

REDE NACIONAL DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS

Manual do Prestador

Recomendações para a Melhoria Contínua

Agosto de 2011



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

FICHA TÉCNICA

Proprietário, editor e autor

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI)

Rua Gomes Freire, n.º 5, 2.º Dto
1169-086 Lisboa
Tel: +351213588060/61
Fax: +351213588089
secretariado@umcci.min-saude.pt
<http://www.umcci.min-saude.pt>

Coordenação Geral

UMCCI

Ana Girão
Inês Guerreiro

Coordenação Executiva

Insignis, Lda.

Sandra Feliciano

Equipa Técnica

UMCCI

Alberto Matias
Ana Girão
Cristina Oliveira
Helena Gomes
Inês Guerreiro
Irene Gustavo
Joaquim Abreu Nogueira
Maria João Girão
Maria Marça
Miguel Fausto
Vítor Marques

Instituto de Segurança Social, I.P.

Ana Gomes
Sofia Borges Pereira
Sofia Cunha

Insignis, Lda.,

Graça Salles
Sandra Feliciano
Sofia Campos

Data de Publicação

1.ª Edição: Agosto de 2011

Este Manual foi redigido em conformidade com as disposições do novo acordo ortográfico

ÍNDICE

NOTA DE ABERTURA	5
I INTRODUÇÃO E ADEÇÃO À RNCCI	7
II ORIENTAÇÕES PARA MELHORIA CONTÍNUA	21
A QUESTÕES ADMINISTRATIVAS	21
B ORIENTAÇÕES GERAIS DE ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E HUMANIZAÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	26
C INTERVENÇÕES ORIENTADAS – AS BOAS PRÁTICAS	41
D IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM CUIDADOS CONTINUADOS	65
E PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS NO IDOSO	72
F ORIENTAÇÕES PARA ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS	82
G ÚLCERAS DE PRESSÃO	89
III DOCUMENTOS EXTERNOS	97
A LEGISLAÇÃO	97
B OUTROS DOCUMENTOS	102
IV INDICADORES DE AVALIAÇÃO	105
V INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	137
VI GLOSSÁRIO	147
BIBLIOGRAFIA	151
HISTÓRICO DE REVISÕES	153

Esta página foi propositadamente deixada em branco

NOTA DE ABERTURA

verba volant, scripta manent *

É com as diversificadas experiências dos nossos primeiros quatro anos (concluídos em Novembro de 2010) que nos permitimos concluir, e agora lançar, este “MANUAL DO PRESTADOR – Recomendações para a Melhoria Contínua” da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Manual, livro feito para estar à mão, ou entre elas, as mãos, com a finalidade de ser manuseado e estudado – assim a etimologia da palavra em diferentes línguas o atesta: *handbook*; *manuel*; *manuale*; ...

Começa por ser, necessariamente, coerente com os enquadramentos legais e os *normativos*, *directivas*, cópia dos procedimentos científicos e/ou técnicos que sustentam as práticas, em todas as suas competências e níveis, do dia-a-dia daqueles que trabalham para e na RNCCI e que a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) foi construindo e compilando ao longo deste tempo.

É simultaneamente o modelo definidor, de direitos e deveres, para aqueles que auferem da existência da Rede, os utentes, em qualquer dos seus enquadramentos: cuidados domiciliários, convalescença, reabilitação, manutenção e também paliativos.

Apesar de já estar aferido com as práticas implementadas, desde já também se afirma que o presente *Manual* deverá ser alvo de actualizações, sempre que tal a experiência, os conhecimentos adquiridos e os enquadramentos legais, as venham a exigir.

Uma palavra de estímulo aos que agora, por não terem participado na sua feitura, o vão ter pela primeira vez nas suas mãos: Este *Manual* é orientador para os vossos diversos afazeres enquanto prestadores e/ou parceiros da RNCCI, mas é também uma obra em constante construção, que conta com as vossas sugestões, fruto do vosso trabalho no terreno - com e para os utentes - para evoluir, constituindo-se numa ferramenta de apoio à gestão cada vez mais útil, contextualizada e sempre actualizada.

Com a ajuda de todos aqueles que com *anima* se têm dedicado a este projecto, a nossa gratidão e a disponibilidade para, em conjunto, implementarmos e melhorarmos continuamente esta nossa RNCCI - que em boa hora foi um projecto político abrangente por integrar, simultaneamente, as vertentes da saúde e de apoio social e uma mudança de prioridades dirigida às necessidades dos utentes e famílias, como centro da nossa preocupação – este *Manual* pretende constituir-se como uma referência segura, mesmo nas diferenças entre as zonas geográficas do país e para a diversidade da população que a rede deve servir.

omnia mecum porto **

Inês Guerreiro

Lisboa, Agosto de 2011

* as palavras voam, os escritos permanecem

** quanto tenho, comigo trago

Esta página foi propositadamente deixada em branco

I. INTRODUÇÃO E ADEÇÃO À RNCCI

1. Enquadramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede)

As alterações demográficas, com cada vez maior peso da população idosa, assim como a alteração do tecido social provocada pela ausência do domicílio da mulher, cuidadora tradicional, levaram à necessidade de encontrar respostas para apoio de pessoas em situação de dependência. Reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento ativo, são os desafios no momento, a nível global. Houve, assim, a necessidade de definir uma estratégia para o desenvolvimento progressivo de um conjunto de serviços adequados, nos âmbitos da Saúde e da Segurança Social, que respondessem à crescente necessidade de cuidados destes grupos da população, articulando com os serviços de saúde e sociais já existentes. A parceria estabelecida entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde possibilitou as dinâmicas de criação e fomento de respostas multisetoriais, com o objetivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal, sustentado por diversos stakeholders, como entidades públicas (hospitais, centros de saúde, centros distritais do Instituto da Segurança Social, I.P.) sociais e privadas (da Rede Solidária e da rede lucrativa), tendo o Estado por principal incentivador.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, constitui-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada. Representa um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social.

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. Através do desenvolvimento dos seus paradigmas, a RNCCI estimula a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos cuidados primários de saúde como charneira do SNS, apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país. A RNCCI dirige-se, assim, a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias.

2. Missão e Objetivos da Rede

A RNCCI tem por Missão **prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência**, a qual se concretiza através dos seguintes objetivos:

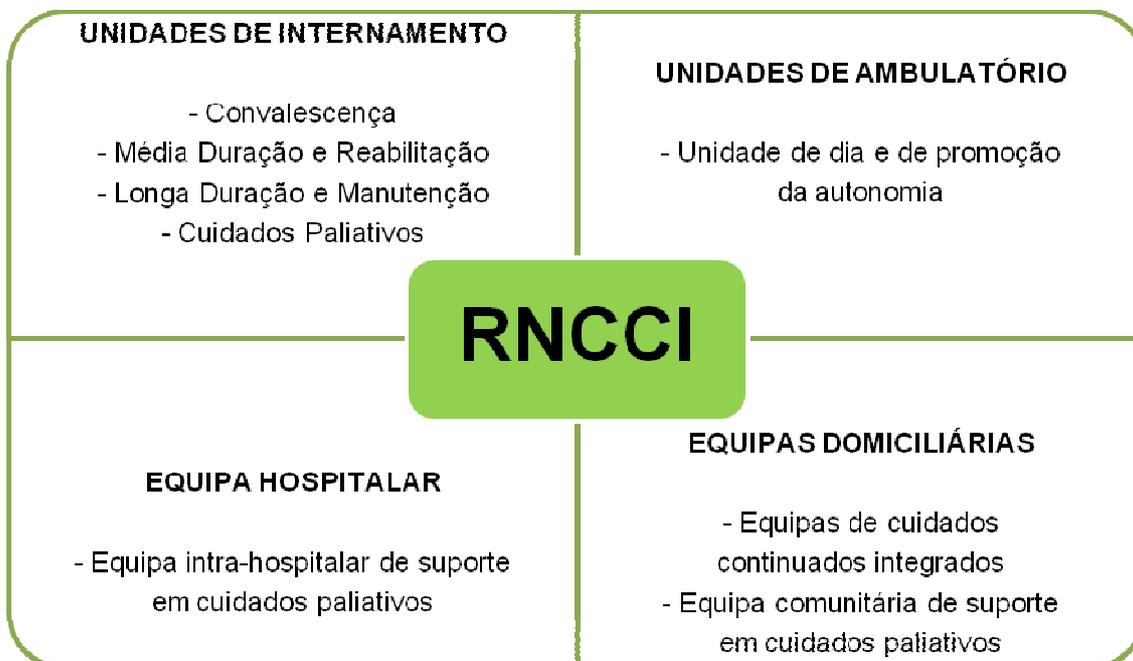
- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação.
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados.
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação.
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.

A Missão da RNCCI vem assim dar resposta ao conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados, e que são:

- Necessidade de diminuir internamentos desnecessários e o recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado;
- Redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos;
- Redução do número de altas hospitalares tardias (i.e. acima da média de internamento definida);
- Aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia;
- Disponibilização de melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica;
- Disponibilização de melhores serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar;
- Flexibilização da organização e do planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde, através da identificação, pormenorizada, das necessidades de cuidados da população, a nível regional;
- Maior eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares.

3. Organização da Rede

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de 4 tipos de resposta, tal como sintetizado no digrama seguinte:



Caracterizando as várias tipologias de cuidados continuados:

Constituem **Unidades de Internamento**, as Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos.

- A **Unidade de Convalescença** tem por 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.
- As **Unidades de Média Duração e Reabilitação** 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.
- As **Unidades de Longa Duração e Manutenção** têm por 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.

- As **Unidades de Cuidados Paliativos**, 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.

Constituem **Equipas Domiciliárias**, as Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados Integrados e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

- As **Equipas de Cuidados Continuados Integrados**, da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), cfr. n.º 4 do art. 11º do DL nº 28/2008 de 22 de fevereiro, direcionam a sua 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. O seu desenvolvimento, para além dos Cuidados de Saúde Primários, contempla também a intervenção da Rede Social, no apoio social domiciliário.
- Esta equipa da RNCCI, deve desejavelmente, incluir um núcleo especializado de profissionais de saúde, com formação específica em cuidados paliativos, de forma a assegurar o apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, não só em contexto domiciliário, mas também às unidades de internamento de Reabilitação e de Manutenção, assumindo-se assim, para além das atribuições descritas, como uma **Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos**.

Constituem **Equipas Hospitalares**, as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas de Gestão de Altas.

- As **Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos**, que como o nome indica estão sedeadas nos hospitais de agudos, têm por finalidade prestar assessoria técnica diferenciada nesta área, transversalmente nos diferentes serviços do hospital. Constituem-se como recurso hospitalar uma vez que integram elementos dos diferentes grupos profissionais, com formação em cuidados paliativos.
- As **Equipas de Gestão de Altas**, são equipas hospitalares multidisciplinares, cuja atividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório.

Constituem **Unidades de Ambulatório**:

- As **Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia**, que se destinam a promover a autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sócio-familiares lhes permitem a permanência no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime de dia.

O modelo de gestão da Rede assenta numa lógica de descentralização e contratualização de serviços. Compete à Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), enquanto estrutura organizadora e reguladora, tendo por compromissos éticos — e linhas condutoras e agregadoras de ação — não só, garantir a sustentabilidade da RNCCI mas também, zelar pelo acesso e benefício de cuidados continuados integrados (CCI) que respondam às necessidades de cada utente e promovam a sua autonomia e qualidade de vida. Esta prestação é operacionalizada a nível regional e local (Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL), respetivamente. Esta estrutura descentralizada visa uma articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes.

A sua constituição intersectorial, assume-se como característica comum nos três níveis de coordenação, incluindo-se, na composição destas equipas, elementos da área da saúde e da segurança social. Os principais intervenientes na coordenação da RNCCI apresentam-se no diagrama seguinte:



À estrutura de missão (UMCCI), compete a condução e lançamento do projeto global de coordenação da RNCCI e contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social, em articulação com as Redes nacionais de Saúde e de Segurança Social.

Para além da co-responsabilidade dos dois setores (Saúde e Segurança Social), destaca-se, ainda, a aposta na descentralização regional das responsabilidades de planeamento, direção e gestão dos recursos da RNCCI.

A nível regional, a coordenação é desenvolvida pelas ECR. Estas são constituídas por representantes da Saúde e dos Centros Distritais da Segurança Social (CDist do ISS, I.P.).

As principais responsabilidades das ECR encontram-se sintetizadas no diagrama seguinte:



A nível local, a coordenação é desenvolvida pelas ECL. Estas são compostas por, pelo menos, dois elementos dos CSP (médico e enfermeiro) e um elemento do setor social, nomeadamente do Centro Distrital do ISS, I.P. respetivo.

As principais responsabilidades das ECL encontram-se sintetizadas no diagrama seguinte:



Quanto ao modelo de financiamento: o diploma que instituiu a UMCCI determina que “compete ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (atual ACSS, IP) assumir todos os encargos orçamentais decorrentes das instalações e do funcionamento da UMCCI, bem como cativar verbas para o financiamento da RNCCI, através das receitas oriundas dos jogos sociais, afetas aos projetos dos cuidados de saúde e às pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência”.

A Rede dispõe de um modelo de financiamento específico, o qual define o financiamento das unidades e equipas, em função das condições de funcionamento das respostas, obedecendo ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, variando, ainda, em função do tipo e da complexidade dos cuidados prestados, podendo incluir participações do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), do Ministério da Saúde (MS) e dos utentes.

Efetivamente, quando estamos perante respostas que integram a componente de apoio social, há repartição dos encargos entre o MTSS e o MS, havendo lugar a uma participação da segurança social nos encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social nas unidades de média e longa duração da RNCCI.

A implementação da RNCCI visa estabelecer parcerias com outros Programas Nacionais e setores da Administração Pública. Na articulação com o setor autárquico pretende-se o desenvolvimento de estratégias a nível local, de forma a fortalecer a prestação de serviços, ao nível dos cuidados continuados integrados. Na parceria com o setor social e privado lucrativo, importa incluir e diversificar parceiros de modo a potenciar a RNCCI, bem como aproveitar e otimizar os recursos existentes.

Tudo isto pressupõe um nível de articulação cujo objetivo é o aproveitamento e otimização dos meios, através da inclusão e diversificação de parceiros capazes de contribuir para o desenvolvimento, expansão e atividade da Rede.

Assim, as entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas da Rede podem revestir a natureza de entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial, Centros de Saúde, instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos, entidades privadas com fins lucrativos.

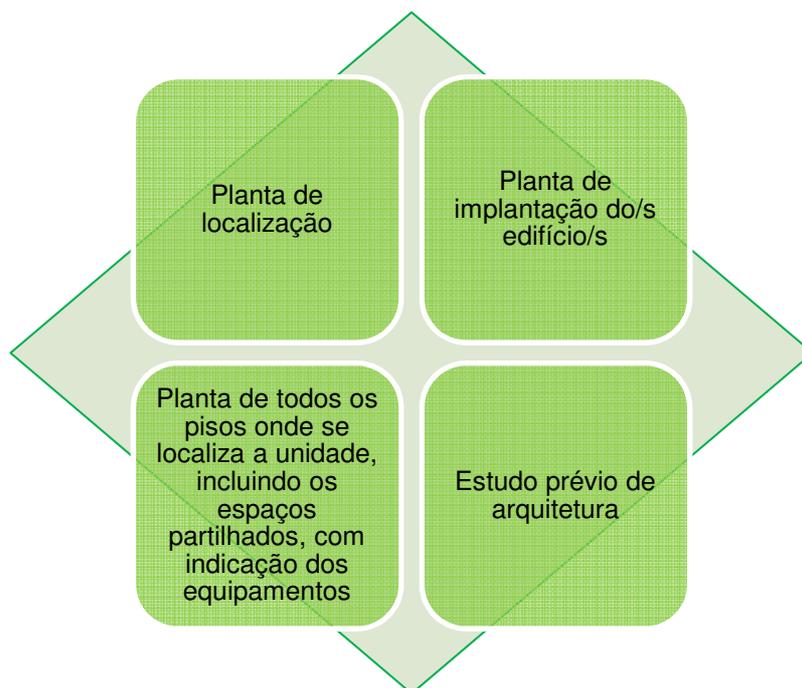
4. Regras de Adesão à Rede

- a) Para formalizar o pedido de adesão à RNCCI, a entidade promotora e gestora deverá fazer chegar à Administração Regional e Saúde, I.P. (ARS) competente (em função da correspondente área de influência), o respetivo formulário de candidatura preenchido e assinado por quem tenha poderes para o ato nos termos legais. Este poderá ser entregue em mão própria, enviado por CTT registado ou enviado por correio eletrónico. O modelo do formulário de candidatura encontra-se disponível* para *download*, no sítio da Internet da Administração Regional de Saúde, I.P. (ARS), do Instituto de Segurança Social, I.P. (ISS) e da Coordenação Nacional da RNCCI).

* o modelo de formulário será disponibilizado aquando da aprovação e publicação de diploma legal que regulamenta esta matéria.

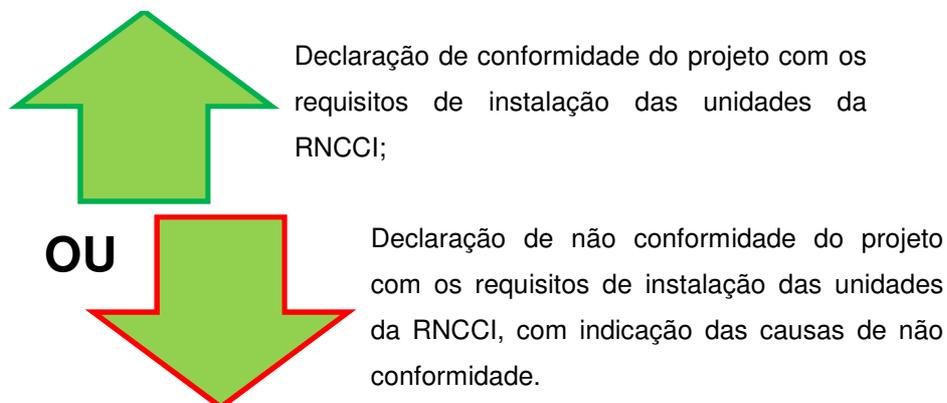
- b) Os critérios de análise da proposta de adesão são:
- i. Cobertura territorial (de acordo com os rácios definidos pela Coordenação Nacional da RNCCI para cada tipologia de RNCCI);
 - ii. Adequação da intervenção.

- c) O pedido de adesão é analisado pela ECR competente e, no prazo máximo de dez dias úteis, a contar da receção do pedido, a mesma entidade emite um parecer, com a articulação dos competentes serviços técnicos da ARS, IP e Centro Distrital do ISS, I.P.
- d) Caso o parecer ao pedido de adesão seja favorável, a entidade promotora e gestora deverá entregar à RNCCI a seguinte documentação:



- e) À exceção do estudo prévio de arquitetura, a apresentação da restante documentação está dispensada no caso de a instituição ser entidade pública com a qual o Ministério da Saúde estabeleça protocolos com o objetivo de criar e/ou reconverter serviços para a prestação de cuidados continuados integrados.
- f) De seguida, a ECR constitui um processo onde constam, pelo menos, a identificação da entidade promotora e gestora, respetivo número de identificação fiscal e número de identificação da segurança social.
- g) Prossegue-se com a verificação do cumprimento das condições de instalação e o acompanhamento do desenvolvimento do projeto técnico de arquitetura, pela ECR, em articulação com os competentes serviços das ARS, I.P. e dos Centros Distritais do ISS, I.P. Após concluído o projeto técnico de arquitetura é exposto à ECR.

- h) A ECR analisa, juntamente com os competentes serviços que também acompanharam o projeto e emite o relatório de apreciação deste, no período de dez dias úteis, no qual constam:



- i) Quando a organizaço no cumpre as condiço de instalaço, a ECR estabelece um perodo, no superior a sessenta dias uteis, para a normalizaço das no conformidades detetadas.
- j) As condiço de instalaço so confirmadas em visita tcnica final, no caso de a construo ser de raiz e/ou ter sido ampliada ou remodelada para tipologias da RNCCI. Neste caso, a entidade promotora e informada para apresentar a ECR, no prazo de trinta dias uteis, a seguinte documentaço:
- i. Comprovativo da segurana contra incndios (que devera ser emitido pela Autoridade Nacional de Proteço Civil que considere ocasionais obras de remodelaço e ou reconverso do edificado);
 - ii. Comprovativo da Entidade Gestora de ligaço a rede predial de abastecimento de aua e de ligaço a rede de drenagem de aua residuais;
 - iii. Autorizaço de utilizaço emitida pela Cmara Municipal competente, com o ambito do uso a que se destina;
 - iv. Termo de responsabilidade, emitido por entidade credenciada, atestando a conformidade da instalaço da Rede de Gases Medicinais e do Sistema de Aspiraço/Vcuo (com as normas e legislaço portuguesas e as normas e diretivas europeias aplicaveis) bem como da certificaço dos materiais usados na instalaço, anexando documento comprovativo da certificaço da entidade instaladora.

5. Regras de Referenciação

- a)** Os utentes são referenciados para a RNCCI pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) do hospital de agudos ou pelas Equipas Referenciadoras dos cuidados de saúde primários (preferencialmente nas 48 horas após o internamento; ou 48 horas antes da data prevista para a alta hospitalar, quando os cuidados continuados integrados serão prestados no domicílio do utente), que realizaram o diagnóstico da situação de dependência, mediante avaliação médica, de enfermagem e social. Esta decisão tem de ser validada pela Equipa Coordenadora Local (ECL) da área de residência do utente, consoante os formulários e processos de registo estabelecidos pela Coordenação Nacional da RNCCI. Exceptuam-se os doentes que estão a ser seguidos por 1 equipa EIHSCP ou ECSCP, podendo ser admitidos directamente por estas na rede. Estas equipas poderão pedir transferência dos seus doentes para outras respostas de cuidados paliativos, sendo colocados pelas ECL sem validação prévia.
- b)** Quando o utente recebe alta hospitalar e vai ser admitido numa unidade ou equipa prestadora da RNCCI, deve fazer-se acompanhar de uma série de documentação, atualizada pela EGA:
- i. Nota de alta médica, com informação da situação clínica e medicação;
 - ii. Notas de enfermagem, com indicação das necessidades em cuidados;
 - iii. Notas do serviço social;
 - iv. Cópia dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou do relatório dos mesmos;
 - v. Anotações sobre o programa de seguimento do doente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento do doente, quando aplicável.
- c)** Quando se referencia um utente para unidade ou equipa prestadora é importante atender à sua proximidade com a da área do domicílio do utente, bem como a sua preferência.
- d)** Os utentes que podem ser admitidos nas unidades e equipas prestadoras da RNCCI são aqueles que, independentemente da idade, se apresentem em alguma das situações seguintes:
- i. Pessoas em situação de dependência, com incapacidade para desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricas, nomeadamente, desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais;

- ii. Pessoas com episódios frequentes de reagudização e que necessitam de ser seguidas e acompanhadas durante períodos de tempo mais ou menos longos, nomeadamente, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença neurodegenerativa, insuficiência cardíaca, diabetes, hepatopatia;
- iii. Pessoas com 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;
- iv. Pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos;
- v. Necessidade de ensino de procedimentos aos cuidadores, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio.

e) Os critérios de referenciação para admissão de qualquer pessoa que se encontre em alguma situação descrita na alínea anterior são:

I. Unidade de convalescença: situação de dependência decorrente de internamento hospitalar, passível de melhoria, que exiba alguma das condições seguintes:

- i. Doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- ii. Reabilitação intensiva;
- iii. Alimentação por sonda nasogástrica;
- iv. Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
- v. Manutenção e tratamento de estomas;
- vi. Terapêutica parentérica;
- vii. Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia, aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- viii. Doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;
- ix. 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;
- x. Doente crónico com risco iminente de descompensação;

- xi. Doente com indicação para programa de reabilitação física com duração previsível igual ou menor a 30 dias;
- xii. Doente com síndrome de imobilização.

II. Unidade de média duração e reabilitação: situação de dependência que, decorrente de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica, ostente alguma das seguintes condições:

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

III. Unidade de longa duração e manutenção: situação de dependência que apresente alguma das seguintes condições:

- i. Doente com necessidade de cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- ii. 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;
- iii. Doente com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva;
- iv. Doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo;
- v. Doente com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/ problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;

- vi. 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.

IV. **Unidade de cuidados 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.

V. **Unidade de ambulatório:** situação em que o doente solicite cuidados continuados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime de ambulatório e não estejam reunidas condições para ser cuidado em contexto domiciliário.

VI. **Equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados:** situação de dependência em que estejam reunidas condições para a prestação domiciliária dos cuidados continuados integrados de que necessitam o doente e a sua família.

f) Os critérios para de exclusão em unidades e equipas prestadoras são os seguintes:

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

II. ORIENTAÇÕES PARA MELHORIA CONTÍNUA

A. PROCEDIMENTOS na RNCCI

1. Fluxos de admissão, continuidade da prestação de cuidados, mobilidade e alta

a) Admissão

Antes da admissão de utentes nas unidades e equipas prestadoras, é necessário haver uma proposta de referenciação da EGA e ou da Equipa Referenciadora dos cuidados de saúde primários e um prévio consentimento informado por parte do utente. Nas unidades de internamento de média duração e reabilitação, nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de ambulatório, é ainda necessária a assinatura do termo de aceitação das situações de comparticipação do utente e da tomada de conhecimento da necessidade da celebração de contrato de prestação de serviços (particularmente do pagamento de caução, no ato da admissão e respetivo valor, conforme legislação aplicável).

Após o procedimento anterior, é da responsabilidade da ECL determinar a admissão do utente em unidade ou equipa prestadora da RNCCI, tendo a unidade ou equipa de efetivar essa admissão no período de 48 horas.

Nas unidades de internamento de média duração e reabilitação, nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de ambulatório, celebra-se, nesta etapa, o contrato de prestação de serviços, entre as entidades promotoras e gestoras e o utente ou seu representante.

A ECL assegura a atualização das informações relativas ao utente que constam no processo de referenciação.

b) Continuidade da prestação de cuidados

Para garantir a continuidade da prestação de cuidados adequada a cada utente internado, o plano terapêutico estabelecido deve ser reavaliado quinzenal ou mensalmente, conforme a tipologia da unidade.

Na tipologia unidade de ambulatório, a continuidade da prestação aos utentes deverá ser proposta à ECL, após a reavaliação do plano terapêutico.

Quando os utentes internados em unidades da RNCCI necessitem de cuidados em hospital de agudos, num período superior a 24 horas, pode haver reserva de lugar (por um período nunca superior a 8 dias), contando este tempo para a determinação da taxa de ocupação da unidade.

c) Procedimentos de mobilidade e alta

Quando os objetivos do plano terapêutico são atingidos, ou é considerada adequada uma mudança de tipologia, a unidade ou equipa prestadora deve elaborar proposta fundamentada à ECL, para apreciação e autorização da mobilidade ou alta do utente.

A mobilidade do utente deve atender ao critério de proximidade ao domicílio deste, sendo prioritária em relação aos utentes em lista de espera na RNCCI. Caso não haja simultaneidade entre o domicílio do utente e a área geográfica da unidade ou equipa, é da responsabilidade da ECL da área da unidade, articular-se com a competente ECR, de modo a cumprir o critério de proximidade.

Se os utentes internados em unidade, agudizarem e necessitarem de cuidados em hospital de agudos, por período de tempo superior ao definido para a reserva de lugar (8 dias), beneficiarão de prioridade na readmissão na RNCCI.

A preparação da alta deve ter início antecipadamente, de forma a permitir encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados, conjeturando a necessária articulação entre a unidade, a competente ECL e ou a ECL da área do domicílio do utente.

