



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**INDICADORES E GANHOS EM SAÚDE: GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS
UTENTES, DESDE A ADMISSÃO ATÉ À ALTA DE UMA UNIDADE DE
CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA DURAÇÃO**

Ana Cristina Neves Duarte Nunes Barata

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior de Miranda do Douro, apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados

Bragança, Outubro de 2012



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**INDICADORES E GANHOS EM SAÚDE: GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS
UTENTES, DESDE A ADMISSÃO ATÉ À ALTA DE UMA UNIDADE DE
CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA DURAÇÃO**

Ana Cristina Neves Duarte Nunes Barata

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior de Miranda do Douro, apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientado por Professor Doutor Leonel São Romão Preto
Coorientado por Mestre Paula Eduarda Lopes Martins

Bragança, Outubro de 2012

RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do estágio levado a cabo na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior de Miranda do Douro. Descreve um conjunto de atividades, incluindo as de caráter investigacional, que levaram à concretização dos objetivos inicialmente propostos.

Durante os seis meses de estágio pudemos conhecer a Unidade, integrar a equipa multidisciplinar e perceber o papel do fisioterapeuta inserido na tipologia de uma instituição da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Este período de estágio possibilitou-nos também fazer um balanço da nossa profissão, enquanto fisioterapeuta, refletindo sobre a relevância da sua intervenção prática no contexto específico desta estrutura de cuidados, bem como nos processos terapêuticos em causa desde o momento de referenciação dos utentes até à alta. Por sua vez, o recurso a metodologias de investigação ação permitiram desenvolver capacidades de estudo e aplicação no terreno de conteúdos teóricos com relevância para a melhoria do desempenho profissional, colocando em prática os conhecimentos de investigação adquiridos.

A investigação desenvolvida permitiu-nos avaliar o grau de dependência dos utentes desde a sua entrada na Unidade até à sua saída, tendo sido incluídos no estudo todos os utentes desde a abertura da instituição. Assim, os resultados obtidos permitem-nos concluir que os utentes na sua grande maioria têm idade superior a 79 anos, 54,10% são do sexo feminino, na sua maioria possuem como patologia de base o Acidente Vascular Cerebral. No que diz respeito à autonomia apresentam um índice de Barthel muito baixo quer aquando da sua admissão quer no momento da saída da Unidade. Contudo, alguns ganhos para a realização do autocuidado foram observados aquando da alta. Estes indicadores, juntamente com um conjunto de problemáticas associadas ao envelhecimento, traduzem uma fragilidade de vida muito acentuada e revelam a necessidades de cuidados de saúde e de apoio social integrado.

Releva-se a necessidade de uma avaliação compreensiva dos problemas identificados, bem como de critérios rigorosos de referenciação e de alta que poderão traduzir ganhos na qualidade dos serviços e condições de apoio mais adequadas aos utilizadores desta tipologia de cuidados.

RESUMEN

Este trabajo se realizó en la asignatura Prácticas y Trabajo del Proyecto, entre febrero y julio del 2011, en la Unidad de Atención Continuada y Largo Plazo de Mantenimiento de Santa Maria Maior de Miranda do Douro. Se describen un conjunto de acciones que contribuyeran a la consecución de los objetivos inicialmente propuestos.

En estos 6 meses de prácticas pude conocer la unidad, integrar su equipo multidisciplinario, y percibir cual el papel del fisioterapeuta cuando integrado en este tipo de instituciones. Este período de prácticas también me permitió hacer un balance de mi profesión y reflexionar sobre la importancia del fisioterapeuta en el contexto específico de esta estructura de atención en salud, así como en los procesos terapéuticos en cuestión, desde la admisión hasta la alta médica. Además, el uso de metodologías de investigación-acción nos han permitido desarrollar habilidades de estudio y la aplicación en el campo de los conceptos teóricos relacionados con la mejora de mi rendimiento técnico, poniendo en práctica todo el conocimiento, a nivel de la investigación, que he adquirido en la escuela.

En la investigación desarrollada he estudiado el grado de dependencia de los pacientes internados en la unidad, desde su creación hasta la actualidad. Así, los resultados obtenidos permiten concluir que la gran mayoría de los pacientes son mayores de 79 años, 54,10% son mujeres y la gran mayoría tienen como patología subyacente el accidente cerebrovascular. En cuanto a la autonomía, tienen un índice de Barthel muy bajo ya sea en la admisión ya sea en la salida de la unidad. Sin embargo, se observó una mejoría para la realización del autocuidado en la salida de la unidad. Estas características, junto con todos los factores asociados a la dependencia y el envejecimiento hacen con que estos pacientes presenten una fragilidad muy marcada necesitando de atención de salud y apoyo social integrado.

Se señala la necesidad de una evaluación global de los problemas identificados en esta población, así como criterios estrictos en la referencia y alta clínica lo que puede conducir a mejoras en salud, aumentar la calidad de los servicios y condiciones de apoyo más adecuados.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus amigos, e a todos os que se cruzaram no meu caminho ao longo deste percurso

Sem eles não teria conseguido vencer esta batalha

O meu obrigado a todos

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ACV- Acidente Cérebro Vascular

ACS- Agrupamento Centros Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde do Norte

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

UMCCI- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados

CDSS- Centro Distrital de Segurança Social de Bragança

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECL- Equipa Coordenadora Local

EC CI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECR- Equipa Coordenadora Regional

ICF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

MC DT- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

PEG- Gastrostomia percutânea

PII- Plano Individual de Intervenção

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI- Unidade Cuidados Continuados Integrados

