização e de auto-mobilização para evitar a rigidez articular;- Como utilizar as ajudas técnicas: calças/cinto; cadeira de rodas; andarilho.- Importância dos meios de prevenção de acidentes e quedas (restrições motoras, grades, cama junto à parede).
REABILITAÇÃO DA FALA/LINGUAGEM	
<ul style="list-style-type: none">- Reconhecer as alterações da comunicação;- Conseguir comunicar eficazmente;- Utilizar diferentes meios ou técnicas para comunicar.	<ul style="list-style-type: none">- A pessoa com AVC pode ter dificuldade em exprimir os seus pensamentos e em compreender os outros;- A pessoa com AVC pode não conseguir falar, compreender tudo o que lhe é dito, ler, escrever e por isso, pode apresentar-se ansiosa, frustrada e com períodos de labilidade emocional;- É importante manter um ambiente calmo, mostrar disponibilidade e tempo para o ouvir, incentivar o uso de diversos recursos comunicativos (expressão facial, gestos icónicos, apontar);- Transmitir as informações com frases simples e claras e efectuar perguntas de resposta sim/não; se necessário mostrar fotografias ou imagens; ou pedir à pessoa com AVC para apontar, fazer gestos ou desenhar a mensagem;

CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO

<ul style="list-style-type: none">- Ser capaz de prestar os cuidados de higiene na cama e no WC;- Identificar e utilizar correctamente os produtos de apoio necessários;- Vestir e despir roupa correctamente e calçar sapatos.	<ul style="list-style-type: none">- Referir que o banho pode ser feito na banheira, no duche ou na cama;- Referir o material necessário ao banho e explicar a necessidade de o reunir antes de iniciar a actividade;- A focar:<ul style="list-style-type: none">• Promoção da independência da pessoa com AVC, não a substituir nas actividades que ele consegue fazer;• Cuidados a ter com o lado mais afectado pela diminuição da sensibilidade;• A higiene da boca deve ser diária;• Vestir primeiro o hemicorpo mais afectado (plégico/parético) e depois o hemicorpo menos afectado. Despir primeiro o hemicorpo menos afectado e depois o hemicorpo afectado;• A roupa deve ser larga e com elasticidade. As calças devem ter elástico;• Os sapatos devem ter o tamanho adequado e terem fechos de velcro ou elásticos laterais;• Colocar as ajudas técnicas (barras de apoio no chuveiro e na sanita; assento aplicado nos bordos da banheira; cadeira sanitária);• Informar como adquirir e utilizar as ajudas técnicas.
---	---

NECESSIDADES NUTRICIONAIS E ALIMENTAÇÃO

<ul style="list-style-type: none">- Identificar os cuidados a ter no doente com disfagia;- Efectuar capazmente a hidratação, alimentação oral/entérica;- Conhecer os cuidados a ter com utente com SNG/PEG.	<ul style="list-style-type: none">- Alimentação variada e em pequena quantidade, incluir fruta, vegetais, leite, iogurtes, carne, peixe e ingerir cerca de 1.5- 2l de água dia;- Explicar o que é disfagia e quais os cuidados a ter;- Ensinar a adequar a consistência da alimentação com espessante;- Incentivar sempre o doente a alimentar-se sozinho pela sua mão.- Nas situações de presença de sonda naso-gástrica, verificar primeiro o conteúdo gástrico antes da administração da alimentação, se for <100cc, administrar a alimentação;
---	---

CONTROLO DA ELIMINAÇÃO

<ul style="list-style-type: none">- Fornecer fralda/arrastadeira/urinol;- Referir cuidados a ter com um doente algaliado, com incontinência intestinal e obstipação.	<ul style="list-style-type: none">- Explicar a importância de hábitos intestinais regulares; ingestão de 1.5-2l de líquidos por dia, comer alimentos ricos em fibras, praticar exercício físico e tomar a medicação;- Se a pessoa não gosta de água, incentivar o consumo de chá, sopa e gelatina;- Se tem controlo de esfíncter, oferecer a arrastadeira/ urinol, ou, de preferência, acompanhar ao WC;- Se tem incontinência, explicar a utilização de fralda descartável e dispositivos externos:- Importância da higiene após urinar ou evacuar e utilização de creme de protecção;
---	---

RECURSOS COMUNITÁRIOS/APOIOS SOCIAIS

<ul style="list-style-type: none">- Conhecer os recursos, direitos e deveres.	<ul style="list-style-type: none">- Orientação sobre os recursos da comunidade (respostas públicas e privadas);- Informação/Orientação para apoios de carácter económico;- Informação sobre a aquisição de produtos de apoio;- Articulação e/ou cooperação entre os apoios formais/informais, tendo em vista a prestação dos cuidados necessários ao maior bem-estar e autonomia do utente.
---	--