2. Regulamento Interno

As unidades de Cuidados Continuado Integrados deverão dispor de um regulamento interno de funcionamento, contendo, forçosamente, os seguintes elementos:

- a) Missão, visão, valores e objetivos;
- b) Organograma;
- c) Identificação da direção técnica, direção clínica e mapa de pessoal, no qual seja indicado o número de profissionais por categoria, bem como o correspondente número de horas a afetar à unidade;
- d) Direitos e deveres dos utentes e seus familiares ou cuidadores informais;
- e) Serviços e cuidados disponíveis;
- f) Condições de prestação de caução nas unidades de média duração e reabilitação, nas unidades de longa duração e manutenção e na unidade de ambulatório;
- g) Modalidades de pagamento dos encargos decorrentes dos cuidados de apoio social;
- h) Condições do depósito de bens;
- i) Condições de admissão, mobilidade, alta e reserva de lugar;

- j) Horários de funcionamento;
- k) Horário das refeições;
- l) Gestão de reclamações;
- m) Demais regras de funcionamento.

Este regulamento, depois de aprovado pela entidade promotora e gestora da unidade que o aprova, deverá ser submetido à apreciação da Equipa Coordenadora Regional (ECR), a qual preferirá parecer vinculativo e devidamente fundamentado, no período máximo de 10 dias úteis, a contar da data da receção do mesmo.

3. Processo Individual do Utente

As unidades e equipas prestadoras devem constituir o processo individual, que é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável, e que deverá abranger:

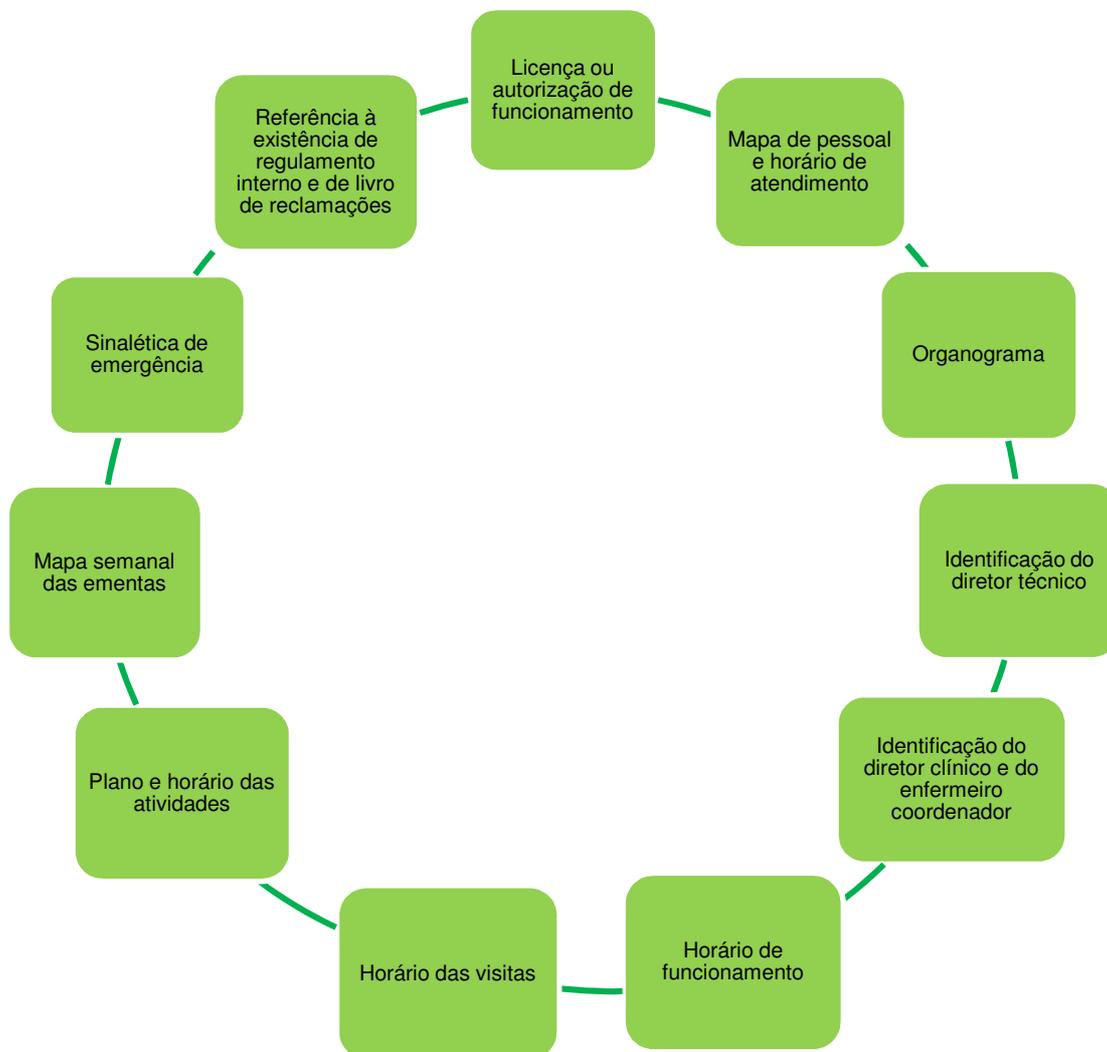
- a) Identificação do utente;
- b) Data de admissão;
- c) Identificação e contacto do médico assistente da unidade ou do ambulatório;
- d) Identificação e contacto do Gestor de Caso da unidade ou da equipa prestadora;
- e) Identificação e contactos dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;
- f) Cópia do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação, quando aplicável;
- g) Contrato de Prestação de Serviços, conforme modelo aprovado pelas entidades competentes, quando aplicável;
- h) Plano individual de intervenção;
- i) Registos diários relativos à evolução do estado de saúde do utente;
- j) Nota de alta;
- k) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados, ou relatórios dos mesmos.

Este documento deve ser constantemente atualizado, sendo que os registos de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de serviços e cuidados, devem ser datados, com a indicação da hora em que foram realizados, e assinados, de forma legível, pelo seu autor.

As unidades e equipas prestadoras devem assegurar o arquivo do processo individual do utente, conforme a legislação vigente.

4. Informação ao Utente

As unidades da RNCCI devem ter sempre disponível e em local bem visível e de fácil acesso, a seguinte informação:



As unidades devem ser identificadas mediante afixação de placa identificativa com logótipo da RNCCI e respetiva tipologia, em conformidade com as regras definidas pela Coordenação Nacional da RNCCI.

5. Recursos Humanos

Orientações, para as diversas unidades da RNCCI, considerando a lotação de 30 camas/lugares, a seguinte estrutura de recursos humanos:

Perfil Profissional	Horas semanais ^{a)}				Frequência
	Unidade de Convalescença	Unidade de Média Duração e Reabilitação	Unidade de Longa Duração e Manutenção	Unidade de Cuidados Paliativos ^{b)}	
Médico (inclui Médico Fisiatra)	40	30	20	20	Presença diária ^{c)}
Psicólogo	20	20	20	10	Presença ao longo da semana
Enfermeiro (inclui Coordenador e Enfermeiro de Reabilitação)	480	360	240	320	Presença permanente
Fisioterapeuta	80	80	20	10	Presença diária
Assistente Social	40	40	40	10	Presença ao longo da semana
Terapeuta da Fala	8	8	0	0	Presença ao longo da semana
Animador Sócio-Cultural	20	20	40	0	Presença ao longo da semana
Nutricionista	5	5	4	4	Presença ao longo da semana
Terapeuta Ocupacional	40	40	20	0	Presença ao longo da semana
Pessoal Auxiliar	560	480	320	320	Presença permanente

Perfil Profissional	Horas semanais ^{a)}	Frequência
	Unidade de Dia e Promoção de Autonomia ^{d)}	
Médico (inclui Médico Fisiatra)	8	Presença dias úteis
Psicólogo	20	Presença dias úteis
Enfermeiro	20	Presença dias úteis
Fisioterapeuta	20	Presença dias úteis
Assistente Social	20	Presença dias úteis
Animador Sócio-Cultural	40	Presença dias úteis
Terapeuta Ocupacional	20	Presença dias úteis
Pessoal Auxiliar	120 ^{e)}	Presença dias úteis

LEGENDA:

a) As horas semanais correspondem ao mínimo recomendado de horas contratadas por grupo profissional, sendo possível a flexibilidade das equipas, no caso de existir mais do que uma tipologia na mesma instalação.

b) Considerada a lotação de 15 camas. Excluída a necessidade de ter Fisiatra e Enfermeiro de Reabilitação.

c) Na Unidade de Longa Duração e Manutenção, deve considerar-se a presença de Médico ao longo da semana.

d) Dotação a reajustar em função da especificidade da Unidade.

e) Inclui 20 horas semanais de Motorista.

B. ORIENTAÇÕES GERAIS DE ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E HUMANIZAÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

1. ENQUADRAMENTO GERAL DOS CUIDADOS

A Prestação de Cuidados na RNCCI significa fornecer os melhores cuidados possíveis disponíveis a um indivíduo e ou família/cuidador com uma necessidade, num contexto específico.

Na prestação de cuidados deve aplicar-se a melhor evidência disponível, associada à perícia profissional, sendo esta um contínuo de múltiplas dimensões – resultados obtidos, atributos pessoais (como capacidades técnicas, de pensamento crítico, de comunicação e de relação interpessoal) e conhecimentos, bem como proficiência cognitiva e valores do indivíduo.

A identificação das expectativas e objetivos do indivíduo e da família/cuidadores informais são partes importantes na qualidade dos cuidados prestados.

A Saúde e o bem-estar, são assim influenciados pelas oportunidades do indivíduo se envolver satisfatoriamente em atividades e participar em situações de vida, no dia a dia.

Perda ou limitação na capacidade de se envolver em atividades resultam numa restrição na participação e promovem maior dependência e diminuição da perceção de qualidade de vida. Devem ser dadas oportunidades para o envolvimento do indivíduo em situações de vida diária e facilitado o desempenho nas atividades que são, para si, importantes.

Devem ser implementados procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais e/ou cognitivas que conduzam a maior autonomia possível

A atuação multidisciplinar, em equipa, é indispensável.

Em suma, os cuidados prestados na RNCCI devem ser:

- **Equitativos** – a equidade de acesso e prestação de cuidados devem ser garantida a todas as pessoas em situação de dependência;
- **Responsáveis e pró-ativos** – terem a capacidade de prevenir, retardar e ou compensar o aumento de dependência, através da identificação das situações de risco e com adequação no tempo e na intensidade da intervenção;
- **Personalizados** – os cuidados devem ser adaptados à condição funcional associada à patologia subjacente à dependência, e tendo em conta os contextos pessoais, familiares, ambientais e residenciais, ajustando-se às necessidades individuais;

- **Dinâmicos** - os cuidados e apoio social devem ser ajustados de forma dinâmica e interativa em função das necessidades e expectativas em cada momento da evolução do doente, num contínuo reajuste de recursos e intervenções;
- **Eficientes** – os cuidados de saúde e apoio assistenciais devem assentar no planeamento de objetivos e produzir resultados positivos mensuráveis numa perspetiva de rentabilização de meios e acessibilidade universal;
- **Baseado na evidência** – deve haver lugar à divulgação dos avanços na investigação internacional e nacional no que diz respeito a estratégias de intervenção social, protocolos terapêuticos a dinâmicas de organização de cuidados de saúde e de apoio social de modo a promover entre todos os profissionais a adoção de melhores práticas.

2. A PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS

O âmbito de intervenção na RNCCI fundamenta-se no princípio dos **3 R's** – **Reabilitação, Readaptação, Reinserção**.

Para o seu cumprimento deve proceder-se:

- i. Avaliação multidisciplinar do utente (inicial, contínua e final com a revisão do plano de cuidados);
- ii. Promoção integrada de autonomia através de:
 - Plano individual de cuidados;
 - Capacitação do Cuidador informal;
- iii. Acompanhamento e avaliação contínua e revisão do plano de cuidados.

Na RNCCI o doente deve ser sempre o **centro** dos serviços prestados. Para que tal se verifique, é necessária uma nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social, baseada numa planificação de objetivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazos), constantes de **Plano Individual de Intervenção**.

Esta abordagem implica:

- Envolvimento do doente, familiares/cuidadores informais na elaboração do seu Plano Individual de Intervenção no respeito pelas suas capacidades, necessidades e preferências;
- Respostas organizadas e flexíveis de acordo com as necessidades e preferências dos utentes;

- O reconhecimento de que os profissionais de saúde e de ação social são parte de um mesmo sistema em que os objetivos e recursos são partilhados.

Particularmente em situações de doença crónica, deve tornar-se perceptível para o doente que apesar da situação de doença é possível continuar a envolver-se em situações de vida no dia a dia e desempenhar as suas atividades, ainda que de uma forma adaptada.

Para garantir a melhor qualidade de vida possível, é necessária a compreensão das necessidades, potencialidades, recursos e limitações existentes de modo a permitir a disponibilização dos suportes que possam promover a autonomia.

Para tal o primeiro passo é avaliar a dependência e necessidades do utente, considerando:

- A gravidade, natureza e estabilidade da patologia subjacente;
- O impacto a curto, médio e longo prazo da dependência presente na capacidade para o desempenho nas atividades que para si são importantes;
- A compreensão que o doente tem da sua situação clínica;
- As expectativas que o doente tem em relação aos resultados dos tratamentos ministrados;
- As crenças e expectativas dos profissionais ao prestarem cuidados.

Em suma, a avaliação multidisciplinar centrada no utente e visando a personalização dos cuidados, deve considerar, entre outras, as seguintes dimensões:

- Capacidade de Atividade/Restrição;
- Capacidade de Participação/Restrição;
- Perspetivas do indivíduo;
- Fatores contributivos da capacidade de atividade e participação.

As perspetivas do indivíduo (atitude, crenças, emoções, hábitos e história de vida, nível de motivação e expectativas) podem constituir obstáculos à sua recuperação, ocupação/atividade e participação.

Os antecedentes de saúde e restrições à atividade e participação também podem comprometer os resultados. Quando o utente se encontra motivado positivamente para a abordagem de cuidados, a adesão aos planos é maior com os consequentes ganhos em saúde.

Se em qualquer indivíduo com necessidades de reabilitação, os condicionantes são multifatoriais (ambientais, psicossociais, culturais e físicos), no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados, estes podem atingir maior complexidade, com reflexos na avaliação de necessidades e de intervenção.

A maior prevalência de alterações da cognição, limitações sensoriais e comorbilidades condicionam o contexto, criando a necessidade de profissionais com conhecimentos e competências especializadas.

A **manutenção da mobilidade funcional** é um dos principais objetivos dos cuidados a prestar nos serviços da RNCCI.

2.1 Orientações gerais

Deve-se, entre outras:

- Identificar as necessidades do utente e as suas limitações;
- Ter uma atenção particular com os utentes portadores de limitações, nomeadamente: visão, audição, orientação auto e alo-psíquica e coordenação de movimentos;
- Integrar, sempre que possível, os cuidadores informais na elaboração, execução e avaliação do plano de cuidados;
- Promover a participação e autocuidado do utente em todo o processo do seu cuidar;
- Promover independência funcional;
- Estabelecer ou restaurar perícias ou capacidades, ainda não desenvolvidas ou limitadas;
- Promover capacitação possível de todos os indivíduos, independentemente das suas características;
- Promover estratégias de vida ativa, na vertente física, cognitiva, psicossocial, sensorial;
- Promover o uso racional do medicamento;
- Avaliar o estado nutricional, a integridade cutânea, a cognição, o humor;
- Avaliar fatores que afetam atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como: fatores individuais, hábitos, rotinas, papel, padrões comportamento; contextos culturais, físicos, ambientais, sociais e espirituais; capacidades motoras, comunicação/interação;
- Reavaliar em processo contínuo, a mobilidade e função;
- Facilitar a utilização, quando necessário, de próteses, ortoses e outras ajudas técnicas necessárias à promoção de autonomia;
- Compensar, modificar ou adaptar atividades e/ou ambientes, com o objetivo de melhorar o desempenho e facilitar a participação nas situações de vida do dia-a-dia;
- Implementar medidas de segurança para a transferência da cama para outros locais e mobilidade na própria cama;
- Avaliar e intervir no estado de continência, para a reabilitação da continência urinária e fecal;

- Avaliar a necessidade de assentos especiais e estratégias de prevenção de lesões de pressão;
- Promover vestuário adequado para encorajar independência e promover conforto e higiene pessoal;
- Promover a participação ativa de todos os profissionais em reuniões de discussão de casos;
- Promover comunicação com familiares e doente, no contexto da equipa;
- Permitir horário de visitas, o mais flexível possível, sobretudo para os familiares, atendendo aos desejos do utente, disponibilidades da família e amigos e situação clínica;
- Promover formação/educação dos profissionais que diariamente acompanham o utente, utente e família;
- Articular com a entidade promotora do voluntariado, a integração dos voluntários na unidade e papel a desempenhar;
- Implementar e monitorizar programas de prevenção de quedas e redução de lesões;
- Proceder à preparação da alta do doente ou da sua transição para outra unidade, de acordo com os protocolos existentes;
- Preparar a família para a alta do doente, se for esse o caso e proceder à sua informação e formação para que possa ser um prestador informal de cuidados.

A **humanização** é central num processo de prestação de cuidados, e neste contexto deve-se, entre outras:

- Respeitar a forma como o utente quer ser tratado – nome de batismo, apelido com ou sem título profissional ou outro;
- Respeitar a intimidade, privacidade e confidencialidade do utente, em todos os atos de prestação de cuidados;
- Informar o utente, na medida do possível e de acordo com a equipa, quanto à sua situação e respetivo prognóstico;
- Fazer o inventário de todos os bens do utente, quando da sua entrada na Unidade de RNCCI e arquivar uma cópia da lista de bens;
- Assegurar-se do consentimento informado do utente para os atos da prática do cuidar;
- Informar o utente como aceder ao telefone, outros meios tecnológicos e horários do funcionamento das várias atividades e serviços;
- Respeitar os horários estabelecidos quanto a toma de medicamentos, sessões de reabilitação, exames complementares de diagnóstico;

- Tornar as horas das refeições, momentos de prazer – arranjo das mesas, música ambiente calma e repousante, tratamento calmo e sereno de eventuais conflitos, permissão da partilha do momento das refeições com os familiares (preço afixado) e respeito pela dieta;
- Assegurar assistência religiosa, se desejada e de acordo com a convicção do utente;
- Criar condições para a existência de meios (espelhos, quadros, relógios, informações em caracteres grandes e cores apelativas) que permitam a orientação para a realidade;
- Contribuir com a sua opinião para a criação de ambientes agradáveis – pintura de paredes de tons coloridos, cortinas e colchas de padrões de bom gosto e decoração agradável, respeitando as características locais (quadros, flores e outras).

Quando se analisam as orientações gerais enunciadas, verifica-se a sua transversalidade ao cumprimento de diversos objetivos na prestação de cuidados.

2.2 Orientações específicas

2.2.1 Promoção da mobilidade

Na promoção da mobilidade devem acautelar-se:

- Avaliação de risco de quedas e fraturas;
- Minimização de permanência prolongada na cama;
- A promoção de exercício individual e grupal;
- O treino de AVD e AIVD;
- A melhoria estado de nutrição;
- A supervisão de marcha e transferência de lugares;
- A prevenção do síndrome de imobilização.

2.2.2 Prevenção de Quedas

As quedas podem minorar-se através de:

- Programas de exercício com o objetivo de aumentar o tonus muscular e melhorar o equilíbrio;
- Evitar medicação que afete o equilíbrio;
- Eventual utilização de auxiliares de marcha ou outros dispositivos;

- Intervenção na área Cognitiva e Emocional, que se podem relacionar com o medo de cair;
- Intervenção multidisciplinar e multifatorial para minimizar riscos de saúde e ambientais. A promoção de um ambiente físico seguro, inclui entre outras dimensões, a existência de pavimento não escorregadio, e ausência de desníveis, assim como um acesso fácil a instalações sanitárias e a dispositivos de apoio ao banho, e variabilidade de altura das camas de acordo com a situação.

2.2.3 Promoção da cognição e estado emocional

Na área da *cognição e estado emocional* deve, entre outros:

- Existir avaliação pró-activa de risco de delírio;
- Promover-se o controlo da dor;
- Implementar-se medidas para prevenir o declínio da função cognitiva, entre outras;
- Encorajar atividades que promovam estimulação cognitiva;
- Encorajar atividade física;
- Rever a medicação;
- Otimizar estimulação ambiental;
- Incluir família e cuidador informal nos cuidados prestados;
- Implementar medidas para a promoção de bem-estar e equilíbrio emocional: - promover estratégias de desenvolvimento de sensação de autocontrolo, segurança interna e externa - promoção da autoconfiança e autoestima - estimular rotinas positivas e gratificantes.

2.2.4 Manutenção da integridade cutânea

O compromisso da integridade cutânea é condicionado por fatores como:

- Imobilização;
- Má nutrição;
- Pressão excessiva.

Assim nesta área deve:

- Efetuar-se avaliação de risco de úlcera de pressão na admissão;
- Efetuar-se avaliação diária da integridade cutânea nos utentes em risco;
- Otimizar-se a higiene cutânea;
- Evitar-se temperaturas elevadas a nível cutâneo;
- Prevenir-se ou minimizar-se os efeitos de incontinência, se existir;

- Manter-se estado adequado de nutrição e hidratação;
- Manter-se mobilidade;
- Assegurar-se a não permanência na mesma posição por períodos de tempo determinados (alguns autores sugerem 2 horas);
- Evitar-se que os utentes estejam sentados por longos períodos de tempo;
- Considerar-se o uso de materiais antiescara;
- Mobilizar e transferir de forma adequada, evitando o cisalhamento.

2.2.5 Promoção do bom estado nutricional

A má nutrição é uma causa *major* de declínio funcional e de aumento de morbilidade. A nutrição adequada contribui de forma determinante para a manutenção da força muscular e integridade óssea.

Na área da **nutrição** deve, entre outros:

- Avaliar-se o estado nutricional de todos os residentes ou utentes em acompanhamento;
- Fornecer-se refeição ligeira entre refeições principais;
- Fornecer-se líquidos com intervalos regulares;
- Otimizar-se a posição do utente às refeições, de acordo com a sua situação;
- Avaliar e tratar comorbilidades que contribuem para risco de malnutrição:
 - Depressão;
 - Náuseas e vômitos;
 - Dentição e problemas de higiene oral;
- Adequar a alimentação às necessidades nutricionais tendo em conta a idade, sexo, patologias, condição funcional e nível de atividade física;
- Entender a alimentação como necessidade básica de suporte de vida, mas também como atividade de prazer, indo ao encontro das preferências e desejos individuais, salvaguardando as restrições alimentares impostas por patologias ou disfunções orgânicas, e procurando sobretudo nos cuidados de longa duração manter o atrativo e a diversidade de apresentação.

2.2.6 Prevenção de complicações respiratórias

- Promover o ortostatismo e as variações de decúbito no doente acamado;
- Promover uma adequada dinâmica vértebro-costal e abdomino-diafragmática;
- Promover o ensino de posições de repouso e relaxamento, quando necessárias;

- Promover as condições necessárias a uma eficaz drenagem de secreções, aplicando se necessário técnicas de desobstrução e de tosse assistida;
- Garantir um bom estado de hidratação.

2.2.7 Promoção do controlo de esfíncteres

Na área da **continência**, deve, entre outros:

- Identificar-se na admissão a existência de incontinência;
- Avaliar-se o risco para incontinência transitória;
- Manter-se hidratação;
- Modificar fatores ambientais constrangedores;
- Promover mobilização e atividade;
- Promover-se treino vesical;
- Promover-se treino de músculos pélvicos.

3. INDICADORES DE RESULTADOS NEGATIVOS

Consideram-se geralmente indicadores de resultados negativos, os exemplos seguintes:

- Infeções;
- Lesões não explicáveis;
- Inatividade dos utentes;
- Posicionamento inadequado;
- Erros de medicação;
- Úlceras de pressão;
- Desconforto e dor;
- Comportamento disruptivo;
- Nutrientes adequados e/ou líquidos de hidratação não consumidos;
- Alteração de peso não planeado;
- Aspeto geral pouco cuidado – cabelo, unhas, barba, vestuário inadequado;
- Barreiras ao movimento;
- Interações inadequadas entre profissionais e utentes;
- Serviço de refeições desorganizado;
- Equipamento inadequado;
- Má manutenção das instalações;
- Odores;
- Ambiente com questões de segurança não identificadas e/ou não corrigidas.

4. CUIDADOS PESSOAIS

Os cuidados pessoais, incluem entre outros:

- Alimentação e Hidratação;
- Banho;
- Fazer a barba;
- Cuidar da pele, do cabelo e da boca;
- Problemas de controlo de esfíncteres;
- Preservar ou iniciar atividade física adaptada.

Numa situação de dependência, pode ser necessária ajuda para o seu desempenho. Ao cuidador que disponibiliza esta ajuda é exigido conhecimento, paciência, competência e capacidade física.

4.1 Alimentação e Hidratação

Deve encorajar-se a alimentação e hidratação autónomas. Para tal deve:

- Verificar-se se as gengivas têm áreas inflamadas – as próteses dentárias podem não se adaptar corretamente e provocar dor na mastigação;
- Disponibilizar-se instrumentos necessários como talheres ou copos adaptados;
- Disponibilizar-se alimentos fáceis de comer sem talheres;
- Se o doente tiver alterações da visão deverão colocar-se os utensílios e a comida em lugares fixos. O método do relógio para localizar a comida pode ajudar; por exemplo: “a sua carne está às nove, a sua batata está às doze e a sua cenoura está às três”;
- Adequar-se atitudes que estimulem auto confiança sempre que for necessário alimentar um doente dependente.

4.2 Banho

É necessário que o ambiente (físico ou social) compense as incapacidades que a pessoa apresenta sem no entanto, se substituir à mesma na realização desta atividade.

4.3 Cuidar dos cabelos, barba e outros tegumentos

A prestação de serviços periódica por barbeiro ou cabeleireiro é desejável e estimula a auto-estima.

O cuidado com as unhas é particularmente importante em doentes diabéticos.

É recomendável barbear com máquina elétrica para reduzir o risco de cortes em particular em doentes diabéticos ou com terapêutica anticoagulante.

4.4 Cuidados com a pele

Deve:

- Manter-se a pele limpa e seca especialmente em indivíduos com problemas de incontinência; utilizar um sabão neutro, enxaguar bem e secar cuidadosamente;
- Manter-se os lençóis limpos, secos e sem rugas;
- Massajar-se a pele suavemente com movimentos circulares;
- Mudar-se a posição dos doentes confinados à cama ou cadeira de duas em duas horas. Estimular-se que façam movimentos para redistribuição da pressão corporal nos intervalos da mudança de posição;
- Garantir-se uma boa alimentação e ingestão adequada de líquidos;
- Usar-se colchões e cadeiras confortáveis e que se adaptem às formas do corpo em vez de rígidas – consegue-se assim uma distribuição do peso por uma maior área cutânea diminuindo os pontos de pressão nas proeminências ósseas;
- Encorajar-se o movimento ou pequenos exercícios – estimulam a circulação, com benefícios a diferentes níveis. Pentear-se, ajudar no banho e a vestir-se são boas maneiras de pessoas frágeis se exercitarem e serem mais independentes;
- Vigiar-se possíveis pontos de pressão que possam interferir com uma boa circulação, como por exemplo sapatos apertados, ligas nas meias ou roupa interior apertada;
- Vigiar-se o aparecimento de pequenas feridas ou zonas ruborizadas e/ou maceradas que devem ser imediatamente tratadas.

4.5 Problemas de controlo de esfíncteres

Quando se verificam problemas de controlo de esfíncteres os doentes devem ser levados à casa de banho de 2 em 2 horas. Em caso de obstipação ou irregularidades do trânsito intestinal, o doente deve ingerir: frutos frescos, vegetais, alimentos com fibras; beber pelo menos 8 copos de água por dia; evitar alimentos obstipantes como o queijo, o arroz e as bananas; fazer exercício físico tolerado.

4.6 Preservar ou iniciar atividade física adaptada

O **exercício físico** é considerado hoje como uma das melhores maneiras de manter a qualidade de vida, exercendo influência favorável sobre a condição funcional do organismo e sobre sua capacidade de desempenho.

5. PROMOÇÃO DO AUTO-CUIDADO

Pessoas em situação de dependência na sequência de um episódio agudo ou no decurso de doença crónica têm o direito de viver uma vida tão normal quanto possível.