Nº/ n°- Número

%- Percentagem

€- Euro

INDICE

INDICE.....	VII
INTRODUÇÃO.....	14
1 – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS.....	15
1.1 -UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	16
1.2 - PAPEL DO FISIOTERAPEUTA INTEGRADO NA REDE	20
1.3. DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS CONTINUADOS	22
2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E SEUS OBJETIVOS	25
2.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO.....	25
2.3 – MATERIAIS E MÉTODOS	25
3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	27
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	38
5 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	41
6 - REFLEXÃO CRÍTICA	48
CONCLUSÃO.....	51
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXO 1- Pedido de autorização para efetivação do estudo	57
ANEXO 2- Escala modificada de Barthel	59
ANEXO 3- Comunicações.....	62
ANEXO 4- Formação frequentada	64
ANEXO 5- Objetivos do estágio e respectivo cronograma.....	67
ANEXO 6- Plano de ação de formação realizada no local de estágio.....	69
ANEXO 7- Regulamento interno da UCCMD	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-Utentes distribuídos por sexo.....	27
Gráfico 2 – Estado civil dos utentes	28
Gráfico 3 – Utentes distribuídos de acordo com as suas profissões de origem.....	29
Gráfico 4 – Utentes distribuídos segundo a tipologia de internamento.....	29
Gráfico 5– Escolaridade dos utentes	30
Gráfico 6 – Área de residência	30
Gráfico 7 – O utente chegou acompanhado à Unidade?	31
Gráfico 8– Utentes distribuídos de acordo com a tipologia de referenciação	31
Gráfico 9 – Presença de cuidador informal capaz de prestar apoio ao utente	32
Gráfico 10- Destino dos pacientes.....	34
Gráfico 11- Representação gráfica das diferenças de médias, o Índice de Barthel, aquando da admissão e alta	36
Gráfico 12- Representação gráfica dos utentes distribuídos pelas categorias do Barthel, aquando da admissão e alta da Unidade	37

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Estatísticas descritivas da variável idade.....	28
Tabela 2- Patologias subjacentes à necessidade de internamento	32
Tabela 3- Estatísticas descritivas para a variável dias de internamento	33
Tabela 4- Estatísticas descritivas obtidas no Índice de Barthel aquando da admissão dos utentes	34
Tabela 5- Estatísticas descritivas obtidas no Índice de Barthel aquando da alta dos utentes	35
Tabela 6 - Utentes classificados segundo o Barthel aquando da admissão	36
Tabela 7- Utentes classificados segundo o Barthel aquando da alta clínica	37

INTRODUÇÃO

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) faz parte de uma política de saúde recente e inovadora. Rege-se por princípios de igualdade de oportunidades, cuidados personalizados, integrais e continuados. Envolve a família e a comunidade como corresponsáveis pela melhoria da saúde.

A unidade curricular Trabalho de Projeto/Estágio do Mestrado de Cuidados Continuados desenvolveu-se, por opção própria, na metodologia Estágio, tendo o mesmo decorrido no período de 17 de Fevereiro de 2011 a 23 de Julho de 2011 na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior em Miranda do Douro, com a carga horária de 540 horas de contacto, às quintas, sextas e sábados no período do horário laboral praticado na referida Unidade.

Este estágio visou complementar a parte teórica com uma visão direta, presencial e assistida da realidade dos Cuidados Continuados. Pretendeu-se, ainda, integrar na prática profissional futura da mestranda a experiência adquirida na Unidade.

Assim, este estágio teve os seguintes objetivos:

1. Determinar o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior de Miranda do Douro;
2. Determinar os níveis de dependência dos utentes no momento da admissão e alta, para assim percebermos a variação no nível de autonomia dos sujeitos para a realização das atividades de vida diária;
3. Integrar a equipa da Unidade, acompanhar o processo terapêutico, bem como conhecer a articulação entre os níveis de cuidados primários e secundários como os Continuados.

O trabalho apresenta-se estruturado em três grandes partes; cada uma, obrigatoriamente sucinta, por observância das normas regulamentares para a elaboração dos relatórios de estágio da Escola Superior de Saúde (Essa/IPB). Numa primeira fase caracterizamos a RNCCI e descrevemos a UCCLD (Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração) e destacamos o papel do fisioterapeuta integrado na Rede. Numa segunda fase apresentamos a investigação realizada. Finalmente explicitamos as atividades desenvolvidas em estágio e procedemos às conclusões deste relatório.

1 – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS

O modelo de intervenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados tem enquadramento legal da sua estrutura operativa no Decreto-Lei nº 101/2006. Esta Rede abrange uma variada tipologia de Unidades e equipas. Destacamos, por conveniência e particular relevância para este trabalho: as Unidades de Longa Duração e Manutenção e a Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Estas últimas encontram-se sediadas nas instalações do Centro de Saúde e são responsáveis pela prestação de cuidados e apoio social exclusivamente no âmbito domiciliário. Por sua vez, as Unidades de Cuidados Continuados são na sua maioria fruto da reabilitação dos antigos hospitais das Misericórdias, que após obras de remodelação e adaptação foram transformadas em Unidades de Internamento da Rede, como é o caso da Unidade de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior de Miranda do Douro.

Passaremos a explicar as motivações que conduziram ao desenvolvimento do estágio numa Unidade desta tipologia.

Uma vez que no Centro de Saúde onde exercemos funções como fisioterapeuta, existe uma ECCI, (a ECCI Bragança), revelou-se-nos pertinente a possibilidade de desenhar e implementar um projeto de investigação a realizar durante um estágio, numa estrutura funcional diferente daquela em que trabalhamos. O conhecimento desta realidade apresentou-se-nos, desde início, como facilitadora de desenvolvimento aos níveis pessoal e profissional, pelos conhecimentos que iríamos obter “in loco” quer da eficácia da articulação funcional quer da possibilidade de resposta e adequação com que diariamente a equipa multidisciplinar da ECCI Bragança se confronta em termos de referência, encaminhamento e acompanhamento das situações dos doentes dependentes.

Como referido, a ECCI presta cuidados no domicílio decorrentes de uma avaliação integral; e embora haja articulação e cuidados de continuidade existem também lacunas a colmatar, e aspetos que podem ser melhorados. Em certos casos a necessidade de responder à variabilidade de problemas que os utentes apresentam vão para além daquilo que as equipas domiciliárias podem oferecer, exigindo-se uma alternativa de resposta com base na referência para outras unidades orgânicas da RNCCI, nomeadamente, para unidades de internamento.

Decorrente da nossa prática profissional na ECCI, deparamo-nos com alguma frequência com situações referenciadas para reabilitação, e em que a posterior visita domiciliária da equipa constata múltiplos problemas associados. Entre muitas situações, são exemplos: casais a viverem sós, ambos os elementos com idade avançada, com condições habitacionais inadequadas, baixos recursos económicos das famílias, em que o cuidador não consegue por vários fatores (doenças crónicas, mobilidade) cuidar do seu ente querido... Ora, estes problemas são limitativos do desenvolvimento do processo terapêutico e demandam adequação das respostas em matéria de saúde.

Quando o contexto não se coaduna com a prestação de cuidados de reabilitação de qualidade a manutenção do utente em ambiente familiar deve ser ponderada e colocada a possibilidade de referenciação para uma Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção. Este processo deve envolver a equipa interdisciplinar e exige o consentimento informado do cuidador e a vontade expressa da pessoa cuidada.

A admissão de um utente numa unidade desta tipologia permite, após avaliação inicial, traçar planos de intervenção com objetivos temporais, proceder à monitorização desses objetivos e alterar o plano terapêutico em conformidade com os resultados das intervenções.

Por este conjunto de razões surgiu o interesse em realizarmos Estágio/ Trabalho de Projeto neste tipo de instituição. Durante o decurso do mesmo, para além da oportunidade de participar na elaboração de vários planos de tratamento e reabilitação, a nossa atenção centrou-se no contexto da aprendizagem e desenvolvimento das atividades realizadas pela equipa participando ativamente nesse processo.

1.1 -UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Segundo o enquadramento legal "a Unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, 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" (art.º 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Em consonância com outros objetivos específicos da Rede, as Unidades de Longa Duração e Manutenção têm na sua génese o objetivo de evitar a deterioração física dos utentes, focalizando a sua ação na prevenção da dependência funcional e no trinómio reabilitação, manutenção e apoio social. Numa época de progressivo envelhecimento da sociedade e conseqüente aumento de patologias crónicas e incapacitantes, pretende-se ainda que estas instituições mantenham ou melhorem a qualidade de vida e forneçam medidas de conforto aos utentes que necessitam desta tipologia de cuidados. Por outro lado, utente e família esperam também que o internamento neste tipo de instituições consiga alcançar ganhos gradativos na funcionalidade e cognição para a realização de atividades básicas de vida diária.

Esta tipologia de cuidados prevê que os períodos de internamento sejam superiores aos 90 dias. Contudo, de acordo com a legislação, o internamento pode ser instituído por tempo inferior, designadamente nas dificuldades de suporte familiar e para descanso do cuidador. Este recurso visa sobretudo aliviar a sobrecarga física e mental do cuidador informal de idosos dependentes, garantindo por esta via os apoios necessários ao doente, por exemplo nos períodos em que o cuidador se ausenta do domicílio.

Outro aspeto a destacar é que esta tipologia de Unidade pode funcionar também em regime de unidade de dia, articulando-se em rede com as equipas móveis existentes na área geográfica em questão. Relativamente a este regime ele surge como resposta a pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sociofamiliares lhes permitem a permanência no domicílio, mediante a prestação de cuidados em regime de dia.

Segundo a legislação que a enquadra (Decreto Lei nº 238/98 de 1 de Agosto) as Unidades de Longa Duração e Manutenção são geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial que devem assegurar, designadamente:

- a) Atividades de manutenção e de estimulação;*
- b) Cuidados de enfermagem diários;*
- c) Cuidados médicos;*
- d) Prescrição e administração de fármacos;*
- e) Apoio psicossocial;*
- f) Controlo Fisiátrico periódico;*

- g) *Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;*
- h) *Animação sociocultural;*
- i) *Higiene, conforto e alimentação;*
- j) *Apoio no desempenho nas atividades da vida diária;*
- k) *Apoio nas atividades instrumentais da vida diária* (Decreto Lei nº 238/98 de 1 de Agosto).

De acordo com as recomendações da rede, e relativamente aos recursos humanos, todas as Unidades de Internamento de Longa Duração e Manutenção deverão dispor de uma série de serviços com vista à consecução dos seus objetivos.

“Serviços de enfermagem diurnos e noturnos; Serviços médicos presenciais, pelo menos uma vez por semana, com revisão semanal do plano terapêutico e revisão mensal do plano de manutenção e reabilitação; Serviços de reabilitação diários; De ajuda à interação entre o utilizador e a família, promovendo a participação dos familiares ou outros diretos conviventes ou voluntários organizados; Serviços de desenvolvimento de atividades lúdico-ocupacionais; Preparação da alta e respetivo encaminhamento” (RNCCI, 2010).

Nesta tipologia de Unidades a equipe de saúde deverá ser obrigatoriamente multidisciplinar e constituída por médico; enfermeiro; e auxiliares de ação médica/ajudantes de saúde. Em regime de tempo parcial estas instituições deverão igualmente dispor de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional; psicólogo clínico e nutricionista (RNCCI, 2010). Para além destes profissionais deverá existir um técnico de serviço social. Cada Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção pode também contar com voluntários, devidamente preparados e enquadrados e igualmente com prestadores informais de cuidados, devendo-se, nestes casos promover e facilitar a sua formação e treino adequados, bem como a sua integração na equipa (RNCCI, 2010).

Relativamente à equipe multidisciplinar e aos recursos humanos, constatamos que na Unidade onde decorreu o nosso estágio existem 8 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 1 psicólogo, 2 técnicos de serviço social em que um técnico exerce funções de diretora técnica, 1 animador cultural, 1 terapeuta da fala, 1 médico, 1 provedor, 18 auxiliares e 1 fisiatra.

No que concerne à organização destas Unidades, elas deverão possuir os seguintes requisitos: um serviço autónomo, em espaço próprio e um serviço integrado numa estrutura existente, desde que esta garanta as condições necessárias ao desenvolvimento desta tipologia de resposta. O funcionamento das Unidades rege-se de acordo com normas a definir em Regulamento Interno, o que faz deste documento um alicerce fundamental para o crescimento saudável destas instituições pelo estabelecimento de parâmetros de gestão de boas práticas e qualidade dos serviços a prestar. Do regulamento interno de qualquer Unidade de Longa Duração devem constar os critérios de admissão e de alta dos utentes, a definição das competências e funções de cada um dos profissionais que nela trabalham bem como os respetivos horários de funcionamento institucional.

Ao longo do estágio tivemos de facto oportunidade de consultar e analisar o Regulamento Interno da UCCLD e Manutenção de Santa Maria Maior de Miranda do Douro que apresentamos em anexo a este trabalho. Este regulamento define e explica as normas, regras e funções a desempenhar por cada colaborador especificando o respetivo conteúdo funcional na organização. Neste documento estão descritos os procedimentos a executar desde a admissão do utente até à sua saída da Unidade.

Quanto à sua implementação física, estas instituições deverão situar-se em instalações próprias (com edifícios novos ou adaptações de instalações já existentes), o número de Unidades a implementar é estimado em função das características sócio demográficas da zona aonde onde a mesma está inserida, mas não pode deixar de obedecer aos seguintes requisitos: ter acessibilidades adequadas; ser implantada em zona de boa salubridade, longe de estruturas ou infraestruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiros, fumos ou outros poluentes considerados perigosos para a saúde pública e que perturbem, ou interfiram, no quotidiano dos utilizadores; e estar inserido na comunidade de modo a permitir a integração social dos utilizadores.