Para o conseguir, devem ser ajudadas a readquirir as capacidades de autocuidado que possam ter perdido.

Muitas vezes a preocupação de minimizar os riscos a que a pessoa em situação de dependência possa estar exposta, pode conduzir a uma atitude protecionista por parte dos profissionais que impede o desenvolvimento de competências para o autocuidado.

A preocupação deve canalizar-se para o reforço da autoconfiança. O ponto de equilíbrio deve ser encontrado com o apoio dos recursos da comunidade. Estes devem ser identificados e integrados na rede de suporte do doente, de modo a melhorar a sua qualidade de vida.

O primeiro passo para se conseguir a maior contribuição dos doentes/dependentes para o autocuidado é a identificação das suas capacidades, necessidades e expectativas.

O planeamento dos cuidados deve integrar os componentes de saúde e social com o indivíduo ou seu cuidador como foco central de toda a prestação.

Por autocuidado entende-se a capacidade de:

- Permanecer ativo e saudável quer física quer mentalmente;
- Prevenir doenças e acidentes;
- Cumprir prescrições terapêuticas;
- Gerir doenças crónicas.

Em suma, o indivíduo responsabiliza-se pela sua própria saúde e bem-estar físico e emocional.

A recuperação e manutenção de todas estas capacidades no âmbito da RNCCI, exigem a participação de profissionais que suportem e promovam as ações do indivíduo.

Para conseguir satisfazer com qualidade as necessidades de saúde e de apoio social dos utentes pode ser necessário:

- Apoio psicológico;
- Estímulo para a recuperação de competências;

Adaptação à situação presente;
Suporte financeiro e logístico.

O envolvimento dos doentes/familiares nas decisões de tratamento e suporte que lhe dizem respeito é a melhor garantia de promoção do autocuidado.

Este é, por definição, desempenhado pelo indivíduo em seu próprio benefício. Assim os serviços devem ser desenvolvidos nesta base.

A educação e o treino, a informação, as ajudas técnicas e as redes sociais se bem implementados ajudam o doente/dependente a tornar-se mais confiante e a autocuidarse mais facilmente.

À medida que a confiança aumenta os doentes/familiares tornam-se mais ativos e mais interessados em se autocuidarem.

5.1 Desenvolvimento e treino de competências

Pode haver diversas abordagens para ajudar as pessoas a adquirirem as competências necessárias ao autocuidado.

Deve-lhes ser sempre dada informação e educação acerca da sua situação específica e responder às suas perguntas e desafios com segurança e disponibilidade.

Os profissionais prestadores de cuidados devem questionar-se acerca do modo como podem ajudar o doente.

Deve estabelecer-se uma relação de parceria entre ambos na partilha de perspetivas eventualmente diferentes acerca de um mesmo assunto (situação de doença/dependência).

Interações que promovam alterações necessárias no estilo de vida dos doentes no sentido do autocuidado devem ser encorajadas.

Na informação a transmitir aos doentes deve identificar-se o que eles desejam e não desejam saber. A linguagem e os formatos da informação devem ser apropriados à capacidade de compreensão de cada um deles. Nesta transmissão de informação devem ser envolvidos os familiares e outros cuidadores informais próximos de modo a existir uma maior partilha e dinamismo, garantindo assim maior sucesso na reabilitação dos doentes.

Assim, deve-se:

Estimular a pessoa em situação de dependência a fazer tudo o que lhe seja possível; fornecer a ajuda necessária. A participação nos cuidados pessoais é uma forma de exercício que ajuda a manter a mobilidade e a promover a independência. Não importa

a dimensão da atividade (segurar o sabonete, ajeitar a frente do cabelo, ...) o que é importante é que a pessoa seja capaz de participar, proporcionando se necessário ortoses ou outras ajudas técnicas;

Adaptar as instalações de modo a que o doente possa desenvolver mais atividades.

Instalar equipamento de apoio nas casas de banho. Entre outras, colocar os espelhos com altura acessível a cadeiras de rodas e luzes com interruptores facilmente acessíveis, ou seja efetuar análise ergonómica;

Identificar quais as atividades que a pessoa em situação de dependência pode desempenhar parcialmente. Por exemplo, pode ser capaz de vestir a parte superior do corpo na posição sentada e necessitar de ajuda para vestir a inferior;

Incluir o doente no planeamento dos seus cuidados;

Identificar as alterações de saúde e capacidades do doente. Os seus planos de cuidados alterar-se-ão de acordo com estas.

6. PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR

Para a **promoção do bem-estar** deverá:

- Encorajar-se o convívio com amigos e familiares através de visitas, telefonemas ou cartas;
- Proporcionar oportunidades para socialização, envolvimento em ocupações significativas;
- Ajudar-se no início da prática de novos passatempos ou reativação de antigos;
- Facilitar a comunicação através de uma escuta ativa, dando oportunidade para a partilha de sentimentos;
- Assegurar-se a privacidade do doente;
- Tratar-se o doente com respeito, não como se fosse incapaz de pensar por si próprio;
- Encorajar-se o movimento e o exercício;
- Ajudar-se a encontrar maneiras de ser tão útil quanto possível;
- Facilitar-se a comunicação.

A necessidade de ajuda nas AVD não significa que o doente não possa tomar decisões. Os cuidadores devem respeitar sempre o princípio de que a ajuda a prestar deve ser a necessária no respeito pelo direito que o outro tem de tomar decisões acerca de si próprio.

Muitas vezes, assume-se que as pessoas com dependência, e particularmente as pessoas idosas, não são capazes de pensar por si próprios.

No entanto, estas continuam a fazer uso dos seus poderes criativos, podendo, eventualmente, o seu tempo de reação ser mais lento e este facto não ser assumido por familiares, amigos e cuidadores.

Nas pessoas idosas, a memória recente também não cumpre as suas funções como antigamente.

Como tal dever-se-á promover oportunidades para que a pessoa faça uso das suas competências, dando oportunidades para envolvimento nas situações do dia a dia, através do desempenho das atividades que para si são significativas, ainda que de uma forma adaptada.

Os benefícios desta “aprendizagem contínua” incluem mais entusiasmo pela vida, menos tédio e depressão, aumento de autoestima e de autorespeito, mais interesse pelo mundo e mais ideias para partilhar.

Perante situações de **confusão**, pode ser útil:

- Proceder a alterações pontuais da rotina;
- Escrever instruções simples em caligrafia clara e grande;
- Utilizar etiquetas grandes (palavras ou imagens) nos armários ou gavetas para identificar o conteúdo;
- Colocar relógios e calendários bem visíveis e riscar os dias que passam;
- Estimular o consumo de alimentos nutritivos;
- Encorajar o movimento e o exercício uma vez que este estimula a circulação sanguínea e ajuda a melhorar as funções fisiológicas, incluindo a capacidade de pensar.

Em situações de **agitação e comportamentos disruptivos** deve:

- Evitar-se a confrontação;
- Não argumentar. Se a pessoa ficar demasiado agitada, deve mudar-se para um assunto diferente;
- Reduzir-se os estímulos. Diminuição da intensidade luminosa, inclusão de uma música relaxante;
- Rodear-se o doente de objetos e imagens que lhe sejam familiares;
- Caminhar-se com o doente calmamente para reduzir a ansiedade e a tensão muscular.

C. INTERVENÇÕES ORIENTADAS PARA AS BOAS PRÁTICAS

i. CUIDADOS AO UTENTE COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

1. Princípios Básicos

A incontinência urinária é definida como a perda involuntária de urina num momento e espaço inadequados. O objetivo de intervenção nesta área é manter o utente seco e confortável e reabilitar a função de eliminação urinária.

A incontinência urinária pode ser de vários tipos:

A. Incontinência urinária funcional de início recente: aparecimento no último mês, ou relacionada com hospitalização recente.

Como causas para este tipo de incontinências são apontadas:

- Infeção urinária;
- Diabetes mal controlada;
- Fármacos (diuréticos/sedativos);
- Síndrome confusional;
- Alterações do trânsito intestinal: impactação fecal;
- Problemas de mobilidade por mudança do ambiente (internamento/hospitalização).

B. Incontinência urinária crónica: com duração superior a um mês e com resultados de incontinência funcional recente mal resolvida.

Este tipo de incontinência subdivide-se em três:

a) **Incontinência de urgência:** a bexiga esvazia antes do tempo, não há resíduo pós-miccional. Habitualmente intercala com sintomas de urgência miccional.

Apresenta como possíveis causas:

- Instabilidade idiopática do detrusor;
- Bexiga automática por lesão neurológica (sistema nervoso central, ou medular alta);
- Instabilidade do detrusor secundária a doenças de bexiga (cistite, litíase, pós-radioterapia...).

- b) **Incontinência de esforço:** as perdas de urina coincidem com o aumento da pressão intra-abdominal; **por exemplo tossir**, rir, manobra de Valssalva, levantar pesos.

As suas causas podem ser:

- Debilidade da musculatura pélvica (mulheres multíparas, pós-menopausa);
- Em homens, pós-prostatectomia.

- c) **Incontinência por regurgitação:** a bexiga não esvazia completamente dando origem a perdas contínuas ou constantes “gota a gota”. Existe resíduo pós-miccional.

São apontadas como causas:

- Obstrutivas: Hipertrofia da próstata;
- Não obstrutivas: Bexiga hipotónica (flácida) por lesão neurológica (neuropatia diabética, lesão medular baixa, lesão radicular raízes sagradas...).

2. Objetivos das Intervenções

Os objetivos de intervenção são definidos por tipo de intervenção.

A. Intervenções relativas ao espaço

Dispor de espaços físicos sem barreiras arquitetónicas e ambiente adequado que permita a intimidade o fácil acesso ao WC e evite perigos.

B. Intervenções relativas aos cuidados diretos aos utentes

B1 Intervenções gerais para todos os tipos de incontinência

Conseguir que o impacto da incontinência tenha o mínimo de interferência nas atividades da vida diária e, se possível, que se recupere a continência.

B2 Incontinência urinária funcional de início recente

Conseguir a recuperação da continência e, se não for possível, que exista um menor número de episódios de incontinência.

B3 Incontinência urinária crónica

Manter o utente seco e confortável.

C. Intervenções relativas aos protocolos clínicos (para todos)

Identificar os distintos tipos de incontinência e dirigir as intervenções específicas para cada tipo de incontinência.

3. Propostas de intervenções básicas

A. Intervenções relativas ao espaço

A1 Intervenções gerais para todos os tipos de incontinência

Ambiente adequado:

- Preservar a Intimidade;
- Fácil acesso ao WC e/ou facilitar o uso de utensílios adequados (urinol, arrastadeira, fraldas, resguardos, etc.);
- Evitar perigos e barreiras arquitetónicas.

B. Intervenções relativas aos cuidados diretos aos utentes

B1. Intervenções gerais para todos os tipos de incontinência

- Explicar, informar e transmitir a ideia de que se pode melhorar o problema, ou pelo menos aprender a conviver com ele;
- Promover a autoimagem e a autoestima;
- Utilizar roupa cómoda e fácil de vestir e despir;
- Fomentar as relações sociais (saídas e passeios);
- Promover, estimular e ensinar, se for o caso, a higiene pessoal;
- Uso de fralda temporária, permanente ou noturna;
- Alimentação equilibrada e rica em fibras vegetais (prevenção da obstipação);
- Manter o peso adequado;
- Evitar dietas com picantes e/ou bebidas estimulantes (café, álcool);
- Assegurar uma hidratação adequada de predomínio diurno;
- Diminuir a ingestão de líquidos 2-3 horas antes do deitar.

B2. Incontinência urinária funcional de início recente

- Intervenções gerais para todos os tipos de incontinência;
- Otimizar a mobilidade do utente;
- Facilitar a micção na cama;
- Corrigir as causas desencadeadoras da incontinência;

- Fisioterapia geral para melhoria da mobilidade;
- Terapias de comportamento (técnicas de esvaziamento precoce).

B3. Incontinência urinária crónica

B3.1 Incontinência de urgência

- Intervenções gerais para todos os tipos de incontinência;
- Terapias de comportamento (micções voluntárias programadas);
- Avaliar a prescrição de fármacos que relaxam o músculo da bexiga (anticolinérgicos).

B3.2 Incontinência de esforço

- Intervenções gerais para todos os tipos de incontinência;
- Técnicas de reabilitação da musculatura do solo pélvico (exercícios de Kegel, biofeedback);
- Avaliar nas mulheres o uso de estrogénios tópicos vaginais;
- Em alguns casos considerar a alternativa cirúrgica.

B3.3 Incontinência por regurgitação

- Intervenções gerais para todos os tipos de incontinência;
- Em casos de obstrução avaliar a cirurgia e/ou administração de fármacos relaxantes para o esfíncter urinário interno (alfa-bloqueantes);
- Avaliar agaliação vesical permanente ou intermitente.

ii. CUIDADOS AO UTENTE COM COMPROMETIMENTO DA MOBILIDADE

1. Princípios Básicos

O objetivo dos cuidados ao utente com comprometimento da mobilidade é potenciar a reversibilidade e prevenir, minimizar ou tratar complicações decorrentes da imobilidade.

Perante um compromisso da mobilidade é necessário fazer uma avaliação completa que determine as causas da imobilidade, a eventual recuperação ou reversibilidade e que permita ainda prevenir ou minimizar as complicações associadas, o mais rapidamente possível, evitando que se estabeleçam definitivamente.

2. Objetivos das intervenções

Os objetivos de intervenção são definidos por tipo de intervenção e grupo de doentes.

A. Intervenções relativas ao espaço

Adaptar o ambiente para facilitar as deslocações dos utentes e manter a autonomia dos mesmos.

B. Intervenções relativas aos cuidados diretos aos utentes

B1 Manter o nível Sensorial

- Dar prioridade às deslocações;
- Dar segurança e orientação ao utente.

B2. Individualizar o plano de cuidados

- Estimular a manutenção ou melhoria da autonomia, recuperar a situação base prévia, se a reabilitação total não for possível.

B3. Oferecer apoio social e estímulo

- Ajudar o utente a ganhar confiança à medida que vai ganhando capacidade funcional. Incluir a família na execução dos cuidados definidos.

B4. Prevenir complicações derivadas do Síndrome de Imobilidade

- Implementação de medidas que previnam ou atrasem ou aparecimento de complicações.

C. Intervenções relativas aos protocolos clínicos

C1. Avaliar a mobilidade: no momento de admissão [avaliação prévia (ao acontecimento que deu origem a admissão na RNCCI) e avaliação atual]:

- Determinar o potencial de reabilitação;
- Incluir no plano individual de cuidados um plano de ação para promover a mobilidade;
- Monitorizar a capacidade funcional para poder avaliar a evolução e impacto das intervenções.

C2. Corrigir os elementos incluídos nos protocolos clínicos que reduzem a mobilidade

- Identificar e eliminar ou reduzir as atuações que possam interferir de forma direta ou indireta na autonomia e na mobilidade do utente.

C3. Consensualizar protocolos clínicos

- Estabelecer protocolos clínicos que especifiquem atuações para prevenir ou atrasar o aparecimento de complicações associadas à imobilidade.

3. Propostas de intervenções básicas

A. Intervenções relativas ao espaço

A1. Evitar barreiras arquitetónicas

- **Portas:**
 - Ter em conta a amplitude, para que passem as cadeiras de rodas;
 - Ter em conta o peso para que os utentes as possam abrir comodamente.
- **Quartos/corredores:** amplos, para permitir a mobilidade de cadeiras de rodas, muletas, etc.
- **Mobília:** retirar móveis ou colocá-los estrategicamente como ponto de apoio.
- **Apoios:** em corredores e salas de passagem.
- **Chão:** antiderrapante, sem tapetes ou cabos que possam provocar quedas.
- **Iluminação:** adequada em todos os espaços e Interruptores facilmente acessíveis.

A2. Realizar adaptações técnicas

- Casas de banho adaptadas: sanitas altas com barras laterais de apoio.
- Mobília adaptada: cadeiras pesadas com encosto alto e apoio de braços, camas elétricas para facilitar diferentes alturas e posturas.
- Bengalas, muletas, andarilhos e cadeiras de rodas, etc.

A3. Dispor de espaços físicos específicos

- Dispor de espaço dedicado especificamente à reeducação da marcha e potenciação muscular em geral: espaço de fisioterapia e terapia ocupacional.

B. Intervenções relativas aos cuidados diretos aos utentes

B1. Manter o nível sensorial

- Colocar auriculares, óculos.
- Assegurar um ambiente tranquilo sem estimulações exageradas.

- Lembrar as atividades a realizar em cada momento para orientar o utente no tempo e no espaço: “vamos tomar o pequeno-almoço, vamos ao ginásio....”

B2. Individualizar o plano de cuidados (centrado nas capacidades e potencial do utente)

O plano de cuidados deve ser individualizado e progressivo sem ultrapassar a capacidade funcional do utente.

- **Doente acamado** (se a imobilidade for total): mudanças posturais passivas assegurando uma postura correta. Evitar provocar dor.
- **Levante para a posição de sentado**: inicialmente no bordo da cama, ensinando a fazê-lo de forma autónoma.
- **Transferências**: cama/cadeira. Ir aumentando o grau de colaboração do utente.
- **Levante**: aumentar progressivamente o número de minutos e corrigir posturas anómalas como a flexão de tronco, ancas ou joelhos.
- **Deambulação**: inicia-se no quarto com a ajuda técnica mais adequada (andarilho, muleta, bengala).

B3. Oferecer apoio social e estímulo

Aplaudir pequenos progressos, estimular a independência, ajudar na adaptação à incapacidade.

B4. Prevenção das complicações derivadas do Síndrome de Mobilidade

Utilização de **protocolos clínicos consensualizados** pela equipa que impeçam ou atrasem o aparecimento de complicações, tais como:

- Rigidez articular;
- Atrofia muscular/osteoporose;
- Úlceras de pressão.

C. Intervenções relativas aos protocolos clínicos

C1. Avaliar a mobilidade: no momento de admissão [avaliação prévia (ao acontecimento que deu origem a admissão na RNCCI) e avaliação atual]:

Realizar diagnóstico da situação recorrendo ao uso de escalas de avaliação (quando for possível) para conhecer a:

- Tolerância ao levante para a posição de sentado e em pé;
- Capacidade de marcha;
- Capacidade de se mobilizar na cama;
- Tipo de marcha, postura e equilíbrio durante a marcha.

C2. Corrigir os protocolos clínicos que reduzem a mobilidade

- Evitar a prescrição de repouso;
- Corrigir a indicação/protocolos de restrição de movimentos (contenção física).
- Rever a polifarmácia: fármacos sedativos, hipotensores.
- Corrigir as vias de administração de determinados fármacos: a via endovenosa ou a soroterapia quando já não são precisas limitam a mobilidade já que o utente tem de deslocar-se com o doseador e pode perder a via.

C3. Consensualizar protocolos clínicos

Elaboração, adaptação ou revisão consensualizada de protocolos clínicos que incluam situações ou síndrome geriátricos que podem afetar a mobilidade do utente e especificamente:

- Controlo da dor;
- Síndrome confusional;
- Nutrição/hidratação.

iii. INTERVENÇÕES NO CUIDADO PESSOAL

1. Princípios Básicos

A intervenção no cuidado pessoal tem como objetivos manter a autonomia e a pessoa integrada no grupo e evitar a marginalização e o isolamento

As finalidades das intervenções orientam-se:

- A aquisição de capacidades necessárias ao vestir/despir e ao cuidado com a auto-imagem;
- A aquisição de capacidades para a utilização de utensílios/dispositivos de adaptação;
- A que a pessoa se sinta satisfeita com o seu aspeto pessoal;
- A que a família/cuidador participe no ato de vestir/despir e no arranjo do seu familiar demonstrando habilidades e conhecimentos para prestar a ajuda na preparação, supervisão, apoio verbal/ físico ou substituição segundo o estado e as necessidades da pessoa.

A capacidade para levar a cabo as funções para cuidar da imagem corporal é essencial para manter o bem-estar, a dignidade e a autoestima das pessoas. O vestuário e o cuidado pessoal são parte importante do aspeto que é avaliado pela própria pessoa e pela sociedade, sendo uma componente importante das relações sociais.

A capacidade para levar a cabo as atividades de vestir/despir e de cuidado pessoal depende dos sistemas circulatório, músculo-esquelético, respiratório, nervoso, e pode ser afetada por diferentes fatores: estado de ânimo diminuído, melancolia, deterioração cognitiva, *deficits* sensoriais e de comunicação, dor, alteração da mobilidade física. A doença e o internamento, produzem situações de stress que podem provocar uma regressão nas atividades de autocuidado.

A abordagem por parte da equipa multidisciplinar deve ser no sentido de apoiar a pessoa a evoluir até atingir à independência total, se for possível; reeducando a recuperação da função, adaptação à perda, prevenção de incapacidades adicionais, manutenção da integridade psicológica, física e social, integrando a família nos cuidados e realizando uma educação nos cuidados de saúde. Na sua impossibilidade, o enfoque dos cuidados deve ser no sentido de promover adaptação à perda, prevenção de complicações associadas e manutenção do equilíbrio físico, psicológico e social.

O ambiente tem de ser uma fonte de estímulo, propício à promoção do autocuidado, respeitando a privacidade e as necessidades individuais de cada pessoa.

2. Objetivos das intervenções

O déficit nas funções no vestir/despir e no cuidado pessoal define-se como a *situação em que uma pessoa possui uma deterioração da habilidade para realizar ou completar por si própria o ato de se vestir e de se arranjar* (NANDA 1980).

As principais alterações apresentadas são:

- Dificuldade/incapacidade em vestir/despir ou calçar;
- Dificuldade/incapacidade de escolha adequada e/ou troca de peças de vestir ou complementos;
- Dificuldade/incapacidade para apertar botões, atar atacadores, ou utilizar fechos;
- Dificuldade/incapacidade em manter uma boa aparência ou seu aspeto habitual;
- Dificuldade/incapacidade na utilização (colocar/retirar) de próteses ou orteses;
- Dificuldade/incapacidade em obter ou substituir peças de vestir, complementos e arranjo pessoal.

A. Intervenções relativas ao espaço

O objetivo das intervenções é de acordo com o tipo de intervenção.

- Dispor de ambiente estimulante, de espaços organizados e com referências espacio-temporais, de modo a permitir ou facilitar a interação e adaptação da pessoa e minimizar os déficits cognitivos e funcionais;
- Proporcionar um ambiente íntimo, calmo no qual a pessoa possa realizar a atividade ao seu ritmo e preservando a sua intimidade;
- Valorizar os objetivos conseguidos, reforçar a sua auto-imagem.
- Envolver a família segundo os seus desejos e capacidades.

B. Intervenções relativas aos cuidados diretos ao utente

B1. Intervenções gerais

- Reforçar a sua identidade e a auto-estima;
- Manter a orientação;
- Manter a funcionalidade, evitar a desabilitação;
- Manter os hábitos e o estilo da pessoa.

B2. Intervenções no comprometimento da mobilidade física

- Apoiar a pessoa a recuperar a autonomia e a adaptar-se aos déficits.

B3. Intervenções no comprometimento da função cognitiva

- Dar continuidade aos estímulos da intervenção cognitiva na atividade de vestir/ despir e cuidado pessoal para facilitar a autonomia.

3. Propostas de intervenção básicas

A. Intervenções relativas ao espaço

A1. Quarto: armário e roupa/ objetos pessoais

- Preservar a intimidade;
- Facilitar a realização da atividade com um mínimo de ajuda;
- Manter a identidade, os hábitos;
- Manter/ melhorar a comunicação;
- Adaptar/ arranjar o armário, simplificando o espaço e o material para simplificar a escolha e reduzir a necessidade de memorizar.

A2. Pedicure

- Avaliação/ cuidado aos pés;

- Avaliação do calçado e ortóteses.

A3. Cabeleireiro

- Cuidado com o cabelo;
- Manter o aspeto pessoal.

A4. Espaços comuns

- Potenciar a inter-relação/comunicação.

A5. Ajudas técnicas /adaptações

- Facilitar a independência;
- Diminuição dos riscos;
- Preservar a intimidade;
- Adaptar o tipo de ajuda às capacidades e necessidades.

A6. Informação/controlo da limpeza da roupa e manutenção dos objetos de cuidado pessoal

- Evitar os extravios, troca com os companheiros;
- Cuidado com a roupa, objetos pessoais.

B. Intervenções relativas aos cuidados diretos ao utente

B1. Intervenções Gerais

- Proporcionar roupa própria e complementos pessoais;
- Manter a mudança de roupa adequada durante o dia e trocar para ir dormir;
- Reforçar a autoimagem positiva e facilitar a inter-relação;
- Facilitar/ adaptar os objetos para o cuidado pessoal: maquilhagem, perfume, penteado, cuidado com as unhas;
- Facilitar lentes corretoras, auriculares...;
- Ensinar à família as medidas/ recursos adequados para fomentar, estimular e manter o autocuidado do seu parente;
- Conhecer os passos a seguir para fomentar o autocuidado do seu familiar. Assegurar a continuidade dos cuidados;
- Registrar: grau de tolerância;
- Registrar: grau de colaboração;
- Registrar: grau de evolução: deteção de alterações ou dificuldades;
- Detetar os fatores que possam interferir e rever os objetivos/intervenções;

- Ensinar/realizar uma tabela de exercícios específicos: respiratórios, potencializar a musculatura, amplitude de movimentos, equilíbrio na posição de sentado e em pé, coordenação;
- Adaptar as peças de roupa, trocar no que tenham dificuldade ou não saibam; desapertar/ atar, colocar peças aderentes, fechos, elásticos em vez de cinto;
- Substituir as peças mais difíceis; *soutiens*, meias, por outras mais simples;
- Facilitar o ato de se vestir/ de se despir e de se arranjar com um mínimo de ajuda;
- Nos casos em que tendem a se despir continuamente; substituir/ adaptar as peças por outras mais difíceis de tirar; tipo bodies, velcros/ fechos nas costas, camisas e vestidos fechados para preservar a autoimagem e a intimidade;
- Substituir sapatos de atacadores por *mocassins* com fechos de adesivo, com sola de borracha, fechados que não saltem e sem salto para melhorar a marcha e evitar o risco de quedas.

B2. Deteriorização da mobilidade física

- Organizar a roupa de forma ordenada e colocá-la segundo a ordem de uso para possibilitar que se vista mais facilmente;
- Ensinar e treinar a vestir-se/ despir-se de forma progressiva valorizando a resposta e tolerância para: conseguir a máxima independência, adaptar à falta de capacidade, evitar o desuso e contribuir na melhoria da auto-estima;
- Ensinar e treinar posturas adequadas, controlo de adaptações, insensibilidade, quando existam alterações de equilíbrio, coordenação, dor com a finalidade de: assegurar a estabilidade, melhorar a amplitude de movimentos, conseguir a máxima independência, diminuir os riscos, quedas, e a intolerância à atividade;
- Aplicar guias/protocolos de mobilidade comuns;
- Adaptar as peças de vestuário (mais largas, cintas elásticas, *velcros*, fechos) para facilitar que se vista mais facilmente potenciando a autonomia;
- Aconselhar o tipo de calçado mais adequado; que seja confortável, não escorregue e que se ajuste bem ao pé de modo a melhorar a marcha e evitar quedas.

B3. Deteriorização cognitiva

- Adaptar o armário, retirar as peças que não são úteis ou não correspondam à época do ano para diminuir a carga da memória e facilitar a eleição;
- Vestir-se de acordo com a situação e a temperatura ambiente;
- Deixar a roupa ao alcance segundo a ordem de uso;
- Facilitar a identificação, permitir a eleição simplificando as alternativas possíveis;
- Retirar a roupa suja à noite depois de vestir a roupa de dormir e de deixar a do dia seguinte, de modo a assegurar a mudança de roupa. Vestir-se de forma adequada à situação.

C. Intervenções relativas aos protocolos clínicos

C1. Avaliação

C1.1. Avaliação prévia (como fazia?)

- Avaliar a situação prévia das capacidades para as Atividades da Vida Diária : Avaliação do grau de Independência prévio:
 - Precisava de ajuda: na preparação, com supervisão: verbal, física,...;
 - Dependente.
- Hábitos/ crenças:
 - Gostos pessoais: que roupa gosta, como se costumava vestir, aspeto pessoal; forma de pentear, maquilhagem;
 - Culturais;
 - Valorizar as crenças. Segue alguma religião que requer que se vista de uma forma determinada, símbolos externos.