No que diz respeito à estrutura física a Unidade onde desenvolvemos estágio é composta por 4 pisos. No primeiro piso encontra-se a sala de reabilitação muito bem equipada e com uma disposição do material que se apresenta de forma adequada/funcional. Também neste piso existe uma sala que permite realizar atividades de expressão plástica / a pintura / o treino da motricidade fina, em duas vertentes, a

lúdica e a funcional. Ainda no mesmo piso está localizada a sala de refeições com talheres devidamente adaptados para facilitar a autonomia dos utentes.

No segundo piso encontram-se 4 quartos: 3 duplos e 1 individual, todos com casa de banho privativa e as ajudas técnicas necessárias. Ainda, a receção, a biblioteca e a sala das reuniões interdisciplinares.

No terceiro piso existe a sala de convívio utilizada para a realização de algumas atividades com os utentes, a sala de enfermagem e mais 8 quartos (6 duplos e 2 individuais) todos devidamente equipados, tal como os anteriores.

Ergonomicamente a Unidade respeita todos os pressupostos legislados.

Em resumo, na Unidade aonde decorreu este estágio, e relativamente a todos os requisitos atrás mencionados os mesmos são cumpridos integralmente.

1.2 - PAPEL DO FISIOTERAPEUTA INTEGRADO NA REDE

Quanto à participação dos fisioterapeutas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados a legislação é clara esperando-se a integração destes técnicos nas equipas interdisciplinares numa verdadeira articulação com as instituições de saúde e de apoio social. O seu papel em cuidados continuados é o de atingir/manter um nível de funcionalidade adequado a cada indivíduo e minimizar o grau de dependência através de um plano de intervenção específico para cada utente que tenha sido referenciado para reabilitação. O modelo de avaliação e intervenção do Fisioterapeuta encontra na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF) um importante quadro de referência.

Relativamente à intervenção e ao estabelecimento de resultados centrados no utente estes devem garantir o controlo dos sintomas, a capacidade de realizar atividades diárias e a performance para o exercício e melhoria da qualidade de vida sempre que possível e exequível.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem como principal função a manutenção da continuidade de cuidados articulados estando esta descrita na tipologia dos serviços. Nestas unidades, para além dos objetivos citados anteriormente a

igualdade de oportunidades e a inclusão social deverão ser a chave da estratégia do fisioterapeuta.

É de salientar a importância da reabilitação de um modo geral e dos fisioterapeutas em particular na RNCCI, pois estes profissionais avaliam a dependência através da escala de Barthel e efetuam os planos de intervenção com os respetivos objetivos traçados por um determinado período de tempo. Regularmente procede-se à reavaliação para manter ou modificar os objetivos traçados no programa de intervenção inicial.

A missão e objetivos das ECCI poderão ser melhor conseguidos quando a sua ação é integrada e articulada com os recursos locais, quando se garante o envolvimento da comunidade e quando os seus profissionais são apoiados em estruturas que tenham em conta a sua integração e desenvolvimento profissional. Os fatores de sucesso residem na proximidade e articulação, permitindo respostas oportunas e contextualizadas.

São fatores chave da reabilitação baseada na comunidade a melhoria da capacidade e competências dos indivíduos através de estratégias que facilitem o envolvimento da comunidade. Deste modo, providencia-se que esta assuma iniciativas de integração e a responsabilidade de integrar as pessoas com deficiência, mobilizando os seus próprios recursos, garantindo a igualdade de oportunidades de acesso aos recursos locais e à vida social económica e política.

Assim sendo, a valorização e integração do profissional de fisioterapia na equipe interdisciplinar tanto no apoio domiciliário como nas Unidades de Cuidados Continuados em geral revela-se fundamental, tendo como objetivo promover uma melhoria dos sintomas, prevenir e tratar exacerbações recorrentes, retardar o declínio funcional, melhorar a performance nas atividades diárias e a qualidade de vida.

O programa de reabilitação no qual o fisioterapeuta tem um importante papel passa por diagnosticar, planear, intervir, transmitir informação e conhecimento, nomeadamente através de programas de educação para o movimento, no campo da saúde do idoso e das condições clínicas crónicas, acompanhamento domiciliário, ensino aos familiares e eliminação de barreiras arquitetónicas, contribui não só para a melhoria

dos resultados em saúde como também para a redução dos custos globalmente envolvidos na recuperação.

1.3. DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS CONTINUADOS

A esperança média de vida da população tem vindo a aumentar ao longo últimas décadas, sobretudo a partir do último quarto do século XX, fazendo com que o envelhecimento emergisse como fenómeno com novos contornos nas sociedades desenvolvidas. A este fato não é alheio a melhoria das condições de vida, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários e diferenciados, de habitação, e de informação, fatores que a par da diminuição da natalidade permitem aos idosos viverem mais tempo.

Face a este fenómeno inédito e sustentado, sob o ponto de vista sociodemográfico, tornou-se evidente que as políticas e recursos convencionais não respondiam adequadamente a estas novas necessidades. As alterações demográficas exigem esforços e medidas que visam a promoção de um envelhecimento saudável, no sentido de prolongar a vida com autonomia, qualidade e bem-estar (Gonçalves, 2010). A Rede Nacional de Cuidados Continuados tem no cerne da sua génese e missão responder a estes recentes desafios, quer através de recursos inovadores e diversificados, quer adequando intervenções em cuidados de saúde e políticas sociais.

Mas se a contemporaneidade é caracterizada por um aumento da longevidade, esse aumento da esperança de vida não está necessariamente associado a uma melhor qualidade de vida; quando este conceito é visto de forma multidimensional como sinónimo de bem-estar, felicidade e satisfação do indivíduo. O envelhecimento populacional tem vindo a originar um aumento preocupante do número de pessoas com muitopatologias e doenças crónicas, caracterizadas por etiologias biológicas e/ou comportamentais incertas, longos períodos de latência, curso prolongado e incapacidade funcional marcada (Campolina, 2011). Os relatórios da Organização Mundial de Saúde têm vindo a realçar o facto de estas doenças serem as principais causas de morbilidade em todo o mundo, associando esta expansão não só ao fenómeno de envelhecimento, mas também ao desenvolvimento económico e globalização alimentar, ao sedentarismo

e ao aumento do consumo de tabaco, entre outros. Nesta linha muitos estudos têm evidenciado que o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos dependem essencialmente da manutenção da independência funcional e da qualidade de vida (Campolina, 2011).

Assim, muitas das investigações gerontológicas são focalizadas nos fatores que afetam a qualidade de vida, na medida em que esta se torna um indicador de envelhecimento satisfatório. Inúmeras análises partilham a ideia de que não é só necessário manter um bom estado de saúde física mas é igualmente importante dispor de um certo bem-estar psicológico e social. O conceito de qualidade de vida na terceira idade é pois multifatorial, envolvendo variáveis tais como: satisfação, felicidade autoestima, poder de compra, bom relacionamento físico, mental e social. Contudo, muitos autores concordam que uma das variáveis com maior peso na percepção do bem-estar dos idosos diz respeito aos *deficits* na capacidade de realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária.

A tendência atual é termos pois um cada vez maior número de idosos, vivendo mais tempo, mas vivendo com cada vez maiores dificuldades na realização das suas atividades de vida, já que o aumento da prevalência das doenças crónicas está diretamente relacionado com o declínio funcional (Alves, et al., 2007). Segundo Silva, Ribeiro, & Fabrício, (2007) um dos principais desafios que a longevidade apresenta aos idosos é a preservação da qualidade de vida, na presença das ameaças de restrição da autonomia e da dependência, causadas pela deterioração da saúde.

Atendendo à diversidade de necessidades no ser humano Imaginário (2002) defende que as mesmas devem ser associadas em três categorias fundamentais: de sobrevivência, competitivas e sociais. Estas necessidades são diretamente influenciadas por uma serie de características pessoais que vão afetar os processos cognitivos, a autonomia e independência, afetando as resoluções e projetos individuais. A autonomia pode ser definida como “um estado de vontade que obedece apenas a regras que dela provêm. Condição de pessoa ou coletividade que a si mesmo impõe a lei a que obedece”. (Santos, 2000, p.48).

A autonomia é um comportamento do próprio indivíduo, como autor de regras, decisões e escolhas. Refere-se à noção do exercício de auto-governo. A pessoa autónoma é assim aquela que está capacitada para tomar decisões apresentando a faculdade de se governar a si própria. Vários autores defendem que a perda de

autonomia será exatamente o contrário de autonomia, ou seja, a incapacidade e/ou a interdição de uma pessoa escolher por si própria as regras da sua conduta, a orientação dos seus atos e os riscos que podem correr.

Os termos dependência/independência podem facilmente ser confundidos com autonomia. (Larousse, 1989; citado por Phaneuf, 2001, p.38) define independência como “ a característica de uma pessoa ser capaz de exercer livremente a sua atividade, sem depender de outrem, capaz de ser autónomo”. Independência significa alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, através de ações adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa. Assim a independência pressupõe como aspeto central a capacidade funcional, em que a sua expressão máxima significa realizar sem ajuda as atividades básicas e instrumentais de vida (Gonçalves, 2010).

Dependência define-se como a incapacidade do indivíduo para adotar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem a ajuda de outros, ou equipamentos de adaptação, "ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades” (Santos, 2000)

O fato de uma pessoa não poder realizar sem ajuda, porque é idosa ou por outros motivos, as principais atividades de vida, quer sejam físicas, psicológicas, sociais ou económicas, torna-o dependente. A dependência física e psicológica pode desencadear violência por parte dos familiares e/ou dos mais próximos. São vários os determinantes do processo de envelhecimento que podem conferir a uma pessoa idosa independência e autonomia, da mesma forma que podem torna-la dependente.

Em conclusão podemos afirmar que, independência e dependência tem sido consideradas como estados só possíveis de existir em relação a realizar um determinada tarefa: independência é uma condição de quem satisfaz as suas necessidades recorrendo aos seus próprios meios e a dependência é sentida como incapacidade do indivíduo de se bastar a si mesmo, necessitando da ajuda de outrem para alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades.

No atual enquadramento legal os cuidados continuados em saúde referem-se precisamente aos cuidados prestados em rede na área da dependência, independentemente da etiologia da mesma ou do critério idade, de forma articulada e interdisciplinar, e com o foco de ação na melhoria/ reabilitação ou manutenção deste vetor.

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E SEUS OBJETIVOS

O estágio permitiu a execução de um projeto de investigação o qual passamos a apresentar. O trabalho de investigação por nós realizado pretende dar resposta aos objetivos delineados na introdução a este Relatório; designadamente caracterizar os utentes internados e avaliar a sua dependência para a realização das atividades de vida aquando da admissão e alta.

2.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO

1. Determinar o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior de Miranda do Douro;
2. Determinar os níveis de dependência dos utentes no momento da admissão e da alta.

2.3 – MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e de natureza quantitativa, com o objetivo de caracterizar os utentes internados na Unidade de Cuidados de Longa Duração e Manutenção e determinar os valores da escala de Barthel na admissão e alta da Unidade.

A amostra e população são coincidentes já que estudámos todos os internados desde a abertura da Unidade, a 2 de Dezembro de 2008 até 23 de Julho de 2011 (N=135).

Os dados foram recolhidos através dos processos dos utentes, e tendo em conta uma ficha por nós previamente estruturada com base nas variáveis a incluir no estudo.

As variáveis sociodemográficas coletadas foram: a idade, o sexo dos utentes, estado civil, a profissão anterior à aposentadoria e a escolaridade. As variáveis clínicas

estudadas foram: a tipologia de internamento e referência, as patologias subjacentes, e os dias de internamento.

Ao nível dos instrumentos, destacamos o que serviu para avaliação da variável dependente do estudo: a escala de Barthel na admissão e alta, cuja versão em uso na Unidade anexamos a este relatório.

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diária (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas.

O Índice de Barthel tem boas propriedades psicométricas e níveis de fiabilidade elevado, para além de ser de uso generalizado em estudos sobre a dependência e capacidade funcional, e estar bem testado para a população portuguesa (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

Os procedimentos éticos e deontológicos foram tidos em conta, dado que a informação recolhida para efeitos de investigação foi devidamente autorizada superiormente pelo Senhor Provedor (consulta dos processos individuais dos utentes internados). A consulta da informação constante nos processos para efeito atrás referido é do conhecimento do utente/família tal como é descrito no termo de aceitação do internamento que todos subscrevem na admissão à Unidade. Para além disso, da ficha estruturada por nós usada para recolha de informação não fazia parte o nome do utente, nem qualquer variável que por si só o identificasse positivamente.