C1.2. Avaliação específica (avaliação da situação atual: como fazer?)

- A avaliação realizar-se-á de forma conjunta pela equipa nas sessões interdisciplinares e virá pautada pelos objetivos estipulados no plano individual terapêutico interdisciplinar;
- Introduzir/aplicar a escala de avaliação funcional tanto das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como das atividades básicas da vida diária (ABVD);
- **Estado de ânimo**; pode afetar a motivação para levar a cabo o autocuidado: depressão, ansiedade;
- Avaliação do aspeto: desleixado; sem fazer a barba, sem se pentear, maquilhagem inadequada, mal aplicada;
- **Estado cognitivo**: roupa suja, não adequada, sem se pentear, sem fazer a barba, maquilhagem inadequada;
- **Mobilidade física**:
 - EEII/ EESS; limitação na amplitude de movimentos, diminuição da força, diminuição da sensibilidade;
 - Avaliação da coordenação grossa e motricidade fina;
 - Avaliação do equilíbrio na posição de sentado e em pé;
 - Capacidade de marcha;
 - Apresenta dor, fadiga, dispneia que pode provocar uma intolerância à atividade.
- **Presença de ortóteses, próteses, gessos**;

- **Deficits sensoriais/ comunicação:** auditivos, visuais, afasia e outros problemas de comunicação como barreiras do idioma, heminegligência que pode dar numa falta de atenção unilateral;
- **Sócio-familiar:** falta da presença familiar, falta de cuidador de referência e do apoio social (vizinhos, trabalhadores domicílio...);
- **Económico:** falta de recursos económicos suficientes.

C2. Educação para a Saúde

- Explicar os objetivos ao utente e/ou à família;
- Ensinar os sinais/ sintomas da intolerância à atividade e as medidas para evitar a fadiga;
- Ensinar e treinar para o uso de ajudas técnicas;
- Ensinar as manobras compensatórias no desenvolvimento da atividade;
- Ensinar/ realizar tabela de exercícios específicos; respiratórios, amplitude de movimentos, coordenação. grossa/ fina, potencialização muscular, equilíbrio em posição de sentado e em pé;
- Ensinar/ treinar na reeducação quando há uma plégia;
- Ensinar posições e técnicas que ajudem na diminuição da dor.

iv. INTERVENÇÕES NA ALIMENTAÇÃO

1. Princípios Básicos

O objetivo da intervenção nutricional é proporcionar os nutrientes necessários e nas quantidades adequadas de forma a manter um correto estado nutricional.

Os objetivos dos cuidados nutricionais são dirigidos a:

- Manter o suporte adequado às necessidades energéticas e de nutrientes;
- Modificar a consistência dos líquidos segundo a tolerância do utente segundo a tolerância do utente;
- Prevenir a desnutrição, desidratação, aspiração, pneumonias;
- Evitar e prevenir sequelas tais como imunodeficiência e úlceras de pressão.

A população idosa é um dos grupos de maior risco no que diz respeito aos problemas nutricionais, tanto devido ao próprio processo de envelhecimento, que faz diminuir a capacidade de regulação da ingestão de alimentos, como devido a outros fatores associados ao próprio avanço da idade: transformações físicas, psíquicas, sociais e económicas. Para

além disso, coexistem patologias prevalentes neste grupo etário, como a depressão e as alterações cognitivas que podem determinar mudanças relevantes na ingestão dietética, resultando num risco de alterações nutricionais importantes.

É de resto evidente que a desnutrição dos idosos, para além de constituir em si mesma uma patologia, torna-os mais vulneráveis ao desenvolvimento de outras patologias e de complicações associadas a outras doenças, aumenta a frequência de internamentos hospitalares, e o índice de dependência. Desta forma, todos os esforços deveriam ser dirigidos à sua prevenção e deteção precoce.

2. Objetivos das intervenções

A. Intervenções relativas ao espaço

A1. Utentes que tenham mobilidade e possibilidade de sair do quarto

Fomentar a relação social.

A2. Utentes que não podem deslocar-se e têm de comer no quarto

Fomentar a relação social.

B. Intervenções relativas aos cuidados diretos aos utentes

B1. Cuidados diretos ao utente

Melhorar a alimentação e estimular os sentidos.

B2. Cuidados diretos referentes à alimentação (dieta)

Assegurar ao organismo a obtenção das substâncias indispensáveis através da alimentação.

B3. Cuidados diretos em situações especiais

- **Disfagia** - Evitar a bronco-aspiração.
- **Anorexia** - Conseguir uma ingestão alimentar correta.

C. Intervenções relativas aos protocolos clínicos

C1. Avaliação do estado nutricional

1. *História clínica completa com antecedentes clínicos*

- Identificar os utentes que se encontram bem nutridos, utentes em risco de desnutrição ou utentes que se encontram desnutridos;
- Identificar os utentes que precisam de apoio para melhorar o seu estado nutricional;
- Identificar os mecanismos que conduziram a um balanço negativo e a necessidade do aumento complementos nutricionais;
- Programar o apoio nutricional adequado e especificar as indicações: via (oral, entérica), preparados (alimentação básica adaptada, suplementos nutricionais orais), etc.

2. *Analisar a existência de fatores de risco de desnutrição*

- Identificar os utentes que se encontram bem nutridos, utentes em risco de desnutrição ou utentes que se encontram desnutridos;
- Identificar os utentes que precisam de apoio para melhorar o seu estado nutricional;
- Identificar os mecanismos que conduziram a um balanço negativo e a necessidade do aumento complementos nutricionais;
- Programar o apoio nutricional adequado e especificar as indicações: via (oral, entérica), preparados (alimentação básica adaptada, suplementos nutricionais orais), etc.

3. *Deteção do risco de desnutrição*

- Identificar os utentes que se encontram bem nutridos, utentes em risco de desnutrição ou utentes que se encontram desnutridos;
- Identificar os utentes que precisam de apoio para melhorar o seu estado nutricional;
- Identificar os mecanismos que conduziram a um balanço negativo e a necessidade do aumento complementos nutricionais;
- Programar o apoio nutricional adequado e especificar as indicações: via (oral, entérica), preparados (alimentação básica adaptada, suplementos nutricionais orais), etc.

4. *Diagnóstico de desnutrição a longo prazo*

- Avaliação global e revisão de outras síndromes geriátricas como fecaloma obstrutivo, anorexia, úlceras de pressão.

C2. Recomendações para a avaliação nutricional da prática diária

C2.1. Utes com bom nível de saúde

- Programar o apoio nutricional;
- Preservar o aporte proteico e suprir necessidades em cálcio;
- Evitar desidratação;

- Inclusão de micronutrientes, vitaminas...;
- Melhorar os conhecimentos alimentares para evitar restrições autoinduzido e estimular a variedade na ingestão.

C2.2. Utentes com diversos problemas crónicos e dependência nas AVD

- Programar o apoio nutricional;
- Preservar o aporte proteico e suprir necessidades em cálcio;
- Evitar desidratação;
- Inclusão de micronutrientes, vitaminas...;
- Melhorar os conhecimentos alimentares para evitar restrições autoinduzido e estimular a variedade na ingestão.

C2.3 Utentes em situação de doença aguda ou pós-aguda

- Programar o apoio nutricional;
- Preservar o aporte proteico e suprir necessidades em cálcio;
- Evitar desidratação;
- Inclusão de micronutrientes, vitaminas...;
- Melhorar os conhecimentos alimentares para evitar restrições autoinduzido e estimular a variedade na ingestão.

C3. Suplemento nutricional

Tentar cumprir o consumo da totalidade do suplemento diário prescrito com a menor alteração possível do apetite de modo a que este não substitua parte da dieta habitual.

3. Propostas de intervenção básicas

A. Intervenções relativas ao espaço

A1. Utentes que tenham possibilidade de mobilidade e possam sair do quarto

- Dispor de sala de refeições comum, com espaço amplo;
- Ambiente tranquilo, sem ruídos nem televisores;
- Mesas com capacidade máxima de seis pessoas;
- Cadeiras adequadas à altura da mesa;
- Os utentes em cadeira de rodas devem comer à mesa, isto é, a cadeira adaptar-se-á à mesa.

A2. Utentes que não podem deslocar-se e têm de comer no quarto

- Tentar que coma sentado;
- Se tem de comer na cama, levantar a cabeceira a 45 graus. Mantê-los nesta posição, no mínimo, 40 minutos após a refeição.

B. Intervenções relativas aos cuidados diretos aos utentes

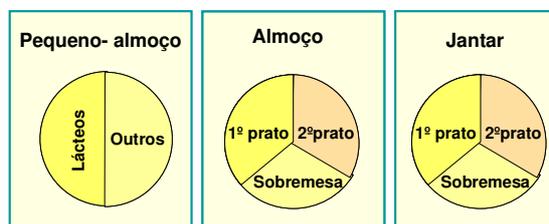
B1. Cuidados diretos referentes ao utente

- Verificação do estado da boca, falta de peças dentárias, gengivites;
- Manter uma correta higiene oral;
- Averiguar hábitos alimentares incorretos e corrigi-los;
- Conhecer as preferências alimentares;
- Recordar mudanças sensoriais;
- Potenciar que coma sozinho, disponibilizando talheres adaptados;
- Em utentes dependentes na alimentação:
 - Controlar o ritmo, a rapidez, com a qual se administra a alimentação;
 - Vigiar a temperatura dos alimentos.

B2. Cuidados diretos referentes aos alimentos

- Cuidar da apresentação dos alimentos;
- Evitar dietas muito restritivas;
- Se o utente não é capaz de comer sozinho:
 - Controlar o ritmo com que se lhe administra a alimentação;
 - Vigiar a temperatura.
- Refeições fracionadas em quantidades reduzidas;
- Assegurar a porção correta dos nutrientes necessários:
 - Carbohidratos (50-60%);
 - Gorduras (30%, entre 7-10% saturadas);
 - Fibra (20-35%);
 - Minerais;
 - Oligoelementos.
- Contribuição líquida de 1500 cc dia;
- Avaliação da ingestão depois de cada refeição, não só a quantidade mas também o tipo de alimento ingerido;

- Determinar situações de risco de desnutrição;
- Ponderar a necessidade de suplementos alimentares.



B3. Cuidados diretos em situações especiais

Disfagia

Requer uma visão multidisciplinar e um plano específico segundo as necessidades.

- Controlar a textura dos alimentos, utilizar espessantes;
- Evitar: Alimentos que têm dois tipos de consistência (sopa) e alimentos que aderem ao palato;
- Graduar a consistência dos alimentos;
- Garantir o suporte hídrico através de gelatinas e/ou líquidos com espessante.

Perguntas a efetuar a um utente com disfagia:

- O problema começa ao iniciar a deglutição ou existe retenção após o alimento ter sido deglutido?
- Que tipo de alimentos são difíceis de deglutir: líquidos, sólidos ou ambos?
- Onde se detém o alimento?
- A disfagia é intermitente? Piora progressivamente?
- Quando começou a dificuldade na deglutição?
- Apresenta sintomas associados como: dor no peito, pirose, dor à deglutição, regurgitação ou sensação da presença constante de um êmbolo na garganta?
- Existem problemas relacionados, como rouquidão, tosse ou sensação de sufoco enquanto come?
- Apresenta sintomas neuromusculares associados, como visão dupla, eptose palpebral, alterações na voz, debilidade muscular ou dificuldade em andar ou segurar objetos com as mãos?
- Perdeu peso nos últimos meses? meses? aspirina ou ibuprofeno? alterações na voz, debilidade muscular ou dificuldade em andar ou segurar objetos com as mãos?
- Perdeu peso nos últimos meses?
- Apresenta algum outro transtorno médico pré-existente, como diabetes, acidente vascular cerebral, cancro, transtornos cardíacos, patologia tiroideia ou SIDA?

- Que medicação toma atualmente?
- Tomou recentemente tetraciclina, potássio, quinidina, aspirina ou ibuprofeno?
- Apresenta algum outro transtorno médico pré-existente, como diabetes, acidente vascular cerebral, cancro, transtornos cardíacos, patologia tiroideia ou SIDA?

Anorexia

- Evitar a ingestão de alimentos entre horas;
- Rever a medicação;
- Avaliar a possibilidade de depressão;
- Evitar patologias que cursem com a anorexia;
- Evitar obstipação e/ou fecalomas obstrutivos.

C. Intervenções relativas aos protocolos clínicos

C1. Avaliação do estado nutricional

C1.1. História clínica completa com antecedentes clínicos

C1.2. Analisar a existência de fatores de risco de desnutrição

- Deterioramento da capacidade funcional;
- Deterioramento cognitivo;
- Presença de doenças crónicas incapacitantes;
- Doença aguda ou situação de stress;
- Depressão;
- Polifarmácia;
- Dificuldades na mastigação, deglutição;
- Anorexia, vómitos. Diarreia
- Perda de peso (mais de 3 Kg no último mês).

C1.3. Detecção do risco de desnutrição (avaliação individual)

Utilização de Escalas, por exemplo:

- **DETERMINE**: autoavaliação a nível ambulatorio.
 - < 3 pontos: reavaliação aos 6 meses;
 - Entre 3-6 pontos: modificação dos hábitos;
 - 6 pontos: avaliação médica.

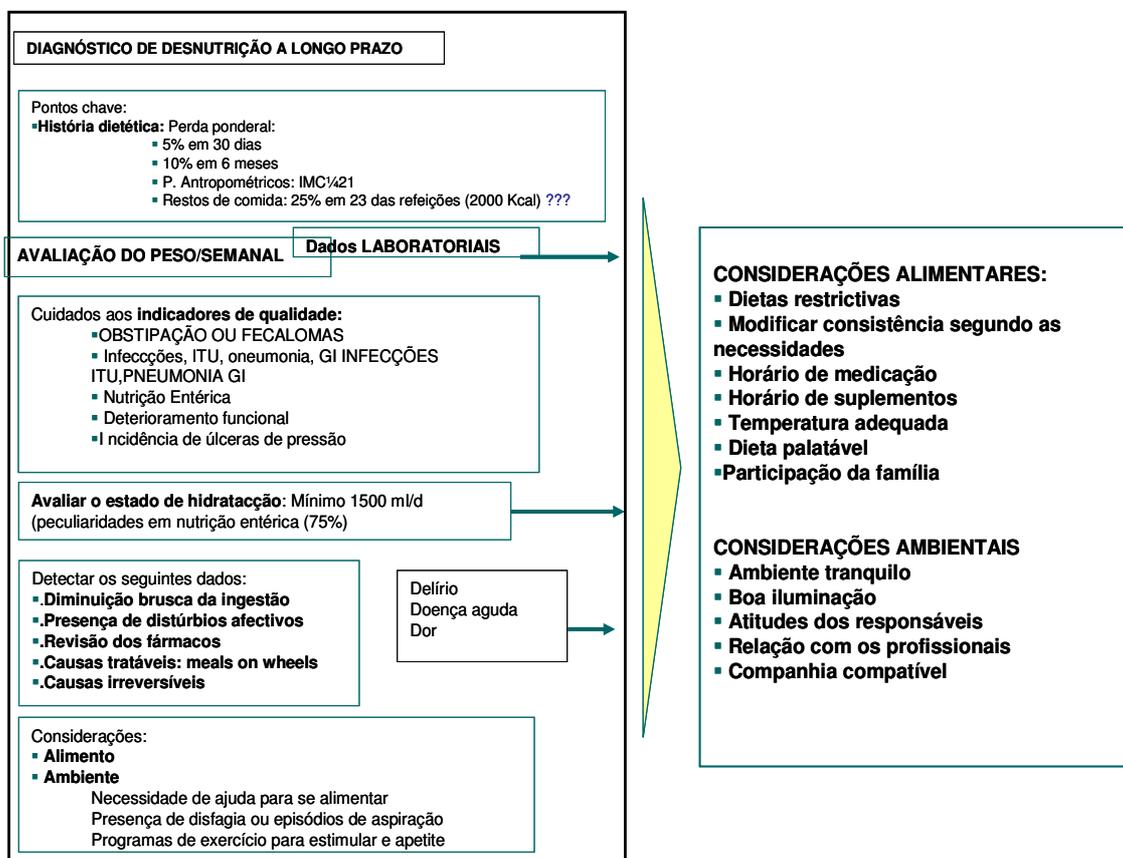
- *MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)*: história nutricional, dados antropométricos, dados bioquímicos e avaliação subjetiva. Prever o risco de mortalidade e complicações;
- *AVALIAÇÃO GLOBAL SUBJETIVA (VGS)*: desnutrição em utentes hospitalizados, validada para idosos;
- *CONTROLO DESNUTRIÇÃO (CONUT)*: Sistema de despistagem validado em Espanha para detetar possível desnutrição através de análises sanguíneas (albumina, linfócitos, colesterol) em utentes internados;
- Diagnóstico da síndrome: cálculo da ingestão habitual das necessidades teóricas;
- Diagnóstico etiológico: deteção de sinais das patologias causadoras;
- Diagnóstico do tipo e gravidade da desnutrição;
- HISTÓRIA CLÍNICA E EXPLORAÇÃO FÍSICA;

IMPORTANTE! Mastigação e da deglutição.

- *ANTROPOMETRIA*:
 - Perda de peso (PP): melhor indicador de massa calórica.
 - $PP = (\text{Peso habitual} - \text{Peso atual}) / \text{Peso habitual} \times 100$
 - Desnutrição se perdas : > 2% semanal, > 5% mensal, > 10% semestral
 - Se aumento de peso rápido pensar em sobrecarga hídrica.
 - Índice de Massa Corporal (IMC):
 - $IMC < 17$: desnutrição severa.
 - IMC entre 24-31 : menor mortalidade em > 65 anos.
 - Pregas cutâneas, circunferências
 - Prega tricipital no braço não dominante e prega subescapular = gordura corporal.
 - Circunferência do braço não dominante ou da barriga da perna = estado da proteína muscular.
- *PARÂMETROS BIOQUÍMICOS*:
 - Proteína visceral: albumina, transferrina, pré-albumina, IGF-1, fibronectina, proteína transportadora de retinol e colesterol;
 - Proteína muscular: índice creatinina/altura, excreção de ureia, balanço nitrogenado e 3- metil histidina;
 - Reserva de gordura: leptina.

C1.4. Diagnóstico de desnutrição a longo prazo

Esquema



C2. Recomendações para a avaliação nutricional da prática diária

C2.1 Utentes com bom nível de saúde

- Vigilância regular do estado da boca;
- Medição periódica do peso;
- Especial atenção aos aspetos psicossociais (viuvez, solidão...);
- Deteção de maus hábitos alimentares. Educação;
- Instrumentos como o MNA (*MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT*) podem identificar os utentes em risco.

C2.2 Utentes com diversos problemas crónicos e dependência nas AVD

- Vigilância do peso mensal;
- Tratamento dentário, higiene e estado da boca, transtornos da deglutição;
- Questionários dietéticos quanti/qualitativos;
- Cuidados às reagudizações que comportam diminuições transitórias da ingestão;

- Medição do IMC, perímetro da cama e braço e poder detetar desnutrição crónica.

C2.3 Utentes em situação aguda ou posterior a esta

- Medição do IMC e do peso. Avaliação do peso em função do peso habitual do utente ou do peso ideal;
- Revisão cuidada da boca e de transtornos da deglutição e mastigação;
- Observação e /ou medição da ingestão dietética;
- Determinação da albumina plasmática e outras medições bioquímicas;
- Medição do perímetro ms do braço e cama com seguimento a longo prazo;
- MNA (*MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT*).

C3. Suplemento nutricional

C3.1 Tipos de suplementos segundo a sua consistência

- Fórmulas em pó para misturar com: lácteos, preparações culinárias, água ou sumos;
- Fórmulas líquidas para consumo imediato;
- Fórmulas com consistência de creme, para utentes com disfagia a líquidos.

C3.2 Recomendações para o uso de suplementos nutricionais

- É imprescindível realizar sempre uma **avaliação clínica do estado nutricional do utente;**
- **História nutricional** antes da administração de suplementos alimentares;
- **Conselho dietético** sobre o uso de alimentos ricos em energia e proteínas;
- **Fixar previamente objetivos** para conseguir a indicação com os suplementos;
- **Identificar os potenciais benefícios** de forma individualizada (melhorar o peso, IMC, a mobilidade...);
- **Avaliar as carências específicas de determinados nutrientes;**
- **Avaliar a aceitação e cumprimento da prescrição;**
- **Revisão periódica e frequente** do utente com suplementos alimentares orais (antes, durante e depois).

C3.3 Tipo de suplemento a escolher

a. Necessidades nutricionais do indivíduo

- Quantidade e tipo de nutrientes que ingere através da dieta habitual ou da Alimentação Básica Adaptada (ABA).
- Quantidade e tipo de nutrientes que ingere através da dieta habitual ou da Alimentação Básica Adaptada (ABA).

b. Composição nutricional do suplemento

- **Suplementos com composição de dieta completa:** concebidos para cobrir todas as necessidades nutricionais diárias;
- **Suplementos com composição de dieta incompleta:** constituídos por um ou vários nutrientes; não cobrem todas as necessidades diárias, de modo que não devem ser utilizados como único suporte nutritivo do utente;
- **Suplementos nos quais predomina um determinado tipo de nutriente** (fórmula completa ou não);
- **Suplementos proteicos**, Suplementos energéticos, Suplementos proteico-energéticos, suplementos especiais.

D. IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM CUIDADOS CONTINUADOS

1. INTRODUÇÃO

O ato de comer está associado a uma variedade de fatores - saúde, sociais, psicológicos e ambientais. Assim a manutenção de um bom estado nutricional tem de resultar da intervenção em todos estes fatores.

Durante os últimos anos uma série de estudos (OMS - Direito á saúde) têm alertado o mundo desenvolvido para fatores alimentares específicos, com íntima relação com as principais causas de morbilidade e mortalidade de hoje, principalmente doenças crónicas e degenerativas caso das doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro, diabetes, obesidade.

Existem recomendações da Direção Geral de Saúde, relativas a alimentação saudável, que devem estar subjacentes á elaboração de qualquer regime alimentar, nomeadamente nos estabelecimentos que prestam cuidados de saúde e/ou de apoio social. Neste enquadramento a RNCCI deve adotar as mesmas recomendações.

No entanto, no quadro das Unidades de internamento da rede, para além destas recomendações, é objetivo manter um estado nutricional adequado, e no caso do idoso em que existem particularidades que podem condicionar má nutrição, nomeadamente relacionadas com os aspetos fisiológicos do envelhecimento associado a certas doenças, fármacos e interações.

Os aspetos fisiológicos do envelhecimento incluem:

- Alterações gástricas que pode resultar em má absorção de cálcio, vitamina B12 e ferro;
- Fibrose e atrofia das glândulas salivares;
- Perda de dentes;
- Diminuição da atividade da lactose e outras dissacaridasases;
- Atrofia de papilas gustatórias;
- Menor resposta a opióides (dimorfina) e outros neuropeptídeos, podendo resultar em “anorexia da idade”;
- Diminuição da sensibilidade de recetores associados ao controle da sede e, conseqüentemente, menor ingestão de água, hipodipsia e desidratação;
- Diminuição da capacidade cutânea de produção da vitamina D;
- Diminuição da absorção de micronutrientes.

A má nutrição na população idosa está associada a maus resultados clínicos e é indicador de risco

de mortalidade.

A abordagem da nutrição na RNCCI, tem como objetivos promover um estado nutricional adequado, prevenindo perda de peso e desidratação, bem como instituir medidas corretivas.

Alguns autores consideram que a última palavra em nutrição é a escolha.

Alguns dados internacionais apontam para que cerca de 10% dos utentes em cuidados de longa duração, perdem > 5% peso em 30 dias e > 10% peso em 180 dias. Estimam também que possa existir deficiência em vitamina D e B6.

Nos cuidados de longa duração existem causas conhecidas de declínio nutricional que devem ser avaliadas e corrigidas quando possível, nomeadamente:

- Depressão;
- Ansiedade;
- Doença cardíaca;
- A.V.C.;
- Diabetes;
- Alterações da deglutição;
- Problemas orais;
- Anorexia relacionada com a idade;
- Alterações sensoriais;
- Dor;
- Úlceras de pressão;
- Demência;
- Infecção;
- Obstipação;
- Preferências alimentares;
- Fármacos que interferem com o apetite.

A este nível os fármacos que geralmente se associam com diminuição do apetite englobam:

- Estimulantes do S.N.C.;
- Teofilina;
- Digoxina;
- Alguns diuréticos;
- Antidepressivos (nomeadamente os inibidores da recaptação da serotonina) entre outros.

As patologias associadas a malnutrição proteica incluem:

- Doença cardíaca;
- Neoplasia;
- Doença pulmonar;
- Infecções;
- Candidiase esofágica;
- Artrite reumatóide;
- Malabsorção;
- Hipertiroidismo;
- Doença de Parkinson.

Consequências da má nutrição no idoso:

- Menor atividade física devido a hipotrofia muscular, disfunção orgânica relacionando-se também com risco de quedas;
- Agravamento de morbilidades pré existentes;
- Problemas cardiovasculares;
- Menor capacidade de cicatrização secundária;
- Imunossupressão.

A avaliação e intervenção no estado nutricional são um dos fatores determinantes de sucesso de intervenção em cuidados continuados.

Um treino adequado de toda a equipa e a melhoria da comunicação interdisciplinar são fatores subjacentes ao sucesso da intervenção.

2. RASTREIO E AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

- Identificação do risco de desnutrição e desidratação;
- Implementação de medidas que previnam o declínio nutricional;
- Reavaliação do plano de intervenção.

A avaliação do risco nutricional, é o processo de identificação de fatores biológicos ou ambientais *major* do indivíduo, associados a problemas nutricionais, que influenciam negativamente a evolução clínica.

O rastreio e a avaliação do estado nutricional de um indivíduo podem ser realizados utilizando um número de medidas que variam de instrumentos como a Avaliação Global Subjetiva, medições relativamente simples da altura e peso (em conjugação com o Índice de Massa Corporal) até escalas específicas de avaliação.

Os parâmetros antropométricos que possuem um valor preditivo superior são o peso, a prega

cutânea tricúspita e a circunferência muscular do braço.

A percentagem de perda de peso é o indicador antropométrico mais comumente usado.

As escalas que podem ser usadas incluem a “Nutritional Risk Screening”, a “Malnutrition Universal Screening Tool” e a “Mini Nutritional Assessment”, esta última adequada para indivíduos com idade acima dos 65 anos de idade.

As medições do IMC têm sido consideradas de menor validade em alguns grupos de pacientes, como nas crianças e nos mais idosos, devido à alteração/diferença na razão da sua massa corporal gorda/magra.

O registo do peso do paciente deve seguir um protocolo específico, onde o indivíduo é idealmente pesado à mesma hora do dia utilizando a mesma escala com um intervalo de peso apropriado. Antes de se pesar, o indivíduo deve despir-se e descalçar-se. Se possível, o registo de todas as medições de peso deve ser efetuado pelo mesmo indivíduo. A pesagem semanal é considerada adequada.

Para além do peso, o diâmetro abdominal é um marcador fiável da massa adiposa intra abdominal.

A perda de peso involuntária (> 10% do peso normal nos últimos 6 meses, ou > 5% no último mês) pode fornecer a indicação de desnutrição, embora se possível as razões desta perda involuntária de peso devam ser exploradas em cada caso individual.

Após avaliação, os indivíduos nutricionalmente comprometidos devem ter um plano de suporte apropriado e/ou suplementos que respondam às necessidades individuais e que seja consistente com os objetivos gerais da terapêutica.

Assegurar a ingestão de uma dieta adequada que previna a desnutrição, desde que seja compatível com as expectativas individuais ou condição do indivíduo.

O estado nutricional deve ser reavaliado periodicamente, seguindo um plano de avaliação individualizado que inclua a data de avaliação.

A frequência da avaliação deve ser baseada nas condições do indivíduo e deve ocorrer na sequência de eventos específicos que possam alterar o estado nutricional do indivíduo.