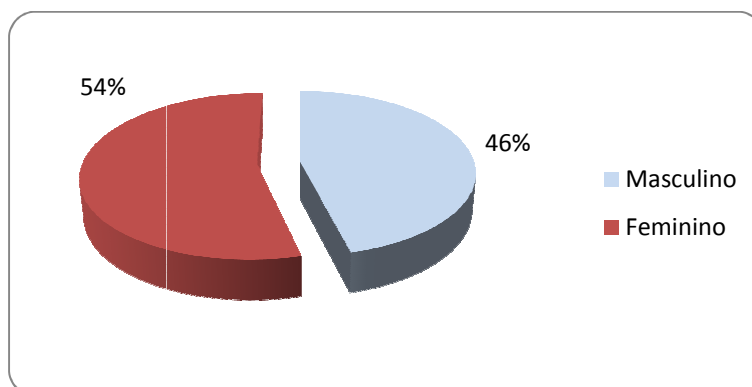
3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos utentes em estudo

Iniciamos a apresentação dos resultados pela caracterização dos utentes participantes no em estudo, nas variáveis sociodemográficas e clínicas.

Desde a sua abertura, a 2 de Dezembro de 2008 até ao fim do período do nosso estágio (23 de Julho de 2011) passaram pela Unidade 135 utentes. Destes, 72 pertencem sexo feminino e os restantes 60 ao sexo masculino (Gráfico 1).

Gráfico 1-Utentes distribuídos por sexo



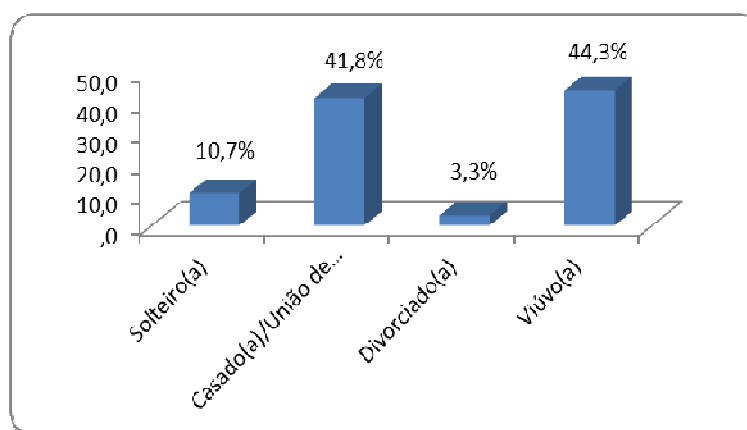
Na tabela 1 apresentamos as estatísticas descritivas obtidas para a variável idade. Constata-se que os utentes internados apresentavam idades que variam dos 42 anos (utente mais novo) até aos 100 anos (utente mais velho). Os utentes apresentam uma média de idade próxima dos 80 anos. Observamos pela distribuição em percentis que 25% dos participantes no estudo apresentavam mais de 86 anos de idade.

Tabela 1- Estatísticas descritivas da variável idade

	Idade	N Válido
N	135	135
Amplitude	58	
Valor mínimo	42	
Valor máximo	100	
Média	79,54	
Mediana	81	
Desvio padrão	10,80	
Variância	116,64	
Percentil 25	74	
Percentil 50	81	
Percentil 75	86	

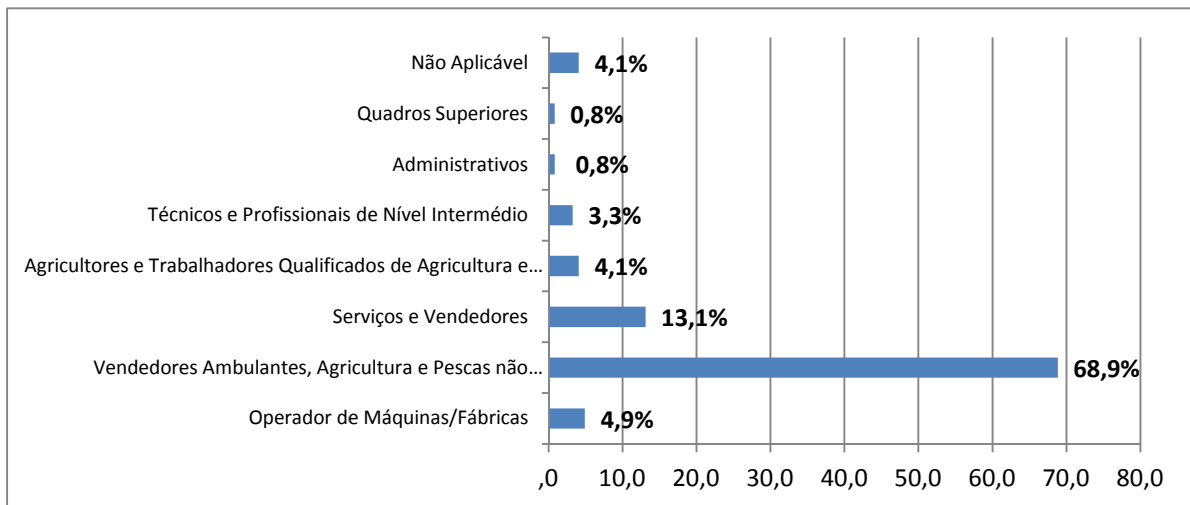
Quanto ao estado civil observamos que 44,3% eram viúvos (Gráfico 3)

Gráfico 2 – Estado civil dos utentes



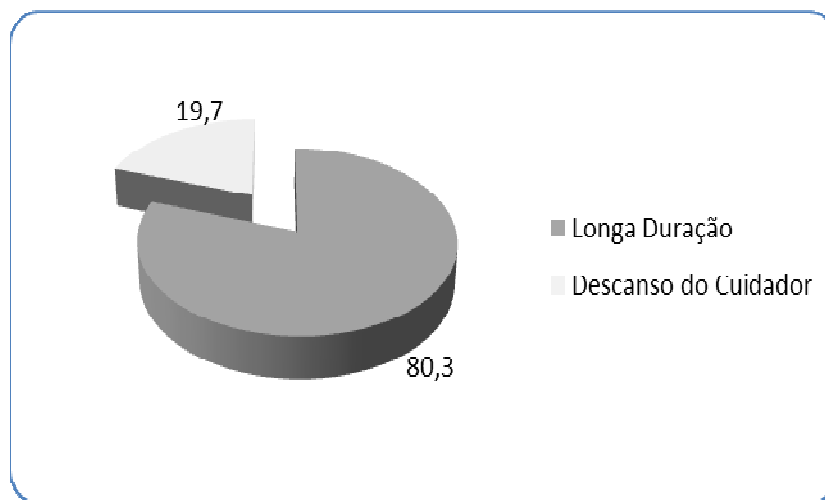
No que à distribuição pelas categorias da classificação de profissões diz respeito, verificamos que 68,9% dos utentes desempenhavam profissões dos ramos de vendas ambulantes, da agricultura e pescas e não qualificados.

Gráfico 3 – Utentes distribuídos de acordo com as suas profissões de origem



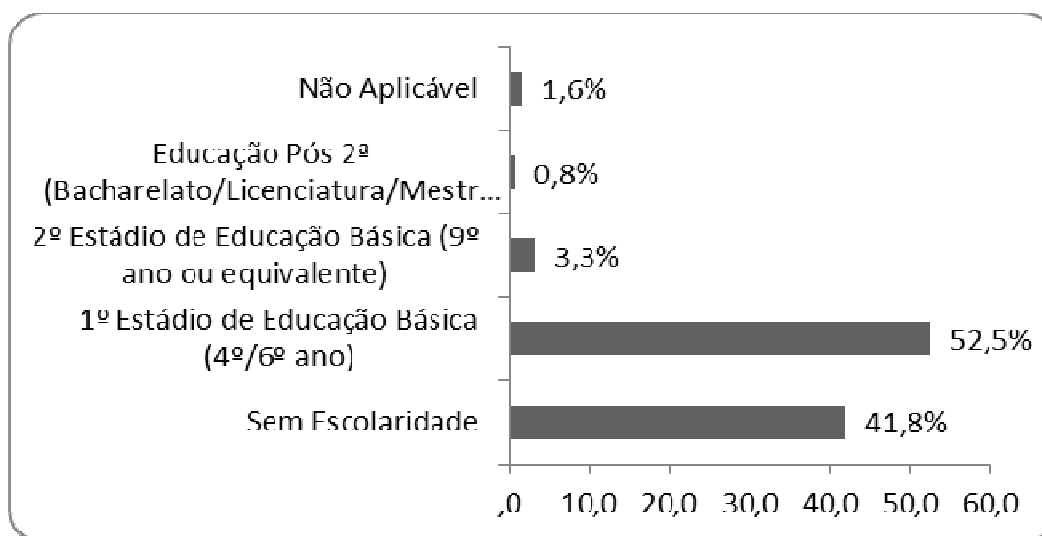
De acordo com o gráfico 4, observamos que 80,3% dos utentes são referenciados para esta instituição para a tipologia de longa duração e apenas 19,7% vêm para descanso do cuidador.

Gráfico 4 – Utentes distribuídos segundo a tipologia de internamento



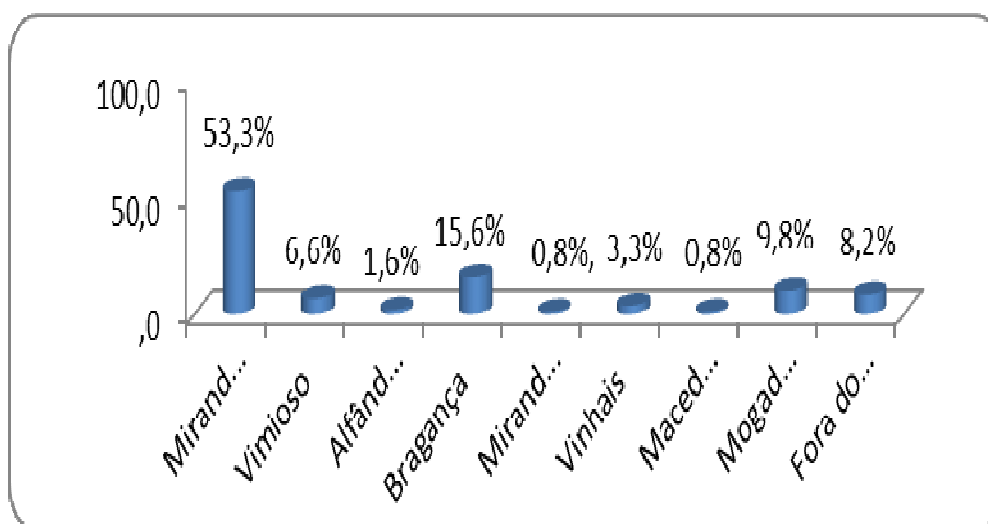
Relativamente à escolaridade dos utentes, e de acordo com o gráfico 5 verificamos que 52,5% apenas possuem 1º estágio de educação básica. Importa também referir 41,8% não frequentaram a escola.

Gráfico 5– Escolaridade dos utentes



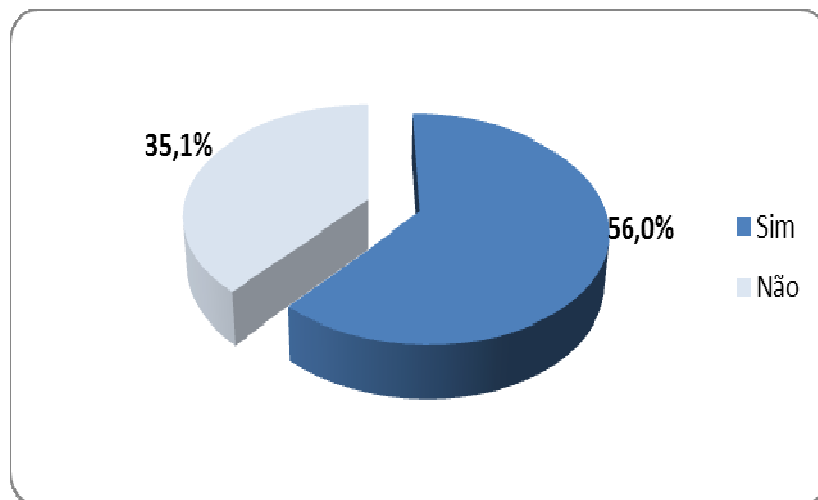
No que diz respeito à área de residência destes utentes, constatamos que a maioria dos utentes (53,3%) residia em Miranda do Douro, concelho onde a Unidade está implantada (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Área de residência