Deve ser tido em consideração que quando os indivíduos estão desnutridos os efeitos da alimentação e/ou dos suplementos podem não ser imediatamente visíveis, provavelmente porque primeiro será necessário ocorrer um restabelecimento das reservas já esgotadas.

As consequências da imobilidade são frequentemente vistas como o principal fator que predispõe ao início do desenvolvimento das úlceras de pressão, mas é também sabido que existe uma relação causal entre a nutrição e o desenvolvimento das úlceras de pressão.

Uma intervenção nutricional bem sucedida pode também ser marcada pela redução na incidência de novas úlceras de pressão e pela cicatrização das já existentes.

Quando os indivíduos têm úlceras de pressão graves (Grau 3 e 4) a equipa multidisciplinar deve ter em consideração o seu dispêndio de energia basal e prestar particular atenção ao aumento da perda de fluidos através das feridas.

A desidratação deve ser entendida como a perda de água corporal que causa sinais e sintomas incluindo declínio funcional. A monitorização da hidratação deve incluir avaliação ou alterações: Ingestão de líquidos, Nível de consciência, Estado mental, Volume de urina, Alterações súbitas de peso.

3. INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

Quando a avaliação ou rastreio do estado nutricional indica que a desnutrição pode estar presente, deve ser considerada uma intervenção nutricional. O objetivo primário da intervenção nutricional é geralmente corrigir a desnutrição proteico-energética, de preferência por via oral.

Deve avaliar-se e tratar comorbilidades que contribuem para risco de malnutrição

Deve adequar-se a alimentação às necessidades nutricionais tendo em conta a idade, sexo, patologias, condição funcional e nível de atividade física.

Entender a alimentação como necessidade básica de suporte de vida, mas também como atividade de prazer, indo ao encontro das preferências e desejos individuais, salvaguardando as restrições alimentares impostas por patologias ou disfunções orgânicas, e procurando sobretudo nos cuidados de longa duração manter o atrativo e a diversidade de apresentação.

Quando existem algumas limitações na ingestão normal de alimentos e líquidos, deve avaliar-se o ambiente local, como a acessibilidade aos alimentos, questões funcionais e sociais bem como a textura da dieta. Alterações nestes aspetos podem encorajar ou facilitar a ingestão oral. O objetivo global deve ser o de considerar a qualidade e a densidade energética dos alimentos ingeridos, mais do que a quantidade.

Considerar que a quantidade de fluidos ingeridos é tão importante como a qualidade.

Onde não for possível promover uma alimentação normal, pode estar indicado o uso de suplementos orais ricos em proteínas e energia.

Quando a alimentação normal e os suplementos orais falham na resolução da desnutrição, devem então ser utilizadas outras vias (por exemplo alimentação por sonda), tendo em

consideração os riscos associados a estas intervenções.

A apresentação da comida e a assistência na refeição são fatores que contribuem para maior motivação do utente para a ingestão.

Devem ser consideradas as preferências do utente, o paladar da comida, a temperatura a que é servida, o ambiente da refeição deve ser calmo e confortável, bem iluminado, com temperatura adequada, ter apoio dos cuidadores, ter companhias compatíveis, ter assistência rápida.

A existência de menus alternativos melhora a apetência para a refeição.

Devem ser fornecidos pequenos snacks e líquidos no intervalo das refeições e os utentes devem saber onde encontrar comida se o desejarem.

Deve ser promovida a ingestão de líquidos de cerca de 1,5 litros por dia, salvo contra indicação, em intervalos regulares.

Os suplementos nutricionais que sejam necessários fornecer, devem ser administrados no intervalo das refeições.

O planeamento dietético individualizado é essencial para a manutenção de um bom estado nutricional.

4. GUIA PARA PREVENIR E GERIR ASPETOS NUTRICIONAIS EM CUIDADOS CONTINUADOS

Parâmetros a incluir:

- Os menus deveriam ser elaborados após consulta das preferências dos utentes;
- Os menus devem ser preparados de acordo com as recomendações para uma alimentação racional, incluindo cereais integrais ou enriquecidos, vegetais, fruta, produtos derivados do leite, fontes proteicas animais e alternativas;
- Deve existir rotatividade de menus, incluindo os snacks;
- Deveria providenciar-se a existência de menus alternativos;
- Devem fornecer-se nutrientes, calorias e fluidos ajustados à idade, sexo, peso, atividade física, necessidades terapêuticas;
- Os menus devem ser comunicados aos utentes;
- Os alimentos devem ser armazenados em condições adequadas;
- Devem fornecer-se snacks e líquidos no intervalo das refeições e ao deitar, exceto se houver contra indicações;
- Deve existir acesso dos utentes a alimentos e líquidos em local que todos tenham conhecimento;

- Deve existir assistência às refeições;
- As refeições devem ser calmas e com ambiente adequado;
- Deve existir programa de cuidados nutricionais, para avaliação de risco nutricional, avaliação de necessidades nutricionais e intervenção, com reavaliação e prevenção de má nutrição e desidratação, avaliar e tratar situações clínicas subjacentes a risco nutricional;
- Deve existir treino adequado de toda a equipa e a melhoria da comunicação interdisciplinar.

Fatores de identificação de risco nutricional:

- Perda de peso involuntária de 5% em 30 dias ou 10% em 180 dias □ I.M.C. (índice massa corporal) < 21;
 - Utente deixa 25% ou mais, de comida no prato em 2/3 das refeições, por um período de observação de 7 dias.
- Proceder a pesagem semanal;
- Identificação de situações que possam condicionar a perda de apetite e medição da temperatura;
- Verificar estado de hidratação;
- Verificar questões ambientais e de apresentação da comida;
- Assistência na refeição;
- Considerar programa de exercício para estimulação do apetite.

E. PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS NO IDOSO

1. INTRODUÇÃO

Os efeitos adversos de medicamentos causam morbidade e mortalidade significativa e estão associados com custos económicos elevados. São frequentes no idoso, independentemente de se encontrarem em ambulatório, em cuidados de longa duração ou hospitalizados. (Budnitz DS et al.2007)

As pessoas idosas têm mais doenças e incapacidade do que os jovens, e como resultado, têm uma quantidade desproporcionada de medicamentos prescritos, situação que os autores referem existir no Canadá e internacionalmente. É um facto que muitos medicamentos reduzem a doença e o risco de morte neste grupo etário, mas o balanço entre os benefícios e os riscos é precário, e assim as pessoas idosas têm um maior risco de terem efeitos adversos. (McLeod JP et al.1997)

A frequência de doença crónica aumenta com a idade. Como resultado as pessoas idosas tomam um maior numero de medicamentos quando comparadas com a população em geral.

Esta população tem risco acrescido de efeitos adversos e interações medicamentosas devido a alterações farmacocinéticas e polimedicação. A prescrição inadequada, o uso de medicamentos não sujeitos a receita médica e baixa adesão contribuem para esse risco.

Na área da adesão terapêutica no idoso, a polimedicação, múltiplas doses, alterações cognitivas e limitações funcionais contribuem para este problema. Enquanto a absorção é completa mas lenta, a idade tem efeitos na distribuição, metabolismo e excreção de medicamentos. O volume de distribuição está reduzido pela massa muscular diminuída e pelo conteúdo total em água. Esta situação assume particular importância para medicamentos que requerem doses de indução.

Outra alteração típica relacionada com a idade é o aumento da massa adiposa, que age como depósito nos medicamentos lipofílicos.

A potência e a duração de ação estão geralmente aumentadas no idoso devido a diminuição da função hepática e renal. (Roehl B et al.2006)

Os 2 critérios de consenso mais universalmente usados para uso de medicamentos em idosos são os critérios de Beers e os critérios canadianos.

Os critérios de Beers são baseados num consenso de peritos desenvolvido através de revisão bibliográfica extensa, com bibliografia e questionário avaliados por peritos reconhecidos na área dos cuidados geriátricos, farmacologia clínica e psicofarmacologia. Estes critérios têm sido extensamente usados na última década para estudar padrões de

prescrição, para formação clínica, para resultados em saúde e custos. Estes critérios de Beers identificam 48 medicamentos ou classes de medicamentos a evitar em idosos e 20 doenças ou situações e medicamentos que devem ser evitados em idosos com as situações ou doenças descritas. 66 destes medicamentos potencialmente inadequados foram considerados pelo painel como tendo resultados adversos de gravidade elevada. Estes critérios são feitos para serem aplicados a doente com 65 ou mais anos, faltando nesta lista os que se relacionam com idosos em situação de fragilidade. Por outro lado, ao definir-se medicação inadequada por lista de medicamentos e não por outros mecanismos, deixa de fora questões como as interações medicamentosas no idoso. (Fick DM et al.2003)

Alguns autores referem que embora se reconheça que a medicação do idoso requer considerações especiais, quem não se dedica à geriatria não está familiarizado com os critérios de Beers. A utilização destes critérios como uma medida de qualidade de cuidados e segurança está generalizada. (Budnitz DS et al.2007)

Os critérios de Beers estão disponíveis on-line:

<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/163/22/2716.pdf>

Nos critérios do Canada refere-se que as interações medicamentosas e as interações de medicamentos com certas doenças devem ser enfatizadas quando se aborda a prescrição inadequada nas pessoas idosas.

Assim, definiram 3 tipos de práticas inadequadas na prescrição de medicação para pessoas idosas:

- 1ª) prescrição de medicamentos geralmente contraindicados nos idosos devido a um risco/benefício inaceitável (utilizando os critérios de Beers);
- 2ª) prescrição que pode causar interações medicamentosas;
- 3ª) prescrição que pode causar interações de medicamentos com certas doenças.

O painel de consenso nacional englobou 32 especialistas: 7 farmacologistas clínicos, 9 especialistas de geriatria, 8 médicos de família e 8 farmacêuticos.

As práticas de prescrição inadequada foram agrupadas em:

- medicamentos para o tratamento de doenças cardiovasculares;
- medicamentos psicotrópicos;
- AINE e outros analgésicos;
- outros.

De 38 práticas identificadas como inadequadas, 18 referem-se a medicamentos geralmente indicados nas pessoas idosas devido ao risco/benefício inaceitável; 16 por interação de medicamentos com certas doenças e somente 4 dizem respeito a interações medicamentosas.

De realçar que 3 destas 4 interações dizem respeito à varfarina.

Os critérios do Canada estão disponíveis on-line:

<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/156/3/385>

2. PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS, ADMISSÕES HOSPITALARES E URGÊNCIAS

Há autores que referem que 30% das admissões hospitalares nas pessoas idosas pode estar ligada a problemas relacionados com medicamentos (PRM) ou efeitos tóxicos de medicamentos. Os efeitos adversos têm sido também associados a situações preveníveis nas pessoas idosas, caso da depressão, obstipação, quedas, imobilidade, estados confusionais e fraturas do colo do fémur. (Fick DM et al.2003). O mesmo é afirmado por outros. (Roehl B et al.2006)

Alguns estudos mostraram que a morbilidade relacionada com medicamentos representa 4,3% de admissões hospitalares preveníveis.

Os autores utilizaram pesquisa de bases de dados de: the Cochrane controlled trials register, Cochrane database of systematic reviews, Index UK, US Dissertation abstracts, International Pharmaceutical Abstracts, MEDLINE, EMBASE, Cinahl, Pharmline, National Research Register, Psychinfo, Science Citation Index and SIGLE.

5 estudos realizaram-se no Reino Unido, 2 na Dinamarca, 2 nos USA, 2 na Austrália, 1 no Canada e 1 em Itália. Estes 13 artigos davam uma percentagem média de 3,7% de admissões hospitalares preveníveis. 9 estudos mostravam que a maioria (51%) de admissões preveníveis envolviam antiplaquetários (16%), diuréticos (16%), AINE (11%) ou anticoagulantes (8%). Estes 4 grupos representavam mais de 50% das admissões preveníveis e 12 grupos representavam 80%.

Das admissões preveníveis, 5 estudos mostravam que 30,6% se relacionavam com a prescrição e 22,2% com problemas de monitorização. Recomendam monitorização adequada de doentes com terapêutica de anticoagulantes orais e coprescrição de medicamentos que aumentem o risco de hemorragia, e concentrar intervenções nestes grupos pode reduzir significativamente o número de casos. (Howard RL et al.2006)

Num estudo utilizando os critérios de Beers, foram analisadas as idas a urgência relacionadas com medicação, em pessoas com 65 ou mais anos, utilizando o National Electronic Injury Surveillance System-Cooperative Adverse Drug Event Surveillance System, 2004-2005; National Ambulatory Medical Care Survey, 2004; National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, 2004.

Estimaram em 3,6% as relacionadas com efeitos adversos por prescrição inadequada segundo os critérios de Beers, e 33,3% por efeito de outras medicações - varfarina, insulina

e digoxina.

A ida à urgência por estes 3 medicamentos era 9 vezes superior às da medicação considerada inadequada e assim deveriam ser desenvolvidas intervenções para prevenir os efeitos adversos destes.

As mulheres tiveram sempre mais efeitos adversos que os homens.

Utilizando os critérios, as consideradas sempre potencialmente inadequadas, mostraram que mais de 50% das idas à urgência foram por medicação com anticolinérgicos, antihistamínicos, nitrofurantoina, propoxifeno. Mais de metade dos casos com nitrofurantoina foram reações alérgicas.

No grupo de medicamentos potencialmente inadequados em certas circunstâncias, a digoxina foi a mais implicada, representando 3,1% de todas as idas à urgência por efeitos adversos.

9 dos 10 medicamentos mais implicados podem ser agrupados em categorias: agentes antiplaquetários e anticoagulantes orais (varfarina, ácido acetilsalicílico, clopidogrel), antidiabéticos (insulina, metformina, gliburide, glipizida) e agentes com janela terapêutica estreita (digoxina, fenitoína). Juntos representaram 47,5% de idas à urgência por efeitos adversos em idosos. (Budnitz DS et al.2007)

3. PRM E CUIDADOS EXTRA-HOSPITALARES

Num estudo efetuado nos USA verificou-se que 50% das pessoas com mais de 65 anos de idade tomavam 5 ou mais medicamentos (prescritos e não sujeitos a receita médica) por semana e 12% tomava 10 ou mais. Estudos efetuados sugerem que exista pelo menos uma prescrição inadequada em 40% de utentes de cuidados de longa duração. (Roehl B et al.2006)

Um estudo de 1997 sobre efeitos adversos mostrou que 35% de pessoas idosas em ambulatório tiveram efeitos adversos das quais 29% necessitaram de intervenção de saúde. Cerca de 2/3 de residentes de cuidados continuados têm um efeito adverso num período de 4 anos. (Fick DM et al.2003)

Num estudo verificou-se que a prevalência de medicamentos prescritos de alto risco em pessoas idosas no Québec, era de 52.6%. (McLeod JP et al.1997)

Num estudo de 18 unidades de longa duração (nursing homes) identificaram-se 546 lesões relacionadas com medicação, sendo mais de metade preveníveis. Uma foi fatal, 6% puseram risco de vida e 38% foram consideradas graves. O estudo identificou 188 potenciais reações adversas, 80% das quais relacionadas com a utilização de varfarina.

Um dos dados do estudo foi a constatação de que as reações mais graves eram

potencialmente mais preveníveis do que as menos graves. Os medicamentos psicoativos (antipsicóticos, antidepressivos, sedativos e hipnóticos) e os anticoagulantes, foram os mais associados com efeitos preveníveis - sedação, confusão, alucinações, delírio, quedas e hemorragias. Mais de 36% dos residentes usavam antidepressivos, 24% sedativos/hipnóticos e 17% antipsicóticos.

As causas mais frequentes de lesões preveníveis foram relacionadas com a prescrição e ausência de monitorização, identificadas também por outros estudos.

Na área da prescrição a causa mais frequente foi erro de dose, seguida de interações e inadequação.

Na área da monitorização foram a inadequação da monitorização e atraso ou ausência de resposta a sinais ou sintomas de toxicidade.

Os autores referem que se generalizassem os dados para o universo das “nursing homes” teriam 350.000 casos por ano o que corresponde a 23% dos residentes, considerando os autores, estes números como conservadores.

Recomendam o aumento da vigilância e sistemas de relato de efeitos adversos, formação contínua relacionada com o uso adequado de medicação nos idosos frágeis e estratégias de prevenção de problemas relacionados com prescrição e monitorização. (Adverse Drug Events in Nursing Homes: Common and Preventable.)

Num estudo efetuado com todos os residentes de longa duração de 2 unidades académicas de longa duração, por um período de 9 meses de 2000-1, registaram-se 815 efeitos adversos dos quais 42% foram assumidos como preveníveis.

Os erros associados a efeitos preveníveis, foram também neste estudo, relacionados com prescrição e monitorização.

Dos 198 erros de prescrição identificados, os mais comuns foram dose inadequada (48%), escolha inadequada (38%) e interação medicamentosa conhecida (12%).

Os que tomavam medicamentos de várias classes tinham maior risco de efeito adverso prevenível.

O risco ajustado foi de 3,4 para os que tomavam antipsicóticos, 2,8 para os com anticoagulantes, 2,2 para os com diuréticos e 2 para os com antiepilépticos.

Neste estudo 72% da população eram mulheres e 92% tinham 75 ou mais anos, sendo uma população mais idosa que em outros estudos. Os eventos neuropsiquiátricos - sedação, confusão, alucinações, delírio - representaram o tipo mais comum de efeitos preveníveis, e o segundo dos não preveníveis. Outros sintomas frequentes dos preveníveis incluem: eventos gastrintestinais - dor abdominal, diarreia, obstipação; hemorragias; renais/hidro

eletrolíticas - azotemia, desidratação, hipercaliemia, hipocaliemia, falência renal; endócrino metabólicas - hipoglicemia, alterações de tireoide. Entre os efeitos adversos preveníveis a varfarina, antipsicóticos, diuréticos, benzodiazepinas, opióides, e inibidores da angiotensina foram os que mais estiveram envolvidos.

O número de medicamentos associou-se com os efeitos adversos. Assim quando comparado com residentes que tomavam entre 1 e 5, os que tomavam 6 a 8 o risco era de 1,4; os que tomavam 9 a 11 era de 1,7; para os 12 era de 2,1.

Os autores referem que se os dados fossem aplicados a todas as instituições do mesmo tipo nos USA, existiriam 120 efeitos adversos por ano, para unidades com 105 camas, mais de 40% preveníveis. Significa 1,9 milhões de efeitos adversos por ano em 1,6 milhões de residentes. (Gurwitz JH et al.2005)

Num estudo em que se questiona se a medicação inadequada é uma causa *major* de reações adversas no idoso, refere-se que a diminuição do número de medicamentos é o principal fator prevenível, associado a prescrição adequada tendo em conta a fragilidade destes doentes.

A medicação inadequada mais envolvida em doentes com efeitos adversos é os antidepressivos com ação anticolinérgica, vasodilatadores cerebrais, benzodiazepinas de longa ação e o uso concomitante de 2 ou mais medicamentos psicotrópicos da mesma classe terapêutica. (Laroche ML et al.2006)

Uma pesquisa efetuada no MEDLINE de 1996 a abril 2007, identificou mais de 50 trabalhos de investigação documentando prescrição inadequada em cuidados comunitários, cuidados de longa duração e hospital, a nível mundial. Os critérios de Beers ou outras medidas como a polimedicação podem ser indicadores úteis de qualidade de prescrição, mas com difícil identificação de doentes de alto risco, devendo existir especial atenção aos medicamentos que clinicamente estão ligados a efeitos adversos graves. (Budnitz DS et al.2007)

Alguns autores referem que é assumido que o número de doenças crónicas, o uso de tranquilizantes e antidepressivos, e a polimedicação se associam com aumento de risco de quedas, embora não seja claro as associações independentes entre estes fatores. (Lawlor DA et al.2003)

As quedas no idoso são comuns e muitas vezes serias. Têm como resultado diminuição da capacidade funcional e internamentos em cuidados continuados (nursing homes). O risco de quedas aumenta com o número de fatores de risco, entre os quais a medicação. A polimedicação é considerada um fator de risco importante para as quedas no idoso. (Ziere G et al.2005)

Num estudo envolvendo 4050 mulheres dos 60 aos 79 anos, verificou-se que a prevalência de quedas aumentava simultaneamente em relação ao número de doenças crónicas, não tendo encontrado este estudo relação com o número de medicamentos, depois dos dados

ajustados para doença crónica e outros fatores de enviesamento.

Depois de ajustado, o risco de queda atribuído à população, com a existência de pelo menos uma doença crónica foi 32,2%. Cerca de 75% das mulheres tinham pelo menos uma doença crónica.

As doenças crónicas que mais se associaram a risco de queda foram as doenças circulatórias, doença pulmonar crónica obstrutiva, depressão e artroses.

Só 2 classes de medicamentos - hipnóticos/analíticos e antidepressivos – mostraram associação independente com o risco de queda, da ordem dos 50% para cada.

As mulheres com quedas no último ano eram mais velhas do que as que não caíram e tinham mais doenças crónicas e tomavam mais medicamentos. (Lawlor DA et al.2003)

Uma meta análise mostrou um risco acrescido de quedas com o uso de diuréticos, antiarrítmicos e psicotrópicos. No entanto num estudo populacional documentou-se que a existência de comorbilidades é um importante fator de risco para quedas.

Os autores verificaram que o número de quedas aumenta com a idade, com o número de medicamentos utilizados por dia, e que são mais comuns nas mulheres.

O risco de queda foi de 1,4 para o uso de 3 medicamentos e 1,7 para 4 ou mais. Se se considerar o número de medicamentos considerados de risco, com 1 o risco era de 1,3 e com 2 de 2,5.

O estudo evidenciou que a polimedicação só é fator de risco de quedas se incluir pelo menos um medicamento de risco (caso por exemplo de medicação com ação no sistema nervoso central, diuréticos). Assim na avaliação de quedas deve existir especial atenção aos medicamentos que aumentam o risco e não à polimedicação per se. (Ziere G et al.2005)

Considera-se que a polimedicação é um problema de prescrição inadequada bastante generalizada. Foram analisados 17273 doentes com 65 anos de idade, com história de fratura no ano de 2005 e um grupo controle de 62331 doentes. Consideram que os resultados são consistentes com resultados da literatura, em que se identifica diferença significativa para a medicação com ação no sistema nervoso central. 41% dos doentes com fratura tomavam este tipo de medicação comparado com 31% do grupo controle ($p < 0,0003$). (French D et al.2006)

A questão da polimedicação foi alvo de abordagem num outro estudo. O facto de existirem várias orientações baseadas na evidência, em que a terapêutica para determinada patologia envolve mais que um medicamento, associado a um envelhecimento populacional em que varias patologias existem, criam condições para a polimedicação. Esta tem tido várias definições, em que alguns autores a definem como *minor* (2 medicamentos) e *major* (mais de 4); outros sempre que se usem mais medicamentos do que clinicamente indicado ou

inadequados; outros como 2 ou mais para tratar a mesma patologia; outros 2 ou mais da mesma classe.

Mas segundo alguns autores, se os esforços se centrarem exclusivamente no número, podem não se prescrever medicamentos benéficos e ter-se subtratamento.

Nos PRM a polimedicação é considerada fator de risco, considerando-se nesta área polimedicação como o uso de 5 ou mais medicamentos. Assim analisaram se a polimedicação é um indicador adequado para descrever o risco de ocorrência de PRM.

Verificaram que quase metade dos doentes admitidos no hospital tomava 5 ou mais medicamentos. Um estudo retrospectivo mostrou que dos doentes admitidos em hospital, 66% tomava 5 ou mais medicamentos, 46% 7 ou mais e 21% 10 ou mais.

O risco de PRM aumenta com cada novo medicamento prescrito, de forma linear (de 1 a mais que 11) sem se encontrar um nível determinado de número de medicamentos prescritos que mudasse esse risco, não sendo assim provado o cut-off de 5. No entanto, independentemente do número é um risco demonstrado para PRM. (Viktil KK et al.2006)

Segundo alguns autores 75% de doentes idosos em casas apoiadas têm pelo menos um fator de risco para PRM. O uso de medicamentos com janela terapêutica pequena, o uso de 5 ou mais medicamentos e com grande incapacidade necessitam de monitorização periódica (George J et al.2006).

Tem existido um enfoque especial na varfarina, dado que o sistema de relato da FDA indica que a varfarina se encontra entre os 10 medicamentos com maior número de efeitos adversos, durante a década de 90 e 2000. A análise de certidões de óbito nos USA, mostrou que em 2003 e 2004, os anticoagulantes ocupavam o primeiro lugar, em mortes relacionadas com efeitos adversos em uso terapêutico.

A análise de dados de serviços de urgência, a varfarina encontrava-se entre os que originavam mais idas a serviços de urgência. (Wysowski DK et al.2007)

Foi efetuado estudo de residentes de cuidados continuados (nursing homes) de 25 unidades (numero de camas de 90 a 360) durante um período de 12 meses, em que documentaram 720 efeitos adversos relacionados com a varfarina e 253 potenciais efeitos relacionados.

87% foram considerados *minor*, 11% graves e 2% com ameaça de risco de vida ou morte. 29% do total e 57% dos efeitos graves foram considerados preveníveis. As causas mais frequentes foram mais uma vez erros de prescrição e monitorização. Estes dados mostram que a terapêutica com varfarina coloca problemas de segurança, devendo ser desenvolvida estratégias para evitar erros de prescrição e monitorização. (Gurwitz JH et al.2007)

Nos objetivos para segurança do doente (patient safety) para 2008, na área dos cuidados de

longa duração, a Joint Commission define a promoção de melhorias específicas nesta área.

No objetivo n.º 3, relacionado com a melhoria da segurança no uso de medicação, para o ano de 2008 tem enfoque na terapêutica anticoagulante, considerada terapêutica de alto risco, em que se pretende diminuir lesão relacionada com o uso desta medicação, em que se inclui a varfarina. Por outro lado no seu objetivo n.º 9 pretende-se diminuir o risco de lesão por quedas, em que para se atingir esse objetivo se inclui a avaliação da medicação. (National Patient Safety Goals 2008- Long Term Care)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estimativas recentes sobre as consequências humanas e económicas de PRM excedem largamente os dados do instituto de medicina dos Estados Unidos (IOM) relacionadas com morte por erro médico, com um custo de 8 biliões de dólares (cerca de 5,7 biliões de Euros), anualmente.

Em 2000, foi estimado que os PRM causaram 106 000 mortes por ano, com um custo de 85 biliões de dólares (cerca de 60 biliões de Euros). Outros autores calcularam os custos de PRM em cuidados ambulatoriais como sendo de 76,6 biliões de dólares (cerca de 55 biliões de Euros), a nível hospitalar de 20 biliões (cerca de 14 biliões de Euros) e 4 biliões (cerca de 2,8 biliões de Euros) em unidades de cuidados continuados.

Se os PRM fossem classificados como uma doença como causa de morte, nos Estados Unidos seria a 5ª causa de morte.

A prevenção e o reconhecimento de PRM nas pessoas idosas e outras populações vulneráveis, são uma das principais questões de qualidade e segurança em cuidados de saúde para esta década. (Fick DM et al.2003)

Na perspetiva de obtenção de melhores resultados em saúde, deve encontrar-se um equilíbrio entre a medicação necessária segura e a prevenção de efeitos adversos. (Roehl B et al.2006)

A abordagem de medicação no idoso pode incluir:

- O menor número de medicamentos possível e regime posológico o mais simples possível;
- Evitar medicação potencialmente lesiva para o idoso;
- Usar abordagem em equipa. (Roehl B et al.2006)

Relativamente a medicação em cuidados de longa duração, na área da prescrição consideram-se fatores importantes a equacionar:

- Existe algum medicamento na medicação do doente que seja potencialmente lesivo?

- Existe algum medicamento que seja ligeiramente benéfico mas geralmente ineficaz?
- Existem mais valias suficientes? (Splete H.2007)

No que respeita a medicação no idoso, sugere-se como recomendações *major*, entre outras:

- Revisão de toda a medicação, incluindo os não sujeitos a receita medica;
- Avaliar a capacidade cognitiva e suporte social;
- Avaliar a adesão terapêutica;
- Avaliar história de efeitos adversos prévios;
- Avaliação das capacidades funcionais, sensoriais, afetivas e estado nutricional. (Fulmer T et al. 2003. Medication in older adults. www.guideline.gov)

Existem vários fatores que influenciam os efeitos da medicação e o risco de efeitos adversos, devendo ter-se em atenção fatores como:

- Patologias múltiplas coexistentes;
- Polimedicação - efeitos redundantes e interações;
- Alterações farmacológicas relacionadas com a idade.

Existe ainda necessidade de mais dados sobre o efeito de certos medicamentos no idoso, nomeadamente acima dos 75 anos de idade, dado que este grupo etário é geralmente excluído dos ensaios.

No entanto os cuidados de longa duração constituem uma oportunidade para investigação e desenvolvimento de intervenções específicas. (Kaldy J.2007)

F. ORIENTAÇÕES PARA ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS

INTRODUÇÃO

Numerosas empresas, entidades, instituições e pessoas são responsáveis pelo manuseamento, armazenamento e distribuição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, até estes chegarem ao seu utilizador final.

Os riscos envolvidos são essencialmente os mesmos que se encontram presentes num ambiente de produção de medicamentos: má identificação, desvios, contaminação e contaminação cruzada.

Nas Unidades de Saúde da **Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**, a qualidade dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, por elas adquiridos, armazenados e distribuídos, pode ser afetada por falta de um procedimento adequado de armazenamento e distribuição.

É essencial um bom planeamento da área de armazenamento, tendo em conta a necessidade de, entre outros, um acesso restrito e uma limpeza adequada. As condições têm que estar em concordância com as especificações dos produtos farmacêuticos. Os narcóticos e outros produtos que apresentam um risco especial devem ser armazenados numa área dedicada com medidas adicionais de segurança.

A rotação dos stocks deve ser vigiada. Todas estas condições de armazenamento devem ser monitorizados numa base regular.

1. ARMAZENAMENTO GERAL

Devem ser criadas as condições necessárias de armazenamento de fármacos de modo a garantir uma correta conservação. O espaço de armazenamento de fármacos será influenciado por múltiplos e diversos fatores.

Deve ter-se em conta:

- Superfície e prestação de serviço da Unidade;
- Unidade de Saúde é ou não abastecida por Serviço Farmacêutico Centralizado;
- Número de camas;
- Tempo de internamento (Unidade de curta/ média /longa duração);
- Local de acesso fácil para comunicação externa (receção do medicamento), e comunicação interna (distribuição do medicamento).

1.1. Armazém – Estrutura Física

- a.** Área de armazenamento deverá ser desenhada ou adaptada de modo a assegurar boas condições de armazenamento;
- b.** Área adequada aos produtos farmacêuticos;
- c.** Dotada de ventilação, proteção da luz solar direta, iluminação, temperatura e humidade controladas. (temperatura abaixo dos 25°C, humidade inferior a 60%);
- d.** Facilidade de limpeza;
- e.** Fechadura exterior que permita encerramento;
- f.** Janelas se existirem devem ser protegidas contra intrusão;
- g.** Portas largas onde possam circular paletes no caso de um armazém de injetáveis de grandes volumes;
- h.** Proximidade com elevador / monta cargas;
- i.** Dimensões adequadas à instalação de suportes para armazenagem de medicamentos e/ou soluções injetáveis de grande volume, como estantaria de metal ou prateleiras;
- j.** Nenhum produto deverá assentar diretamente no chão, estando devidamente espaçado de modo a permitir limpeza e inspeção;
- k.** A arrumação dos medicamentos deve ser feita por ordem alfabética do nome genérico, por especialidade farmacêutica, devidamente identificadas com o código do produto;
- l.** Deve permitir rotação adequada dos stocks garantindo que sejam utilizados em primeiro lugar os medicamentos de menor prazo de validade, ou mantendo o princípio: primeiro entrado/ primeiro saído;
- m.** Produtos farmacêuticos e fármacos danificados ou partidos devem ser retirados do restante stock existente;
- n.** Os prazos de validade devem estar devidamente verificados e controlados, preferencialmente por via informática. (1).

1.2. Equipamento

- a.** Mobiliário adequado para acondicionamento de fármacos, (estantes fechadas e de fácil acesso e higienização);

- b. Paletes para injetáveis de grande volume em material apropriado (ex: poliestireno expandido);
- c. Bancada de trabalho;
- d. Para registo de temperatura e humidade: termo – higrómetro;
- e. Lavatório para lavagem de mãos.

1.2.1. Equipamento de Segurança

- a. Extintor;
- b. Sistema de Alarme;
- c. Estojo de primeiros socorros em local bem assinalado;
- d. Sinalética adequada.

1.2.2. Recursos Humanos

- a. Os recursos humanos que desempenhem funções nas áreas de armazenamento, devem receber formação própria, relativamente a normas de correto armazenamento, regulamentação, procedimentos e segurança;
- b. Os recursos humanos que desempenhem funções nas áreas de armazenamento, deverão ter vestuário apropriado à atividade desenvolvida.

2. ARMAZENAMENTO ESPECIAL

Deve contemplar todas as recomendações descritas no armazenamento geral com as particularidades seguintes:

2.1. Estrutura física/ Equipamento

Inflamáveis:

- a. Local individualizado do restante armazém, a sua dimensão vai estar dependente do número e da variedade das especialidades a armazenar;
- b. Espaço com detetor de fumos;

- c. Sistema de ventilação;
- d. Chuveiro de deflagração;
- e. Instalação elétrica do tipo antideflagrante.

Gases Medicinais:

Área separada do restante armazém.

Estupefacientes e Psicotrópicos:

- a. Local reservado com fechadura de segurança;
- b. Prateleiras que permitam a arrumação dos medicamentos estupefacientes /psicotrópicos de forma correta.

Citotóxicos:

- a. Armazenamento em local seguro, armário específico e separado dos outros medicamentos;
- b. Estojo de Emergência e local seguro e assinalado (2).

Medicamentos e Reagentes que necessitam refrigeração:

- a. Frigorífico;
- b. Temperaturas entre 2-8°C;
- c. Sistema de controlo e registo da temperatura (3).

Os frigoríficos que contenham quantidades significativas de produtos farmacêuticos, devem estar sempre equipados com sistema de controlo e registo da temperatura máxima e mínima e alarme permanentemente ativado, para avisar sempre que ocorra uma alteração anormal da temperatura.

A conservação correta dos medicamentos é um fator crítico para garantir a sua qualidade, eficácia e segurança, pelo que é imprescindível a implementação de procedimentos de trabalho que asseguram essa conservação.

3. CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO- MONITORIZAÇÃO:

3.1. Como controlar a temperatura adequadamente:

- a.** Criar um registo diário da temperatura máxima /mínima, sendo registadas as ações que foram tomadas em caso de anomalia; esses registos devem ficar arquivados para posterior comprovação;
- b.** No momento da receção de medicamentos termo-lábeis deve verificar-se se a cadeia de frio se manteve; caso não se verifique os produtos devem ser devolvidos ao fornecedor;
- c.** Os medicamentos que se encontrem alterados ou que ofereçam dúvidas sobre o seu estado e qualidade de conservação deverão ser registados e devolvidos ao fornecedor, ou destruídos, caso não for possível;
- d.** Os equipamentos de monitorização devem ser calibrados com uma regularidade predefinida.

3.2. Rotação de Stock- Controlo

- a.** Inventários periódicos deverão ser executados de modo a fazer-se a comparação entre o stock real atual e o stock em registo informático;
- b.** Todas as discrepâncias de stock deverão ser registadas e verificadas novamente de modo a corrigir a situação.

3.3. Stock devolvido - Devoluções

- a.** Todo o material devolvido ao armazém de fármacos e consumíveis, deve ser registado como devolução;
- b.** Todos os produtos farmacêuticos e fármacos dos utentes, não deverão voltar a fazer parte do stock. Devem ser destruídos.

Armazenamento de Fármacos

Condições Gerais - Quadro Resumo

Área - adequada aos produtos farmacêuticos.
Medicamentos arrumados por ordem alfabética de nome genérico por especialidade farmacêutica, em prateleiras ou gavetas devidamente identificados, (nunca em contacto com o chão) de modo a haver circulação de ar entre eles.
Facilidade de limpeza.
Fechadura exterior que permita o encerramento.
Permitir condições de rotação de stock - primeiro entrado/primeiro saído, exceto nos casos em que o prazo de validade ou produto em causa o determine.
Janelas, se existirem, devidamente protegidas.
Portas largas onde possam circular paletes no caso de armazém de injetáveis de grande volume.
Dimensões adequadas á instalação de suportes para armazenamento de medicamentos e/ ou soluções de grande volume como prateleiras e/ou armários, para que nenhum produto assente diretamente no chão.
Condições ambientais - Temperatura máxima 25°C; - Humidade inferior a 60%; - Luz - Proteção solar direta.

Armazenamento de Fármacos

Condições Especiais - Quadro Resumo

<p>Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas - Local reservado, com fechadura de segurança.</p> <p>Prateleiras que permitam a arrumação destes medicamentos separados e identificados.</p>
<p>Injetáveis de grande volume - Espaço próprio adequado a grandes volumes.</p>
<p>Citotóxicos - Armazenamento em local seguro;</p> <p>Existência de um kit de emergência em local visível.</p>
<p>Inflamáveis – Espaço com detetor de fumos, sistema de ventilação, chuveiro de deflagração automática de acordo com a legislação vigente.</p>
<p>Gases Medicinais - Área separada do restante armazém.</p>
<p>Medicamentos de Frigorífico - Frigorífico ou câmara frigorífica;</p> <p>Temperatura entre 2- 8°C;</p> <p>Local isento de condensação de humidade;</p> <p>Controlo e registo da temperatura;</p> <p>Alarme automático.</p>
<p>Medicamentos que necessitam de congelação - Existência de arcas congeladoras com controlo e registo permanente da temperatura.</p>

A arrumação deve ser feita imediatamente após receção e de acordo com as seguintes prioridades:

- Medicamentos que necessitam de refrigeração;
- Medicamentos Estupefacientes/Psicotrópicos e Benzodiazepinas e Citotóxicos;
- Outros.

A arrumação deve ser feita no local próprio de cada medicamento, colocando sempre à frente o prazo de validade curto.

G. ÚLCERAS DE PRESSÃO - PREVENÇÃO

INTRODUÇÃO

O aparecimento de uma Úlcera de Pressão é, quase sempre, consequência do incumprimento de boas práticas nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade.

A sua prevenção e tratamento requerem uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, nutricionistas, e fisioterapeutas.

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão aumenta consideravelmente quando se combinam os seguintes fatores:

- Imobilidade;
- Compromisso do sistema imunitário;
- Perda de massa muscular.

A manutenção da integridade cutânea, intervindo nos fatores que a condicionam, é determinante para a qualidade de cuidados prestados.

A Direção Geral da Saúde em circular informativa de 23-06-98, refere que “ o aparecimento de Úlceras de Pressão, associado ou não a outros fatores, é um indicador da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de saúde”.

As presentes recomendações pretendem alertar para os meios de prevenção. O diagnóstico e tratamento adequados deverão obedecer a normas e protocolos consensualizados.

1 - DEFINIÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

As **Úlceras de Pressão** são áreas da superfície corporal localizadas que sofreram exposição prolongada a pressões elevadas, fricção ou estiramento, de modo a impedir a circulação local, com consequente destruição e/ou necrose tecidual.

A classificação da ferida é particularmente importante quando a lesão do tecido é observada pela primeira vez, uma vez que será a referência para avaliação da sua evolução.

Há vários métodos de classificação das **Úlceras de Pressão**, sendo o mais comum aquele que atribui graus às estruturas e tecidos lesados.

Grau I – Presença de eritema cutâneo que não desaparece ao fim de 15 min de alívio da pressão. Apesar da integridade cutânea, já não está presente resposta capilar.

Grau II – A derme, epiderme ou ambas estão destruídos. Podem observar-se flitenas e escoriações.

Grau III – Ausência da pele, com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, sem atingir a fascia muscular.

Grau IV – Ausência total da pele com necrose do tecido subcutâneo ou lesão do músculo, osso ou estruturas de suporte (tendão, cápsula articular, etc).

Nos graus III e IV podem apresentar-se lesões com trajetos sinuosos.

Para proceder a uma classificação correta das úlceras deve primeiro, ser retirado o tecido necrosado.

2 - ETIOLOGIA DAS ÚLCERAS

A sucessão de acontecimentos que levam ao aparecimento de uma Úlcera de Pressão são: Pressão - Hipoxia e isquemia tecidular - Necrose das células - Ulceração.

2.1 Pressão

A aplicação direta de pressão superior à pressão de encerramento dos capilares (16-33 mm Hg), sobre a pele e tecidos moles vai provocar hipoxia em toda a região abrangida e, se a pressão se mantiver, anóxia tecidular.

Um doente debilitado, com zonas cutâneas sujeitas a uma pressão de 20 mm Hg por um período superior a 2 horas, pode desencadear nelas uma situação de isquémia grave.

A pressão e o tempo a que os tecidos a ela estão sujeitos são fatores determinantes no aparecimento de lesões.

As proeminências ósseas, ao aumentarem a pressão direta contra os tecidos moles, são o local preferencial para o aparecimento das lesões.

As feridas assim provocadas têm uma extensão maior perto da proeminência óssea e menor à superfície, tomando a característica forma de cone invertido. A ulceração inicia-se junto ao osso e progride até à superfície, no sentido da aplicação da pressão.

Quando a pressão é aplicada longitudinalmente, surge uma úlcera de pressão com características diferentes. A extensão é maior à superfície e menor em profundidade.

Na etiologia das úlceras de pressão temos ainda que considerar fatores de risco intrínsecos e extrínsecos.

2.2 Fatores intrínsecos

Os fatores intrínsecos podem ser:

Vasculares: incluem alterações como arteriopatas obliterantes, insuficiência venosa periférica e microarteriopatia diabética. Em todos os casos a oxigenação dos tecidos a nível local ou geral está comprometida, devido à redução da pressão capilar por interrupção ou inversão do fluxo sanguíneo.

Neurológicos: alterações da sensibilidade, da motricidade e do estado de consciência, podem induzir situações de imobilidade ou agitação, que favorecem as forças de pressão e/ou de fricção.

Tópicos: a diminuição da elasticidade da pele, a perda de gordura sub cutânea e a atrofia muscular, levam ao aparecimento de proeminências ósseas mais salientes, facilitadoras do aparecimento de úlceras de pressão, sobretudo em pessoas idosas.

Gerais: neoplasias, febre, infeções, desnutrição, fármacos (corticosteroides, analgésicos e sedativos) que possam diminuir a sensibilidade.

2.3 Fatores extrínsecos

São as forças físicas que atuam a nível local, como compressão prolongada, fricção e estiramento.

3 - PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

Qualquer atitude ou programa de prevenção deve iniciar-se pela informação e educação, pelo que os cuidadores, incluindo os informais, assim como o doente devem estar esclarecidos acerca da correlação direta entre a ocorrência das úlceras e a qualidade dos cuidados prestados.

A manutenção da integridade cutânea e a ausência de lesões reflete mais o trabalho da equipa de cuidadores do que o estado geral do doente.

São de considerar:

3.1 Áreas de risco

A localização das úlceras está associada às proeminências ósseas do esqueleto humano e à atitude postural do doente.

São áreas preferenciais para o seu aparecimento:

região sacro coccígea;
região trocanteriana / crista ilíaca;
região isquiática;
região escapular;
região occipital;
cotovelos;
calcâneos;
região maleolar.

Áreas de risco relacionadas com posições:

Em decúbito lateral:

maléolo externo;
trocânter;
caixa torácica, na região das costelas;
acrômio;
pavilhão auricular;
face externa dos joelhos.

Em decúbito dorsal:

calcâneos;
região sacro coccígea;
cotovelos;
região occipital;
omoplatas.

Em posição de Fowler:

região sagrada;
região isquiática;
calcâneos.

3.2 Medidas de conforto, higiene e hidratação cutânea

A **pele** deve ser observada diariamente e sujeita a cuidados:

- manter a pele seca (e limpa);
- lavar com água morna e sem esfregar/causar fricção;
- secar a pele, sem friccionar e utilizar toalhas ou outros tecidos suaves e lisos;
- não utilizar álcool;

- usar sabões não irritantes e hidratantes;
- massajar com cremes hidratantes;
- não massajar sobre as proeminências ósseas ou zonas ruborizadas (os capilares já estão afetados);
- quando presentes situações de incontinência, a zona afetada deve ser limpa e seca o mais rapidamente possível;
- usar meios de proteção que não danifiquem ou irrite a pele.

3.3 Medidas de alívio de pressão

3.3.1 Meios materiais

Existem vários materiais e dispositivos que podem ser utilizados na prevenção de úlceras de pressão. Muitos deles também têm o seu uso no tratamento das mesmas.

Entre os materiais existentes, são de referir:

Colchões:

- colchão de água;
- colchão de sílica;
- colchão de silicone;
- colchão hidro-aéreo;
- colchão de pressão alternada.

A escolha do colchão deverá considerar a relação custo/benefício, tendo presente que todos eles podem ser eficazes, mas que a alternância de decúbitos do doente é obrigatória, seja qual for o colchão usado.

Roupa:

- lençóis moldáveis, sem bordas, lisos;
- roupa de tecidos naturais;
- têxteis de lã de carneiro (“meias”, resguardos).

Suportes:

- Almofadas;
- almofadas e dispositivos especiais para suporte dos pés e cotovelos;
- “sogras” (com uso limitado).

Pensos protetores:

- placas hidrocolóides;
- dermoprotetores de gel;

películas especiais.

Basicamente, na prevenção, a característica mais importante dos materiais utilizados é aliviar e/ou diluir a pressão no corpo, sem causar fricção, estiramento ou “pontos quentes”.

3.3.2 Orientações para o posicionamento

Nunca é demais repetir que a mobilização e alternância de decúbitos do doente são fundamentais para a prevenção das úlceras de pressão. Para tal são fundamentais os recursos humanos, quer em número, quer em competências.

Neste sentido, existem regras e protocolos que estabelecem qual o número mínimo de elementos que deverão estar presentes numa determinada situação e perante patologias determinadas.

Por exemplo, quando se estabelece um protocolo de posicionamento é necessário garantir os elementos necessários ao seu cumprimento, de acordo com recomendações comunitárias, que visam estabelecer critérios de segurança no trabalho. Está implícito que todos os intervenientes conhecem quais as atitudes a ter na mobilização dos doentes.

Assim:

Pesos (doentes) até 25 kg podem ser manipulados por uma pessoa.

Pesos (doentes) entre 25 e 50 kg devem de ser manipulados por duas pessoas.

Pesos (doentes) de mais de 50 kg devem de ser manipulados por 3 pessoas (mínimo) ou com ajuda mecânica, ou ambas.

O respeito por estas recomendações garante não só a proteção dos prestadores como e sobretudo, a correção de execução das manobras necessárias ao correto posicionamento.

3.3.3 Técnicas de alívio de pressão

Para além dos meios descritos anteriormente, existe um conjunto de técnicas que contribuem para a prevenção de úlceras de pressão e que se baseiam nas operações de posicionamento dos doentes.

Técnicas de posicionamento dos doentes:

- evitar arrastar o doente – levantar;
- distribuir o peso do doente no colchão, evitando zonas de pressão;
- colocar o doente em posições “naturais”. (respeitando o alinhamento corporal);

- não elevar a parte superior da cama mais que 30-35º quando o doente estiver em posição lateral, de modo a evitar pressão de deslizamento;
- o tempo que um doente pode permanecer em qualquer posição, depende dos meios e materiais usados, posição e estado geral.

O tempo médio considerado para reposicionar doentes é com intervalos de 3-4 horas. Isto permite que a pele “descanse” após o posicionamento anterior e evita mobiliza-los demasiado, com fricção desnecessária.

3.4 Alimentação

3.4.1 - Necessidades de nutrientes na prevenção de úlceras de pressão

Indivíduos portadores de doença ou deficiência ou em situação de acamados precisam de uma alimentação adequada, com valor energético acima do basal.

O aporte dos nutrientes necessários deverá ser, tanto quanto possível, garantido através de produtos naturais e uma alimentação com confeção e apresentação “normais”, devendo o recurso a produtos farmacêuticos (suplementos alimentares) ser restrito aos casos em que existe indicação estrita para tal.

A título de exemplo, recorda-se que:

As Proteínas são fundamentais para a regeneração tecidular e estimulam a função imunitária.

A Arginina aumenta a irrigação na área da ferida e facilita a regeneração do tecido.

As vitaminas, principalmente a Vitamina C, ajudam na anulação dos radicais livres obtendo-se uma melhor síntese de colagénios.

O Zinco facilita a mitose, com conseqüente aceleração do processo cicatricial.

Esta página foi propositadamente deixada em branco

III. DOCUMENTOS EXTERNOS

Esta secção contém indicação de documentos externos de interesse para a RNCCI. Não pretende ser exaustiva e a sua atualidade deverá ser reconfirmada periodicamente junto das entidades competentes. Toda a legislação listada na secção A está disponível para *download* gratuito na página do Diário da República Eletrónico (<http://www.dre.pt>). Sugere-se também a consulta da informação *Digesto* aí disponível, associada a cada documento, como forma de verificação da sua validade. Os documentos listados na secção B encontram-se disponíveis para *download* gratuito na página da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, na área “Profissionais >> Orientações/Manuais”.

A. LEGISLAÇÃO

	Documento	Âmbito
Segurança Alimentar	Regulamento 852/2004 de 29 de Abril	Estabelece as regras gerais destinadas aos operadores das empresas do setor alimentar no que se refere à higiene dos géneros alimentícios.
	Decreto-Lei 113/2006 de 12 de Junho	Visa assegurar a execução e garantir o cumprimento, no ordenamento jurídico nacional, das obrigações decorrentes dos Regulamentos (CE) N.º 852/2004 e N.º 853/2004, ambos do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril, relativos à higiene dos géneros alimentícios e às regras específicas de higiene aplicáveis aos géneros alimentícios de origem animal, respetivamente.
Segurança	Lei 102/2009 de 10 de Setembro	Estabelece o regime jurídico da promoção e prevenção da segurança e da saúde no trabalho, de acordo com o previsto no artigo 284.º do Código do Trabalho.
	Decreto-Lei 220/2008 de 12 de Novembro	Estabelece o Regime Jurídico de Segurança contra Incêndios em Edifícios.
	Portaria 1532/2008 de 29 de Dezembro	Publica o Regime Jurídico de Segurança contra Incêndios em Edifícios.
	Despacho 2074/2009 de 15 de Janeiro	Define critérios técnicos para determinação da densidade de carga de incêndio modificada.
	Portaria 64/2009 de 22 de Janeiro	Estabelece o regime de credenciação de entidades para a emissão de pareceres, realização de vistorias e de inspeções das condições de segurança contra incêndios em edifícios.
Regime de Urbanização e Edificação	Decreto-Lei 555/99 de 16 de Dezembro	Determina o Regime jurídico da urbanização e edificação
	Declaração de Retificação 5-B/2000 de 29 de Fevereiro	Define as inexactidões do Decreto-Lei n.º 555/99.
	Decreto-Lei 177/2001 de 4 de junho	Publica alterações ao Decreto-Lei 555/99 de 16 de dezembro.
	Declaração de Retificação 13-T/2001 de 30 de Junho	Define as inexactidões do Decreto-Lei n.º 555/99, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei 177/2001 de 4 de junho.
	Lei 15/2002 de 22 de Fevereiro	Aprova o Código de Processo nos Tribunais Administrativos (quarta alteração ao DL 555/99).
	Lei 60/2007, de 04 de Setembro	Estabelece o Regime jurídico da urbanização e edificação (sexta alteração ao DL 555/99).

	Documento	Âmbito
	Decreto-Lei 26/2010 de 30 de Março	Estabelece o Regime jurídico da urbanização e edificação (décima alteração ao DL 555/99).
	Lei 28/2010 de 2 de Setembro	Publica alterações ao Decreto-Lei 26/2010 de 30 de março.
Acessibilidade	Decreto-Lei 163/2006 de 8 de Agosto	Publica o regime de acessibilidade aos edifícios que recebem público.
Gestão de Resíduos	Decreto-Lei 178/2006 de 5 de Setembro	Estabelece o regime geral da gestão de resíduos.
	Portaria 209/2004 de 3 de Março	Define a Lista Europeia de Resíduos (identificação e classificação).
	Portaria 1408/2006 de 18 de Dezembro	Aprova o Regulamento de Funcionamento do Sistema Integrado de Registo Eletrónico de Resíduos (SIRER).
	Portaria 320/2007 de 23 de Março	Altera a Portaria 1408/2006 de 18 de dezembro.
	Portaria 249-B/2008 de 31 de Março	Defere o prazo de preenchimento dos mapas de registo de resíduos relativos ao ano de 2007 para 31 de março de 2009.
	Portaria 335/97 de 16 de Maio	Fixa as regras a que está sujeito o transporte de resíduos não perigosos no território nacional.
	Despacho 242/96 de 13 de Agosto	Classifica e requisitos aplicáveis à gestão de resíduos hospitalares.
Transportes	Despacho 7861/2011 de 31 de Maio	Aprova o regulamento geral de acesso ao transporte não urgente no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.
Defesa do consumidor	Lei 24/96 de 31 de Julho	Estabelece o regime legal aplicável à defesa dos consumidores.
	Decreto-Lei 156/2005 de 15 de Setembro	Estabelece a obrigatoriedade de disponibilização do livro de reclamações a todos os fornecedores de bens ou prestadores de serviços que tenham contacto com o público em geral.
	Decreto-Lei 371/2007 de 6 de Novembro	Altera o Decreto-Lei 156/2005 de 15 de setembro.
	Portaria 1288/2005 de 15 de Dezembro	Aprova o modelo, edição, preço, fornecimento e distribuição do livro de reclamações a ser disponibilizado pelos fornecedores de bens e prestadores de serviços abrangidos pelo Decreto-Lei 156/2005 de 15 de setembro, bem como à aprovação do modelo de letreiro a ser afixado nos respetivos estabelecimentos.
	Portaria 70/2008 de 23 de Janeiro	Altera a Portaria 1288/2005 de 15 de dezembro.

	Documento	Âmbito
	Portaria 896/2008 de 18 de Agosto	Republicação da Portaria 1288/2005 de 15 de dezembro.
	Decreto Regulamentar 57/2007 de 27 de Abril	Reestrutura o Instituto do Consumidor.
	Lei 67/98 de 26 de Outubro	Lei da proteção de dados pessoais.
Programa Modelar	Portaria 578/2009 de 1 de Junho	Define alterações ao Regulamento do Programa Modelar.
	Despacho 3986/2009 de 2 de Fevereiro	Determina o montante de apoios financeiros disponível para as administrações regionais de saúde, para a aprovação das candidaturas realizadas em 2008.
	Portaria 376/2008 de 23 de Maio	Estabelece as regras específicas da atribuição de apoio financeiro pelas Administrações Regionais de Saúde, I. P..
	Decreto-Lei 186/2006 de 12 de Setembro	Estabelece o regime de atribuição de apoios financeiros pelo Estado, a pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos.
Comparticipação	Decreto-Lei 70/2010 de 16 de Junho	Estabelece as regras para a determinação dos rendimentos, composição do agregado familiar e capitação dos rendimentos do agregado familiar para atribuição ou não de prestações dos subsistemas de proteção familiar e de solidariedade.
	Despacho Normativo 34/2007 de 19 de Setembro	Define os termos e as condições em que a segurança social comparticipa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nas unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
Preços	Despacho 12082/2010 de 27 de Julho	Fixa o valor diário a pagar pela segurança social, por utente, às unidades de longa duração e manutenção (ULDM) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelos encargos decorrentes da utilização de fraldas.
	Portaria 326/2010 de 16 de Junho	Define os preços dos cuidados de saúde e de apoio social, prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a praticar no ano de 2010.
	Portaria 189/2008 de 19 de Fevereiro	Estabelece alterações aos n.ºs 5.º e 10.º da Portaria n.º 1087 - A/2007, de 5 de setembro (alterações dos preços fixados por dia, por utente).
	Declaração de Retificação 101/2007 de 29 de Outubro	Expõe as inexactidões da Portaria n.º 1087 - A/2007.
	Portaria 1087-A/2007 de 5 de Setembro	Fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e as condições gerais para a contratação no âmbito da RNCCI.

	Documento	Âmbito
Programa Nacional de Cuidados Paliativos	Despacho 28941/2007 de 20 de Dezembro	Define o grupo de trabalho bem como os objetivos a concretizar para o Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Despacho 6359/2011 de 13 de Abril	Alterações no âmbito das ECR (equipas de coordenação regional) e das ECL (equipas de coordenação local) da RNCCI.
	Despacho 3730/2011 de 25 de Fevereiro	Identifica as unidades integrantes do plano de implementação para o ano de 2010, bem como das unidades com abertura programada até ao final do corrente ano, de acordo com o plano de implementação para 2011.
	Despacho 3020/2011 de 11 de Fevereiro	Estabelece a prioridade de internamento de longa duração e manutenção (ULDM) a utentes provenientes diretamente de lares de idosos com acordos de cooperação com a Segurança Social.
	Declaração de Retificação 2605/2010 de 17 de Dezembro	Corrige, no anexo ao despacho n.º 6132/2010, a designação de uma unidade de longa duração e manutenção no distrito de Coimbra.
	Decreto-Lei 131/2010 de 14 de Dezembro	Introduz o mecanismo do anúncio voluntário de transparência e um regime especial de invalidez consequente de atos procedimentais inválidos, aplicável aos contratos abrangidos pela parte II do Código dos Contratos Públicos (CCP).
	Despacho 6132/2010 de 7 de Abril	Identificação das Unidades da RNCCI que integram o plano de implementação para o ano de 2009.
	Despacho 2732/2009 de 21 de Janeiro	Identificação das Unidades da RNCCI que integram o plano de implementação para o ano de 2008.
	Despacho 1408/2008 de 11 de Janeiro	Identificação das Unidades da RNCCI que integram o plano de implementação para o ano de 2007.
	Despacho 19040/2006 de 19 de Setembro	Define a constituição, organização e as condições de funcionamento das equipas que asseguram a coordenação da RNCCI a nível regional e a nível local.
	Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho	Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
Saúde Mental	Portaria 183/2011 de 5 de Maio	Define os preços dos cuidados continuados integrados de saúde mental prestados pelas unidades residenciais, unidades sócio -ocupacionais e equipas de apoio domiciliário.
	Portaria 149/2011 de 8 de Abril	Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental, bem como as condições de organização e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental.
	Decreto-Lei 22/2011 de 10 de Fevereiro	Clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental.

	Documento	Âmbito
	Despacho 15229/2010 de 7 de Outubro	Identifica as funções e a equipa de projeto encarregue da prossecução das incumbências relativas às respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, no âmbito da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).
	Decreto -Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro	Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados da saúde mental destinado a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência.
Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados	Resolução do Conselho de Ministros 37/2010 de 14 de Maio	Prorroga o mandato da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) por quatro anos, nos termos e com as atribuições previstas na referida resolução, incluindo a equipa constituída para o efeito.
	Resolução do Conselho de Ministros 168/2006 de 18 de Dezembro	Criação da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).
Unidades Privadas de Saúde	Decreto -Lei n.º 279/2009, de 6 de Outubro	Estabelece o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração.

B. OUTROS DOCUMENTOS

	Documento	Âmbito
Controlo de Infeções	Direção Geral de Saúde (2010). Circular Normativa: <i>Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.</i>	Orientação para os profissionais de saúde, no que respeita à higienização das mãos, de acordo com o pressuposto pela OMS, “Cinco Momentos”.
	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006). <i>Programa Nacional de Controlo de Infeções: Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares.</i>	Guia de recomendação para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares, com base nas recomendações emanadas pelos Centers for Disease Control (CDC) – HICPAC, USA.
	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (s/d). <i>Recomendações para a higienização das mãos nas Unidades de Saúde, Programa Nacional de Controlo de Infeções.</i>	Orientação para os profissionais de saúde e “outsourcing”, doentes, visitantes e voluntários, no que respeita à higienização das mãos para prevenção de infeções relacionadas com a prestação de cuidados de saúde e para uniformizar procedimentos.
	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). <i>Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração.</i>	Guia de recomendação para prevenção da infeção urinária em doente algaliado, com base nas recomendações emanadas pelos Centers for Disease Control (CDC) USA, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) e Recomendações Europeias: European Program of Infection Control (EPIC) e HARMONY.
	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (s/d). <i>Recomendações para Controlo de Ambiente – Princípios básicos.</i>	Recomendações para os serviços hoteleiros, de limpeza, de instalações e equipamentos, de higiene, saúde e segurança no trabalho, comissão de controlo de infeção, serviços de dietética e prestadores de cuidados para a qualidade do ambiente inanimado nas Unidades de Saúde.
	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (s/d). <i>Higienização do ambiente nas Unidades de Saúde – recomendações de boa prática.</i>	Recomendações para os serviços hoteleiros, de limpeza e profissionais de saúde para a melhoria dos serviços de limpeza nas Unidades de Saúde.

	Documento	Âmbito
Outras Orientações Clínicas	Administração Central do Sistema de Saúde (2008). <i>Manual de Normas de Enfermagem – procedimentos técnicos</i> (2.ª Ed.). Lisboa	Guia de procedimentos que garantam aos enfermeiros respostas seguras, flexíveis e com iguais níveis de qualidade, ao doente e à família, de modo integral e holístico.
	Nogueira, J. M. de Abreu; Henriques, Isabel Lestro; Gomes, A. Faria & Leitão, António Lencastre – UMCCI (2007). <i>Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais</i> .	Guia de orientação para as Unidades de Reabilitação de AVC.
	Nogueira, J. M. de Abreu; Henriques, Isabel Lestro; Gomes, A. Faria & Leitão, António Lencastre – UMCCI (2007). <i>Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais – Resumo Executivo</i> .	Guia de orientação para as Unidades de Reabilitação de AVC.
	UMCCI (2007) <i>Recomendações para utilização de fármacos</i> .	Elemento orientador e facilitador de uma prática clínica eficiente no âmbito da medicação.

Esta página foi propositadamente deixada em branco

IV. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Numa perspetiva de melhoria contínua, o desempenho da RNCCI é continuamente avaliado nas suas diversas dimensões, com base nos seguintes indicadores e fórmulas de cálculo:

A. Caracterização dos utentes

A.1. Distribuição por faixas etárias e por género

Objetivo	Conhecer a distribuição dos utentes referenciados para a RNCCI por idade e por género.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	<p>N – total de utentes referenciados;</p> <p>n – nº de utentes género feminino;</p> <p>n1 – nº de utentes género masculino;</p> <p>n2 – nº de utentes com 80 ou mais anos;</p> <p>n3 – nº de utentes com 65-79 anos;</p> <p>n4 – nº de utentes com 50 a 64 anos;</p> <p>n5 – nº de utentes com 18 a 49 anos;</p> <p>n6 – nº de utentes com idade < 18 anos</p> <p>Indicador = $n / N \times 100$</p>
Frequência	Semestral

A.2. Distribuição por estado civil

Objetivo	Conhecer a distribuição percentual dos utentes referenciados para a RNCCI por estado civil.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	<p>N – total de utentes referenciados; n – nº de utentes Viúvo/separado/divorciado/solteiro; n1 – nº de utentes Casado/ União facto</p> <p>Indicador = $n / N \times 100$</p>
Frequência	Semestral

A.3. Distribuição por nº de anos de estudos completos

Objetivo	Conhecer a distribuição dos utentes referenciados para a RNCCI por nº de anos de estudos completos.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referência e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes referenciados; n – nº de utentes com 0 anos/analfabeto; n1 – nº de utentes com 1 a 6 anos; n2 – nº de utentes com 7 a 12 anos; n3 – nº de utentes com 13 ou mais anos; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

A.4. Distribuição por profissão

Objetivo	Conhecer a distribuição percentual dos utentes referenciados para a RNCCI por profissão.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referência e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes referenciados; n – nº de utentes Não qualificado (operadores de máquinas/fábricas; vendedores ambulantes; agricultura e pescas não qualificados; empregado/a doméstico/a); n1 – nº de utentes Qualificado (serviços e vendedores, agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca, pintores, costureiras); n2 – nº de utentes Intermédio (técnicos e profissionais de nível intermédio, administrativos); n3 – nº de utentes Superior Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

A.5. Distribuição por “com quem vive”

Objetivo	Conhecer a situação social de co-habitação, dos utentes referenciados para a RNCCI.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referênciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	<p>N – total de utentes referenciados;</p> <p>n – nº de utentes Em família de acolhimento;</p> <p>n1 – nº de utentes Sem abrigo;</p> <p>n2 – nº de utentes Em instituição;</p> <p>n3 – nº de utentes Com família natural;</p> <p>n4 – nº de utentes Só;</p> <p>n5 – nº de utentes Outra</p> <p>Indicador = $n / N \times 100$</p>
Frequência	Semestral

A.6. Distribuição por “de quem recebe apoio”

Objetivo	Conhecer a situação social “de quem recebe apoio”, dos utentes referenciados para a RNCCI.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referênciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	<p>N – total de utentes referenciados;</p> <p>n – nº de utentes Familiares;</p> <p>n1 – nº de utentes Empregada doméstica;</p> <p>n2 – nº de utentes Centro de dia;</p> <p>n3 – nº de utentes Vizinhos;</p> <p>n4 – nº de utentes Ajuda domiciliária;</p> <p>n5 – nº de utentes Técnicos de serviço social;</p> <p>n6 - Técnicos saúde;</p> <p>n7 – Outros</p> <p>Indicador = $n / N \times 100$</p>
Frequência	Semestral

A.7. Distribuição por “que tipo de apoio recebe”

Objetivo	Conhecer a situação social “que tipo de apoio recebe”, dos utentes referenciados para a RNCCI.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referênciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	<p>N – total de utentes referenciados;</p> <p>n – nº de utentes que recebem Medicamentos;</p> <p>n1 – nº de utentes que recebem Higiene da casa;</p> <p>n2 – nº de utentes que recebem Higiene pessoal;</p> <p>n3 – nº de utentes que recebem Higiene da roupa;</p> <p>n4 – nº de utentes que recebem Alimentação;</p> <p>n5 – nº de utentes que recebem Ajudas técnicas ;</p> <p>n6 – nº de utentes que recebem apoio Pecuniário;</p> <p>n7 – nº de utentes que recebem Outros</p> <p>Indicador = $n / N \times 100$</p>
Frequência	Semestral

A.8. Distribuição por distrito e por tipologia (cruza com A.1 a A.8)

Objetivo	Conhecer a distribuição percentual dos utentes referenciados para a RNCCI por estado civil, por género, por idade, e por distrito.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referênciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	<p>N – total de utentes referenciados, por distrito; n – variáveis de A.1 e A.2</p> <p>Indicador = $n / N \times 100$</p>
Frequência	Semestral

B. Referenciação

B.1. Distribuição por entidade referenciadora

Objetivo	Identificar a origem dos utentes referenciados.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes referenciados; n – nº de utentes Centro de Saúde; n1 – nº de utentes Hospital; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

B.2. Distribuição de utentes por tipologia proposta para ingresso na RNCCI

Objetivo	Identificar a procura de respostas da RNCCI, por tipologia.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes referenciados; n – nº de utentes Unidade de convalescença; n1 – nº de utentes Unidade de média duração e reabilitação; n2 – nº de utentes Unidade de longa duração e manutenção; n3 – nº de utentes Unidade de cuidados paliativos; n4 – nº de utentes Unidade de dia e de promoção da autonomia; n5 – nº de utentes Equipa comunitária de cuidados continuados integrados; n6 - Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

B.3 Distribuição de utentes que cumprem critérios (ingressam) por tipologia da RNCCI

Objetivo	Avaliar o cumprimento dos critérios de referênciação.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referênciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	<p>N – total de utentes referenciados para Unidade de convalescença; N1 – total de utentes referenciados para Unidade de média duração e reabilitação; N2 – total de utentes referenciados para Unidade de longa duração e manutenção; N3 – total de utentes referenciados para Unidade de cuidados paliativos; N4 – total de utentes referenciados para Unidade de dia e de promoção da autonomia; N5 – total de utentes referenciados para Equipa comunitária de cuidados continuados integrados; N6 - total de utentes referenciados para Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos; n – nº de utentes Unidade de convalescença; n1 – nº de utentes Unidade de média duração e reabilitação; n2 – nº de utentes Unidade de longa duração e manutenção; n3 – nº de utentes Unidade de cuidados paliativos; n4 – nº de utentes Unidade de dia e de promoção da autonomia; n5 – nº de utentes Equipa comunitária de cuidados continuados integrados; n6 - Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos;</p> <p>Indicador = $n / N \times 100$</p>
Frequência	Semestral

B.4. Distribuição de utentes que não cumprem critérios (não ingressam) por tipologia da RNCCI

Objetivo	Avaliar o cumprimento dos critérios de referenciação.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes referenciados para Unidade de convalescença; N1 – total de utentes referenciados para Unidade de média duração e reabilitação; N2 – total de utentes referenciados para Unidade de longa duração e manutenção; N3 – total de utentes referenciados para Unidade de cuidados paliativos; N4 – total de utentes referenciados para Unidade de dia e de promoção da autonomia; N5 – total de utentes referenciados para Equipa comunitária de cuidados continuados integrados; N6 - total de utentes referenciados para Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos; n – nº de utentes Unidade de convalescença; n1 – nº de utentes Unidade de média duração e reabilitação; n2 – nº de utentes Unidade de longa duração e manutenção; n3 – nº de utentes Unidade de cuidados paliativos; n4 – nº de utentes Unidade de dia e de promoção da autonomia; n5 – nº de utentes Equipa comunitária de cuidados continuados integrados; n6 - Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

B.5. Distribuição de motivo de não ingresso na RNCCI

Objetivo	Identificar as causas de não admissão na RNCCI.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes não admitidos; n – nº de utentes Recusa do utente/familiar; n1 – nº de utentes Não cumprimento de critérios; n2 – nº de utentes Falta de elementos para decisão; n3 – nº de utentes Agudização do estado de saúde; n4 – nº de utentes Outros Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

B.6. Nº de utentes que aguardam avaliação nas ECL

Objetivo	Avaliar a capacidade de resposta das ECL.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referênciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes referenciados, que aguardam decisão das ECL; n – nº de utentes referenciados, que aguardam decisão, por ECL Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

B.7. Demora média entre os diferentes níveis de referênciação

Objetivo	Avaliar a capacidade de resposta dos níveis de referênciação da RNCCI.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referênciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	Valores médios dos intervalos de tempo entre: <ul style="list-style-type: none"> • Pré- alta (EGA) - proposta à ECL; • Receção pela ECL (proposta) - decisão da ECL; • Decisão da ECL - ingresso na tipologia selecionada.
Frequência	Semestral

C. Implementação / Produção**C.1. Taxa de implementação da RNCCI**

Objetivo	Avaliar o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento da RNCCI.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização e Plano Estratégico da UMCCI.
Fórmula de cálculo	N – total de lugares planeados, por tipologia; n – total de lugares disponíveis, por tipologia Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

C.2. Distribuição de internamentos por tipologia e região

Objetivo	Avaliar a capacidade de resposta da RNCCI.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total nacional de utentes internados, por tipologia; n – total de utentes internados, por tipologia e por região Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Trimestral

C.3. Distribuição de altas, por tipologia e região

Objetivo	Avaliar a eficácia da RNCCI.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total nacional de utentes com alta, por tipologia; n – total de utentes com alta, por tipologia e por região Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Trimestral

C.4. Taxa de ocupação, por unidade, tipologia e região

Objetivo	Avaliar a ocupação dos lugares da RNCCI.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referência e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total nacional de diárias de internamento possíveis, por tipologia; n – total de utentes internados, por tipologia e por região Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

C.5. Média de dias de internamento, por unidade, tipologia e região

Objetivo	Avaliar a conformidade com os tempos de internamento estabelecidos para cada uma das tipologias da RNCCI.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referência e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total nacional de diárias de internamento verificadas, por tipologia; n – total de utentes com alta, por tipologia e por região Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

D. Resultados

D.1. Distribuição dos utentes por motivo de alta, por unidade, por tipologia e por região

Objetivo	Avaliar os resultados do internamento.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes com alta, por unidade, por tipologia e por região; n – n ^o de utentes com alta por óbito, por unidade, por tipologia e por região; n1 – n ^o de utentes com alta por Atingiu objetivos terapêuticos, por unidade, por tipologia e por região; n2 – n ^o de utentes com alta por Decisão pessoal; n3 – n ^o de utentes com alta por Ingresso no Hospital Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

D.2. Distribuição do encaminhamento dos utentes pós alta, por unidade, por tipologia e por região

Objetivo	Avaliar os resultados do internamento e planeamento da alta.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes com alta, por unidade, por tipologia e por região; n – n ^o de utentes com alta Domicílio, sem necessidade de cuidados, por unidade, por tipologia e por região; n1 – n ^o de utentes com alta por, Domicílio com necessidade de cuidados de saúde por unidade, por tipologia e por região; n2 – n ^o de utentes com alta por Domicílio com necessidade de apoio social por unidade, por tipologia e por região I; n3 – n ^o de utentes com alta para Instituição, por unidade, por tipologia e por região ; n4 – n ^o de utentes com alta para hospital, por unidade e, por tipologia e por região; n5 – n ^o de utentes com alta para outra unidade da REDE, por unidade, por tipologia e por região; n6 – n ^o de utentes com alta para Outros, por unidade, por tipologia e por região; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

D.3. Número de quedas durante o internamento

Objetivo	Avaliar os resultados do internamento.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes internados, por unidade, por tipologia e por região; n – nº de utentes com 4 ou mais quedas, por unidade, por tipologia e por região; n1 – nº de utentes com 2 a 3 quedas, por unidade, por tipologia e por região; n2 – nº de utentes com 1 queda, por unidade, por tipologia e por região; n3 – nº de utentes sem quedas, por unidade, por tipologia e por região Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	

D.4. Distribuição do Motivo de quedas

Objetivo	Avaliar os resultados do internamento.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes internados com quedas, por unidade, por tipologia e por região; n – nº de utentes com causa interna + externa, por unidade, por tipologia e por região; n1 – nº de utentes com causa interna, por unidade, por tipologia e por região; n2 – nº de utentes com causa externa, por unidade, por tipologia e por região; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

D.5. Distribuição das Sequelas de quedas

Objetivo	Avaliar a qualidade dos cuidados prestados.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes internados com quedas, por unidade, por tipologia e por região; n – nº de utentes com alteração da mobilidade pós queda, por unidade, por tipologia e por região; n1 – nº de utentes sem alteração da mobilidade, mas com outras sequelas pós queda, por unidade, por tipologia e por região; n2 – nº de utentes sem sequelas pós queda, por unidade, por tipologia e por região; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

D.6. Prevalência de úlceras de pressão unidade por período de tempo

Objetivo	Avaliar a qualidade dos cuidados prestados.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes internados, por unidade, por tipologia e por região; n – nº de utentes com úlceras de pressão no momento do internamento, por unidade, por tipologia e por região; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

D.7. Incidência de úlceras de pressão no internamento na unidade

Objetivo	Avaliar a qualidade dos cuidados prestados.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes internados, por unidade, por tipologia e por região; n – nº de utentes com úlceras de pressão nova no momento da avaliação, por unidade, por tipologia e por região; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

D.8. Nº Infecções na admissão na unidade

Objetivo	Avaliar a qualidade dos cuidados prestados.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes internados, por unidade, por tipologia e por região; n – nº de utentes com infeção no momento do internamento, por unidade, por tipologia e por região; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

D.9. Incidência de infeções no internamento na unidade

Objetivo	Avaliar a qualidade dos cuidados prestados.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes internados, por unidade, por tipologia e por região; n – nº de utentes com episódio infeccioso novo no momento da avaliação, por unidade, por tipologia e por região; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

D.10. Distribuição por grau de autonomia física na admissão, durante o internamento e alta na unidade

Objetivo	Avaliar a qualidade dos cuidados prestados.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referenciação e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes internados, por unidade, por tipologia e por região; n – nº de utentes classificados como incapaz, no momento da admissão por unidade, por tipologia e por região; n1 – nº de utentes classificados como dependente, no momento da admissão, por unidade, por tipologia e por região; n2 – nº de utentes classificados como autónomo, no momento da admissão, por unidade, por tipologia e por região; n3 – nº de utentes classificados como independente, no momento da admissão, por unidade, por tipologia e por região; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

D.12. Mortalidade

Objetivo	Avaliar a qualidade dos cuidados prestados.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referência e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes assistidos, por unidade, por tipologia e por região; n – nº de óbitos verificados, na primeira semana pós internamento, por unidade, por tipologia e por região; n1 – nº de óbitos verificados nos primeiros 20 dias pós internamento, por unidade, por tipologia e por região; n2 – nº de óbitos verificados, por unidade, por tipologia e por região; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

D.13. Agudização, com recurso ao hospital

Objetivo	Avaliar a qualidade dos cuidados prestados.
Fonte dos dados	Registo na plataforma de referência e monitorização.
Fórmula de cálculo	N – total de utentes assistidos, por unidade, por tipologia e por região; n – nº de utentes encaminhados para o hospital, na primeira semana pós internamento, por unidade, por tipologia e por região; n1 – nº de utentes encaminhados para o hospital, nos primeiros 20 dias pós internamento, por unidade, por tipologia e por região; n2 – nº de utentes encaminhados para o hospital, por unidade, por tipologia e por região; Indicador = $n / N \times 100$
Frequência	Semestral

Esta página foi propositadamente deixada em branco

V. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Este instrumento de recolha de dados, intitulado “Grelha de Acompanhamento à Unidade” serve de guia para o acompanhamento da atividade das Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e deverá ser aplicada e preenchida por, pelo menos, dois elementos da ECL, em que um represente o setor da saúde e o outro o setor da segurança social.

A Grelha suporta avaliações trimestrais, que se pretendem contínuas, refletindo aspetos da organização, funcionamento e prestação de cuidados da Unidade em avaliação, naquele período de referência.

Os elementos das ECL usarão técnicas de recolha de dados, tais como observação direta, consulta de documentos e entrevistas individuais e grupais, conforme considerem mais adequadas para a obtenção de resultados fidedignos ao longo do acompanhamento, durante o qual verificarão a concretização dos parâmetros constantes na Grelha.

Nos casos em que uma instituição gestora tenha celebrado acordo para mais de uma unidade da tipologia da RNCCI, aplicar-se-á uma grelha por Unidade de internamento.

A Grelha, por ser um instrumento de trabalho, apresenta-se sob o formato de *checklist* (cada alínea assinalada corresponde à afirmação de que existe (S) ou não existe (N), evidência daquele critério), havendo três tipos de espaços em aberto: para “Observações”, para “Outros Assuntos” e para “Descrição das recomendações e prazos”, que deverão ser negociados com a Unidade.

A Grelha preenchida, incluindo parecer/recomendações e prazos, deverá ficar na posse da Equipa Coordenadora Local, sendo que uma cópia deverá ser enviada (trimestralmente) à Unidade e à Equipa Coordenadora Regional.

A. IDENTIFICAÇÃO

_____/_____/201____
 Região Distrito DD. MM. AAAA

 Instituição Gestora da Unidade Equipa Coordenadora Local (ECL)

 Elementos da Unidade (nome e apelido/função) Elementos da ECL (nome e apelido/setor que representa)

1. PERÍODO DE REFERÊNCIA

Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

2. TIPOLOGIA DA UNIDADE

- Unidade de Convalescença (UC)
- Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)
- Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)
- Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)

3. DENOMINAÇÃO DA UNIDADE

4. LOTAÇÃO PRATICADA .

(Conforme Glossário)

B. GRELHA DE ACOMPANHAMENTO À UNIDADE

1. Acesso e continuidade de cuidados e serviços	S	N
1.1. É promovida uma reunião/contacto com os cuidadores informais/familiares no momento da admissão do utente até às primeiras 48h.		
2.2. É entregue o Manual de Acolhimento ao utente e/ou cuidadores informais/familiares na admissão.		
1.3. Ao longo do processo de acolhimento, o utente (e/ou cuidadores informais/familiares) é informado verbalmente sobre:	--	--
1.3.1. Regras gerais de funcionamento da Unidade;		
1.3.2. Constituição da equipa de profissionais da Unidade;		
1.3.3. Cuidados e serviços prestados na Unidade;		
1.3.4. Direitos, garantias e deveres da/o utente e cuidadores informais/familiares;		
1.3.5. Procedimento para apresentação de sugestões e reclamações.		
1.4. É garantido o envolvimento dos cuidadores informais/familiares através dos seguintes aspetos:	--	--
1.4.1. Horário de visitas alargado (de acordo com a disponibilidade dos cuidadores/visitantes);		
1.4.2. Participação no processo de acolhimento ao utente;		
1.4.3. Participação no planeamento de cuidados;		
1.4.4. Participação nas atividades de vida diária do utente;		
1.4.5. Participação no planeamento da alta.		
Observações:		

3. Acesso e continuidade de cuidados e serviços		S	N
2.1. Estão disponíveis em local bem visível:		--	--
i.	Mapa de pessoal com nome, grupo profissional e horas afetas à Unidade;		
ii.	Horário mensal (ou quatro semanas) com turnos;		
iii.	Mapa semanal das ementas;		
iv.	Plano de atividades de animação social, cultural e recreativa.		
c.	Todos os profissionais têm identificação.		
d.	Os utentes têm um profissional de referência (gestor de caso) identificado.		
Observações:			

4. Direitos do utente	S	N
3.1. Os profissionais tratam os utentes pelo nome.		
3.2. É salvaguardada a privacidade nos seguintes aspetos:	--	--
3.2.1.o utente tem acesso livre ao seu quarto;		
3.2.2.há dispositivos para garantir a privacidade entre camas;		
3.2.3.cada utente tem o seu próprio armário e mesa de cabeceira;		
3.2.4.o utente pode ter objetos pessoais no quarto.		
3.3. A relação dos profissionais com os utentes aparenta ser calorosa e respeitosa.		
3.4. Existe um procedimento de atuação face a: (anexar cópia 1ª vez e sempre que existam alterações)	--	--
3.4.1. Acidentes/ incidentes com utentes;		
3.4.2. A reclamações/ sugestões.		
3.5. Existe algum procedimento para identificar potenciais situações de abuso, maus-tratos e/ou negligência?		
3.6. Foi referido por algum utente e/ou cuidador informal/familiar que este está a ser privado de usufruir de algo que necessite (ex: comer, medicamentos, utilização de vestuário próprio, próteses, etc)?		
Observações:		

5. Recursos Humanos	S	N
4.1. Estão presentes os profissionais necessários para a prestação de cuidados continuados integrados de acordo com o horário mensal.		
5.2. Existe diretor técnico.		
5.3. Existe diretor clínico.		
5.4. Existe enfermeiro chefe ou coordenador.		
5.5. A Unidade incentiva a formação continua dos seus profissionais.		
5.6. A Unidade tem um Plano de Formação estruturado.		
5.7. A Unidade estimula a afetação dos profissionais a tempo inteiro.		
5.8. A Unidade desenvolve estratégias para a estabilização das equipas (diminuição do turnover).		
Observações:		

6. Promoção da autonomia e Cuidados ao utente	S	N
5.1. Existe um Plano Individual de Intervenção interdisciplinar.		
6.2. 5.2.O Plano Individual de Intervenção é atualizado periodicamente.		
5.3. É assegurada a participação do utente através dos seguintes aspetos:	--	--
5.3.1. A sua perspetiva é considerada e influencia o planeamento dos cuidados;		
5.3.2. É envolvido durante a prestação de cuidados diretos;		
5.3.3. As suas preferências e expectativas são registadas e respeitadas.		
5.4. Relativamente aos cuidados prestados ao utente constam no processo registos de:	--	--
5.4.1. Avaliação da dor;		
5.4.2. Prevenção das úlceras de pressão;		
5.4.3. Avaliação do peso, na admissão, alta e regularmente;		
5.4.4. Avaliação da dependência para a realização das AVD na admissão, alta e regularmente.		
5.5. Existe apoio espiritual.		
5.6. Na promoção de autonomia é assegurado que:	--	--
5.6.1. Os utentes vestem roupa pessoal diferenciada para o dia e para a noite, ou conforme as atividades diárias;		
5.6.2. Os utentes apresentam um aspeto limpo e cuidado;		
5.6.3. Na prestação de cuidados de higiene e conforto há estimulação cognitiva e sensorial;		
5.6.4. Existe flexibilidade nos horários de acordar, descanso e adormecer, das refeições e da higiene pessoal;		
5.6.5. Os utentes não estão confinados ao leito;		
5.6.6. Para os utentes que não possam sair do quarto existem atividades ocupacionais/ reabilitadoras;		
5.6.7. Os utentes podem circular livremente na Unidade;		
5.6.8. Os utentes utilizam ajudas técnicas de apoio à alimentação;		
5.6.9. Os utentes utilizam ajudas técnicas de apoio às atividades de vida diária.		
5.7. Estão a ser utilizados os dispositivos promotores de autonomia/ funcionalidade existentes na Unidade, designadamente:	--	--
5.7.1. Dispositivos de apoio à locomoção (ex. corrimões, andaihos, etc) nos locais de circulação;		
5.7.2. Dispositivos de orientação temporal (relógio, calendário, etc);		
5.7.3. Dispositivos de orientação espacial (sinalética, cores,etc).		

Observações:

7. Planeamento da Alta	S	N
6.1. O planeamento da alta é iniciado logo que o utente é admitido na Unidade.		
7.2. É promovida a qualificação dos cuidadores informais/ familiares através do ensino adequado e oportuno, face às necessidades do utente após a alta.		
7.3. A proposta de alta/ mobilidade do utente é acordada com a ECL da área da Unidade com pelo menos 48 horas de antecedência.		
7.4. É feita a articulação com outras entidades (da saúde, rede solidária, autarquias) para garantir a continuidade de cuidados após alta da Unidade, em colaboração com a ECL.		
7.5. A Unidade faculta a informação necessária de modo a garantir a segurança e a continuidade dos cuidados no pós-alta.		
Observações:		

8. Instalações e equipamentos	S	N
7.1. Está garantido o controlo de acessos à Unidade (entrada e saída de pessoas).		
8.2. Os espaços interiores da Unidade permitem o livre acesso e circulação (ex: cadeiras de rodas).		
8.3. As amenidades da Unidade estão garantidas:	--	--
8.3.1. Apresenta um aspeto limpo e cuidado;		
8.3.2. Não se sentem odores desagradáveis;		
8.3.3. A temperatura é confortável;		
8.3.4. A iluminação é adequada;		
8.3.5. O nível de ruído é confortável.		
8.4. O mobiliário e equipamentos são adequados para a prestação de cuidados na Unidade.		
8.5. A Unidade apresenta um ambiente acolhedor e distinto do hospitalar.		
Observações:		

9. Prevenção de infeção	S	N
8.1. Está afixado, junto dos lavatórios, o procedimento para a lavagem das mãos.		
9.2. Há dispositivos para desinfeção de mãos (ex. soluções alcoólicas) nos quartos e nas áreas funcionais de trabalho.		
9.3. É efetuada a triagem e o acondicionamento dos resíduos com perigosidade.		
9.4. Está definida a periodicidade da recolha dos resíduos com perigosidade.		
Observações:		

10. Monitorização e Registo	S	N
9.1. Há um processo individual de cuidados continuados para cada utente.		
10.2. Consta nota de alta nos processos de utentes que tiveram alta da Unidade.		
10.3. São registadas informações relevantes e ocorrências na passagem de turnos.		
10.4. Registado no GestcareCCI (de acordo com as orientações da UMCCI):	--	--
10.4.1. Instrumento de Avaliação Integrado (IAI);		
10.4.2. Avaliação médica;		
10.4.3. Avaliação de enfermagem;		
10.4.4. Avaliação social;		
10.4.5. Avaliação da dor;		
10.4.6. Risco de quedas;		
10.4.7. Risco de úlceras de pressão;		
10.4.8. Avaliação das úlceras de pressão;		
10.4.9. Consumo de fraldas (aplicável a ULDM).		
Observações:		

11. Monitorização e Registo	S	N
10.1. A Unidade avalia:	--	--
10.1.1. A satisfação dos utentes e cuidadores informais/familiares;		
10.1.2. A satisfação profissional dos colaboradores;		
10.1.3. Os resultados de acordo com os indicadores que definiu.		
Observações:		

12. Recursos humanos afetos à Unidade de Internamento*

Áreas Profissionais	Nº Profissionais	Nº Total de Horas Semanais por área profissional	Formação frequentada durante o trimestre	Observações
Assistente Social				
Enfermeiro				
Fisioterapeuta				
Médico				
Nutricionista				
Pessoal Auxiliar				
Psicólogo				
Terapeuta da Fala				
Terapeuta Ocup.				
Outros				

*Considerar apenas os profissionais com intervenção direta na prestação de cuidados aos doentes internados na Unidade de CCI, para a capacidade contratualizada.

13. Outros assuntos

14. Recomendações

Recomendações		Prazo de implementação
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Assinatura legível dos elementos da Unidade

Assinatura legível dos elementos da ECL

Esta página foi propositadamente deixada em branco

VI. GLOSSÁRIO

A

Ações Paliativas	Medidas terapêuticas sem intuito curativo, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do utente, nomeadamente em situação de doença irreversível ou crónica progressiva.
Atividades Físicas de Vida Diária (AFVD)	O mesmo que Atividades de Vida Diária.
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	Atividades de vida diária nas vertentes de funcionamento cognitivo e social, as quais incluem ir às compras, cozinhar, efetuar as tarefas de casa, gerir o dinheiro, tomar medicamentos e utilizar o telefone.
Atividades de Vida Diária (AVD)	Atividades básicas necessárias à vida, as quais incluem higiene, alimentação, eliminação e mobilização. Existem vários instrumentos para a sua avaliação que permitem determinar a capacidade de realização dessas atividades de forma independente. O mesmo que AFVD.
Admissão	Data a partir da qual se inicia a efetiva prestação de Cuidados Continuados Integrados a um utente, independentemente da tipologia ser uma UCCII/ ECCI/ UDPA. Considera-se admitido o utente com estadia mínima de pelo menos 24 horas.
Ajudas Técnicas	Equipamentos e instrumentos que têm como objetivo atenuar ou suprimir um défice funcional resultante de uma incapacidade e promover a autonomia da pessoa. Destinam -se a compensar a deficiência ou atenuar-lhe as consequências e a permitir o exercício das atividades quotidianas e a participação na vida escolar, profissional e social.
Alta da RNCCI	Fim da permanência do utente numa UCCII/ECCI/UDPA, resultante da avaliação multidisciplinar da equipa assistencial e de parecer favorável da ECL. Inclui a saída por decisão do utente/família, o óbito e a transferência para hospital de agudos.
Apoio Social	Serviço que se traduz num conjunto de atos técnicos de estudo, análise e avaliação diagnóstica da situação individual e/ou familiar de um utente, definindo um plano de intervenção social, global e participado, dinamizando e mobilizando os recursos dos Serviços e da rede formal e informal de proximidade, informando e orientando para os direitos prestacionais do Sistema de Segurança Social e/ou de outros Serviços, exercendo a advocacia social e garantindo o apoio e/ou a prestação de cuidados nas Atividades de Vida Diária.
Autonomia	Capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências.
Avaliação Integral	Processo que permite refletir a avaliação multidimensional de uma pessoa em situação de dependência, nas componentes: física, cognitiva, sócio-económica e habitacional. São habitualmente utilizados instrumentos standardizados por uma equipa interdisciplinar.

B

Barreiras	Fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam incapacidade. Estes fatores incluem aspetos como um ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida.
------------------	---

C

Capacidade Contratualizada	Resposta máxima de produção. É medida em unidades que podem ser camas ou lugares com resposta de internamento, ambulatório ou domiciliária. Também designada de Capacidade Máxima ou de Lotação oficial.
Censo Diário	Número de utentes entrados na UCCII/ ECCI/ UDPA durante um dia, adicionados aos utentes transitados do dia anterior, subtraindo-se os utentes saídos nesse dia.
Cidadão com Necessidades Especiais	Indivíduo que precisa de recorrer a facilitadores para o exercício da sua participação e da sua Funcionalidade.
Competência	Habilitação técnico-profissional comum a várias especialidades e que habilita o profissional ao correto exercício da sua atividade.
Consentimento Informado	Autorização expressa, livre e esclarecida do utente, com plena capacidade legal ou do(s) seu(s) representante(s) legais, devidamente informados pelos serviços competentes dos direitos, obrigações, efeitos e consequências do ato que irá consentir, bem como das condições em que se irá realizar o mesmo, por forma a uma tomada de decisão baseada na compreensão, reflexão/ponderação e conhecimento amplo.
Continuidade de Cuidados	Sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social.
Crítérios de Referenciação	Conjunto de requisitos pré-estabelecidos identificadores de problemas ou necessidades de um utente, com vista à adequação da resposta a prestar por uma UCCII/ ECCI/ UDPA.
Cuidados Agudos de Saúde	Cuidados que habitualmente são prestados num curto período de tempo para tratar uma doença ou a agudização de uma situação existente. Apesar de geralmente prestados em hospitais, este tipo de cuidados pode incluir tratamentos no domicílio.
Cuidados de Saúde	Prestação por profissional de saúde, consistindo em avaliação, manutenção, terapia, reeducação, promoção da saúde, prevenção dos problemas de saúde e todas as atividades com ela relacionadas, para manter ou melhorar o estado de saúde.
Cuidador Informal	Aquele que presta cuidados informais. Pode ou não coabitar com a pessoa a quem presta os cuidados. Ver Cuidados Informais.
Cuidados Continuados Integrados	Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo 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.

Cuidados Holísticos	Consistem numa abordagem baseada na integração da mente, do corpo e do espírito da pessoa, pelos que os cuidados de saúde são dirigidos à pessoa como um todo.
Cuidados Informais	Consiste na ajuda ou supervisão, usualmente não remunerada, que é prestada às pessoas em situações de dependência, pela família, amigos ou vizinhos. Ver Cuidador Informal.
Cuidados Paliativos	Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a utentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.

D

Deficiência	Perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica.
Demora Média	Indicador que exprime o número médio de dias de internamento/acompanhamento por utente num período. É obtido pela divisão do número de dias de internamento/acompanhamento, num período, pelo número de utentes saídos da UCCII/ ECCI/ UDPA, no mesmo período.
Dependência	A situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as Atividades da Vida Diária e ou Atividades Instrumentais de Vida Diária.
Dias de Internamento por Episódio	Somatório do número de dias de internamento de um utente nas diferentes UCCII, considerando o dia da Admissão e excetuando o dia da alta.
Dias de Internamento num Período	Total de dias utilizados por todos os utentes internados, nas UCCII, num período, considerando o dia da Admissão e excetuando o dia da alta.
Doença	Estado do organismo em que existem alterações anatómicas ou perturbações funcionais que o afastam das condições normais.
Doença Crónica	Doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada.
Domicílio	Residência particular, estabelecimento ou instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência.

E

Episódio	Período que decorre desde a primeira comunicação de um problema de saúde e/ou social a um prestador de cuidados, até à realização do último encontro respeitante a esse mesmo problema.
Episódio de Referenciação	Período que decorre desde a comunicação da necessidade de Ingresso na RNCCI à Equipa Coordenadora Local até ao dia da Admissão do utente.
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro. Esta equipa tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às Equipas de Cuidados Continuados Integrados e às Unidades de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção.
Equipa Coordenadora Local (ECL)	Equipa multidisciplinar de coordenação da RNCCI, de âmbito local, que assegura a articulação dos recursos e o acompanhamento das UCCII/ ECCI/ UDPA, da sua área de influência. Assume os fluxos de referenciação de proximidade domiciliária, decidindo sobre o Ingresso e Admissão dos utentes na RNCCI.
Equipa Coordenadora Regional (ECR)	Equipa multidisciplinar de coordenação da RNCCI, de âmbito regional. Garante a equidade no acesso e a adequação dos serviços prestados, a utilização eficaz da capacidade contratualizada nas UCCII/ ECCI/ UDPA, promove condições para assegurar padrões de qualidade no funcionamento e cuidados prestados, articula com a Coordenação Nacional e com as ECL, fomentando a comunicação entre os vários parceiros.
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECI)	Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de Apoio Social para a prestação de Serviços Domiciliários, decorrentes da Avaliação Integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se do seu domicílio.
Equipa de Gestão de Altas (EGA)	Equipa hospitalar multidisciplinar, devendo pelo menos integrar um enfermeiro, um médico e um assistente social, que tem como objetivo a preparação da alta, em articulação com os serviços assistenciais, dos utentes que requerem Cuidados Continuados Integrados após o internamento hospitalar, referenciando-os pró-ativamente para a RNCCI através da respetiva ECL.
Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	Equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em Cuidados Paliativos, devendo integrar no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.
Exames Auxiliares de Diagnóstico (EAD)	Ver Meios Complementares de Diagnóstico (MCD).

F

Funcionalidade	Capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente.
-----------------------	---

G

Gestão de Caso	Processo orientado para o utente, no âmbito do qual se executa avaliação, coordenação, implementação e reavaliação de opções e serviços, com vista a responder, com qualidade, às necessidades e potencialidades do indivíduo. Requer uma abordagem de equipa multidisciplinar e a designação de um Gestor de Caso.
Gestor de Caso	Elemento de articulação entre todos os intervenientes, facilitando a comunicação e a coordenação entre a equipa prestadora de cuidados e o utente /família. É o responsável pela atualização e acompanhamento do Plano Individual de Intervenção, consubstanciando-se num interlocutor privilegiado.

H

Hospital de Agudos	Hospital que trata os utentes na fase aguda da sua doença, geralmente com uma Demora Média de curta duração.
---------------------------	--

I

Incapacidade	Alteração na função do organismo ou na sua estrutura; limitação da atividade, dificuldade de um indivíduo em executar determinadas tarefas ou ações. Enquanto restrição da participação é um problema vivenciado por um indivíduo no seu envolvimento em situações da vida.
Ingresso na RNCCI	Considera-se que ingressou na RNCCI o utente com necessidade de Cuidados Continuados Integrados cujos critérios de referenciação são validados pela respetiva Equipa de Coordenação Local. Ver Admissão.
Instituição Prestadora	Organização pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, envolvida diretamente na prestação de Cuidados Continuados Integrados. Cada organização pode conter uma ou várias UCCII/ ECCI/ UDPA.
Integração de Cuidados	Conjugação das intervenções de saúde e de apoio social assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos.
Interdisciplinaridade	Definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados.
Internamento	Conjunto de serviços e/ou cuidados prestados a Indivíduos que, após serem admitidos numa UCCII, ocupam uma cama/lugar, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

L

Lista de Espera	Número de utentes com Ingresso na RNCCI a aguardar Admissão em UCCII/ ECCI/ UDPA.
Lotação Oficial	Ver Capacidade Contratualizada.
Lotação Praticada	Número de camas/lugares disponíveis e apetrechadas para admissão imediata de utentes numa UCCII/ ECCI/ UDPA.
Lugar	Ver Capacidade Contratualizada.

M

Multidisciplinaridade	Complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais.
Meios Complementares de Diagnóstico (MCD)	Exame ou teste que fornece resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico. Alguns atos podem ser simultaneamente de diagnóstico e terapêutica. Com o mesmo significado também são usados os termos Meios Auxiliares de Diagnóstico, Exames Auxiliares de Diagnóstico e Ato Complementar de Diagnóstico.
Mobilidade na RNCCI	Ver Transferência na RNCCI.

P

Planeamento da Alta	Processo pelo qual são antecipadamente programadas e organizadas as respostas às necessidades de continuidade de cuidados de saúde e apoio social de um utente internado/ integrado, após a alta.
Plano Individual de Cuidados (PIC)	Documento dinâmico baseado na avaliação que orienta a frequência e os serviços de saúde e/ou apoio social que um utente recebe. Tem por objetivo individualizar os cuidados e facilitar a sua continuidade. A sua elaboração decorre de um Plano Individual de Intervenção multidisciplinar.
Plano Individual de Intervenção (PII)	Conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspetos clínicos como sociais.
Prestador de Cuidados	Profissional ou instituição envolvida diretamente na prestação de cuidados. Excluem-se as instituições que financiam, pagam ou reembolsam os cuidados de saúde, que são considerados terceiros ou terceiras entidades. Esta definição aglutina os conceitos de profissional de saúde e social e instituição prestadora de cuidados de saúde e/ou apoio social.
Processo Individual de Cuidados Continuados	Conjunto de informação respeitante à pessoa em situação de dependência que recebe cuidados continuados integrados.
Proveniência	Procedência da referência do utente para a RNCCI.

R

Reabilitação	Conjunto de medidas que visam a aprendizagem, o desenvolvimento de aptidões, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa com dependência, com o objetivo de reduzir o impacto das situações incapacitantes e permitir aos indivíduos a obtenção de uma integração social otimizada.
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede)	É uma resposta em rede, constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais. Organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local. Tem por tutela os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e o Ministério da Saúde.

S

Serviço Comunitário de Proximidade	Estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados constituído pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio centro de saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir.
---	---

T

Taxa de Ocupação	Relação percentual entre o total de dias de internamento num determinado período de tempo e a capacidade de UCCII/ ECCI/ UDPA (a capacidade é o total global de dias disponíveis ou seja a lotação praticada x número de dias definido).
Termo de Aceitação de Internamento (TAI)	Documento que visa obter autorização expressa do utente ou do(s) seu(s) representante(s) legais devidamente informado(s), para a admissão, livre e esclarecida, sempre que haja lugar a copagamento do utente.
Total de Internamentos numa UCCII num Período	Existência inicial de utentes, numa UCCII, adicionado ao número de utentes entrados, durante o período, nesse estabelecimento de saúde. Este total tem que ser igual á soma do número de utentes saídos dessa UCCII, durante o período, com a existência final de utentes.
Transferência na RNCCI	Admissão de um utente numa UCCII/ ECCI/ UDPA, proveniente de outra Unidade ou Equipa. Ver Mobilidade na RNCCI.

U

Unidade de Convalescença	Unidade de internamento da RNCCI, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se 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.
Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Internamento (UCCII)	Unidades prestadoras de cuidados de saúde e apoio social, em regime de internamento e que integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
Unidade de Cuidados Paliativos	Unidade de internamento que pode integrar a RNCCI, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a utentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva.
Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA)	Unidade da RNCCI, para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.
Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	Unidades de internamento da RNCCI, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, 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.
Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	Unidade de internamento da RNCCI, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de 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.
Utentes Assistidos	Utentes com Alta de uma UCCII/ ECCI/ UDPA, num determinado período e ainda, os que transitaram para o período seguinte. Também é utilizada a expressão Utentes Tratados.
Utentes Entrados	Utentes admitidos, num período, numa UCCII/ ECCI/ UDPA. O mesmo indivíduo pode ser admitido diversas vezes no ano, devendo todas as Admissões ser contadas, uma vez que se trata da contagem global de entradas e não de indivíduos <i>de per si</i> .
Utentes Saídos	Utentes que deixaram de permanecer numa UCCII/ECCI/UDPA, num período. O mesmo indivíduo pode ser admitido diversas vezes no ano, devendo todas as Altas ser contadas, uma vez que se trata da contagem global de saídas e não de indivíduos <i>de per si</i> .

V

Vaga Local	Existência de cama / lugar em determinada tipologia de resposta da RNCCI, numa determinada localidade, correspondente à área de influência de uma determinada ECL.
Vaga Regional	Existência de cama / lugar em determinada tipologia de resposta da RNCCI, numa determinada Região de Saúde, correspondente à área de influência de uma determinada ECR.

Esta página foi propositadamente deixada em branco

BIBLIOGRAFIA

(Por secção)

III. ORIENTAÇÕES PARA MELHORIA CONTÍNUA

B. Intervenções Orientadas – As boas-práticas

i. Cuidados ao utente com incontinência urinária

- Roqueta C, Mendo M, Esperanza A, Miralles R, Cervera AM. *Incontinência urinária funcional de início recente*.
- Rev Mult Gerontol (2004). 14(5): 289-293 (disponível em: http://www.nexusediciones.com/np_gero_2004_14_5.htm)
- Roig A, Fernandez B, Esperanza A, Cervera AM, Miralles R. *Incontinencia urinaria crónica en el anciano*.
- Rev Mult Gerontol (2006). 16(2): 87-91 (disponível em <http://www.nexusediciones.com/>)
- Resnick NM (1995). *Urinary incontinence* (pp 346: 94-99). Lancet.
- Resnick NM. *Incontinência geriátrica*. In : Diokno A, Urología Geriátrica. Clínicas Urológicas de Norteamérica (Ed Esp).
- Eds. McGraw-Hill Interamericana (1996). Vol 1; pp 61-82. Mexico.
- Carpenito LJ (1992). *Diagnósticos de enfermagem*. Ed. Interamericana
- Reuben DB et al. In : *Geriatrics at your fingertips* (2000 edition). A publication of the American Geriatric Society.
- Eds Excerpta Medica Inc. New Jersey 2000 pp 134-135.
- PÁGINAS WEB :
<http://www.control-incontinencia-urinaria.es>
<http://www.americangeriatrics.org/index>
<http://www.segg.es>

ii. Cuidados ao utente com comprometimento da mobilidade

- Gill TM, Baker DI, Gottschalk M et al (2002). *A program to prevent functional decline in physically frail elderly persons who live at home* (pp 347(14): 1068-1074). N Engl J Med.
- Wells JL, Seabrook JA, Stolee P et al (2003). *State of the art in geriatric rehabilitation: part II* (pp 84(6): 898-903). Arch Phys Med Rehab.
- Studenski SA, Brown C, Duncan PW. *Rehabilitacion* (2007). En: *Geriatrics Review Syllabus*. 6ª edição. American Geriatrics Society. Medical Trends, SL.
- Torres Haba R, Nieto de Haro MD. *Inmovilidad* (2006). Em: *Tratado de Geriatria para Residentes*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid.

iii. Intervenções no cuidado pessoal

- Cardenito, L.J. *Manual de Diagnosticos de Enfermería*.
- *Diagnósticos Enfermeros*. NANDA
- Luis, Mª. *Diagnósticos de Enfermería*. Mosby/Doyma libros
- Peña Casanova. *Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer*. Programa Ativemos la Mente. Fundación “La Caixa”.

iv. Intervenções na alimentação

- Sociedad Española de geriatría y gerontología. *Tratado de Geriatria para residentes*. Capítulo 22, pag. 227-242.
- H.Lochs, S.P. Allison, R.Meier, M.Pirlich, J.Kondrup et al (2006). *Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions an General Topics* (pp 25:180-186). Clinical Nutrition.
- Matarese, Laura. *Nutrition inde prevention and treatment disease*. Chapter 16: Composite foods and formulas, parenteral and enteral nutrition. Pag 245 - 256.
- Löser, Chr; Aschl, G.; Hébuterne, X.; Mathus-Vliegen, E.M.H; et al (2005). *ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition - Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG)* (pp 24: 848-861). Clinical nutrition.

- Milne, MSc; Alison Avenell, MD; and Jan Potter (2006). *Meta-Analysis: Protein and Energy supplementation in older people* (pp 36-46). Annals of internal medicine.
- Volkert, D; Berner, Y.N; Berry, E.; Cederholm, T; et al (2006). *ESPEN guidelines on enteral nutrition: Geriatrics* (pp 25:330-360). Clinical nutrition.
- *Nutrition support for adults, oral nutrition support, enteral tube feeding, parenteral nutrition*. National institute for clinical excellence. Febrero 2006.
- H.Lochs, S.P. Allison, R.Meier, M.Pirlich, J.Kondrup et al (2006). *Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics* (pp 25:180-186). Clinical Nutrition.
- Milne, MSc; Alison Avenell, MD; & Jan Potter (2006). *Meta-Analysis: Protein and Energy supplementation in older people* (pp 36-46). Annals of internal medicine.
- *Valoración nutricional en el anciano. Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición*. SENPE y SEGG. Coordinación: Mercè Planas Edición: Galénitas-Nigra Trea. ISBN: 978-84-95364-55-5 Depósito Legal: BI-1737-07

C. Problemas relacionados com medicamentos no Idoso

- Mjoseh, Jeannine (2000). *Adverse Drug Events in Nursing Homes: Common and Preventable*. Embargoed by American Journal of Medicine. Consultado em <http://www.nia.nih.gov/NewsAndEvents/PressReleases/PR20000809Adverse.htm>
- Budnitz DS, Shehab N, Kegler SR & Richards CL (2007). *Medication Use Leading to Emergency Department Visits for Adverse Drug Events in Older Adults* (pp 147: 755-765). Ann Intern Med
- Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR & Beers MH (2003). *Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults* (pp 163: 2716-2724). Arch Intern Med. Consultado em. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/163/22/2716.pdf>
- French D, Campbell R, Spehar A, Rubenstein LZ, Branch LG & Cunningham F (2006). *National outpatient medication profiling: medications associated with outpatient fractures in community-dwelling elderly veterans* (pp 63(2):238-244). Br J Clin Pharmacol
- Fulmer T, Foreman MD & Zwicker CD. *Medication in older adults*. In: Mezey M, Fulmer T, Abraham I & Zwicker DA (Eds) (2003). *Geriatric nursing protocols for best practice*

- (2nd ed, pp 207-28). New York (NY): Springer Publishing Company, Inc. Medication in older adults. Consultado em www.guideline.gov
- George J, Munro K, McCaig D & Stewart D (2006). *Risk factors for medication misadventure among residents in sheltered housing complexes* (pp 63(2):171-176). Br J Clin Pharmacol
 - Gurwitz JH, Field TS, Judge J, et al (2005). *The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities* (pp 118:251-258). Am J Med.
 - Gurwitz JH, Field TS, Radford MJ, et al (2007). *The Safety of Warfarin Therapy in the Nursing Home Setting* (pp 120:539-544). Am J Med.
 - Howard RL, Avery AJ, Slavenburg S, Royal S, Pipe G, Lucassen P & Pirmohamed M (2006). *Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review* (pp 63(2):136-147). Br J Clin Pharmacol.
 - Kaldy J (2007). *Caring for the ages* (pp 2:23). In LTC Research Key to Medication Management. Consultado em <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1526-4114/PIIS1526411407600511.pdf>
 - Laroche ML, Charmes JP, Nouaille Y, Picard N & Merle L (2006). *Is inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly?* (pp 63(2):177-186). Br J Clin Pharmacol.
 - Lawlor DA, Patel R & Ebrahim S (2003). *Association between falls in elderly women and chronic diseases and drug use: cross sectional study* (pp 327; 712-717). BMJ.
 - McLeod JP, Huang AR & Tamblyn RM (1997). *Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel* (pp 156:385-391). CMAJ. Consultado em <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/156/3/385>
 - National Patient Safety Goals (2008). *Long Term Care*. Consultado em http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/EA60F1A1-74C4-4BFE-8965-2F54BCB7A774/0/08_LTC_NPSGs_Master.pdf
 - Roehl B, Talati A & Parks S (2006). *Medication Prescribing for Older Adults* (pp 14(6): 33-39). Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging. Consultado em <http://www.annalsoflongtermcare.com/attachments/5779.pdf>
 - Splete H (2007). *The Challenge of Cutting Medications* (pp 10:6-7). In LTC. Caring for the ages. Consultado em <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1526-4114/PIIS1526411407602480.pdf>

- Viktil KK, Blix HS, Moger TA & Reikvam A (2006). *Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems* (pp 63:187-195). Br J Clin Pharmacol.
- Wysowski DK, Nourjah P & Swartz L (2007). *Bleeding complications with warfarin use: a prevalent adverse effect resulting in regulatory action* (pp 167(13):1414-9). Arch Intern Med.
- Ziere G, Dieleman JP, Hofman A, Pols HAP, van der Cammen TJM & Stricker BH (2005). *Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population* (pp 61(2):218-223). Br J Clin Pharmacol.

D. Orientações para armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos, e dispositivos médicos

- “Boas Práticas da Farmácia Hospitalar”- Ordem dos Farmacêuticos
- “Manual da Farmácia Hospitalar”- Infarmed

Esta página foi propositadamente deixada em branco

HISTÓRICO DE REVISÕES

Data	Descrição
Agosto/2011	Publicação inicial