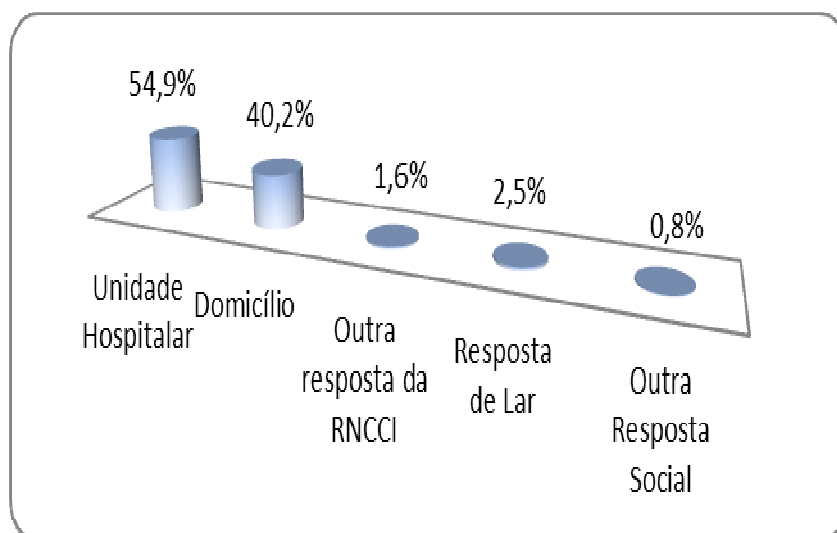
No momento da admissão 56% dos utentes chegam a esta instituição acompanhados por familiar/cuidador.

Gráfico 7 – O utente chegou acompanhado à Unidade?



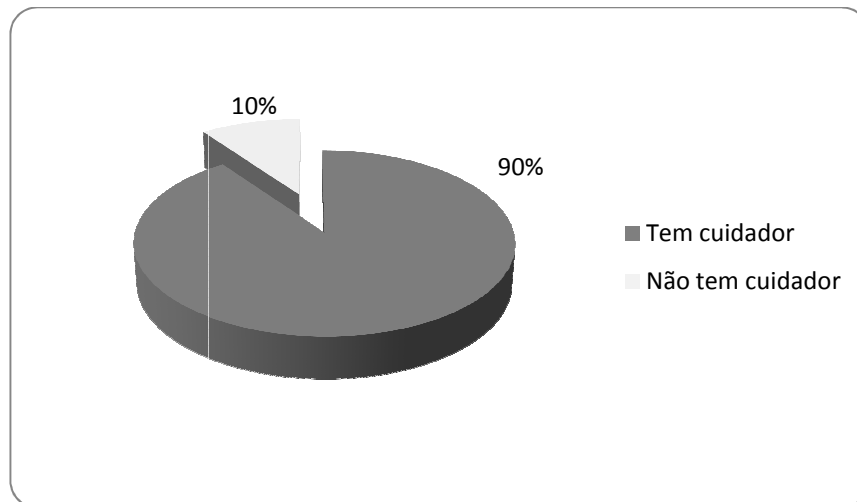
No que refere à sua proveniência 54,9% dos utentes vêm referenciados de unidades hospitalares.

Gráfico 8– Utentes distribuídos de acordo com a tipologia de referenciação



Como se denota pelo gráfico seguinte, 90% dos utentes possuem cuidador informal capaz de lhes prestar apoio.

Gráfico 9 – Presença de cuidador informal capaz de prestar apoio ao utente



A tabela 2 expõe os motivos de internamento dos pacientes na Unidade. Os dados foram colhidos tendo apenas em conta o diagnóstico principal; sendo de referir que por vezes esse diagnóstico principal coexistia com diagnósticos ou problemas secundários. Como se denota o Acidente Vascular Cerebral, e suas sequelas ocupara o primeiro lugar, sendo responsável por 45,0% dos motivos de referenciação.

Tabela 2- Patologias subjacentes à necessidade de internamento

	N	%
AVC	62	45,9
Neoplasia	11	8,1
Ortopédica	7	5,2
Neurológica	13	9,6
Doenças Cardiorrespiratórias	17	12,6
Outras	25	18,5
Total	135	100,0

Na Tabela 3 apresentamos os resultados estatísticos obtidos relativamente ao número de dias de internamento. Ressalta a grande amplitude da variável em análise. Com efeito o valor mínimo para os dias de internamento foi de apenas um dia; enquanto que o valor máximo foi obtido nos 952 dias. Em média os utentes permaneceram internados 139 dias; com uma grande variabilidade de observações em torno deste valor.

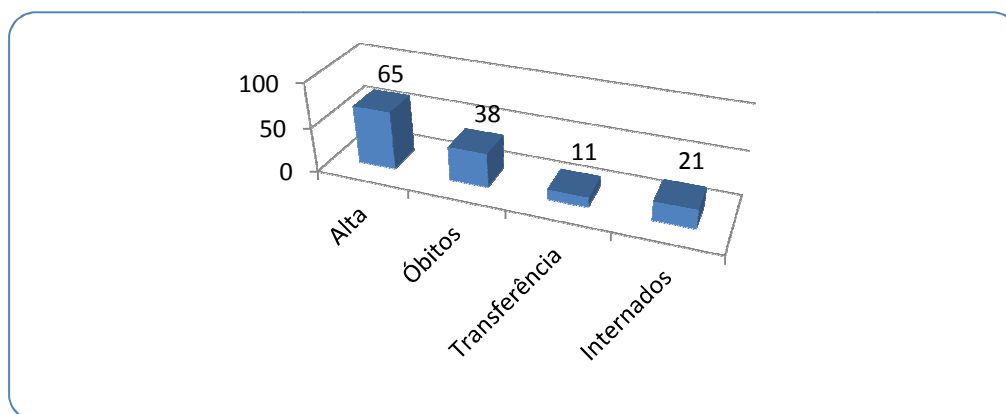
Tabela 3- Estatísticas descritivas para a variável dias de internamento

	Dias de internamento	N Válido
N	135	135
Amplitude	951	
Valor mínimo	1	
Valor máximo	952	
Mediana	65	
Média	139,70	
Desvio padrão	182,16	
Variância	33183,87	

O gráfico seguinte apresenta a casuística da Unidade desde a sua entrada em funcionamento, em Dezembro de 2008, até à data da colheita de dados por nós realizada, para este trabalho, em Julho de 2011. Nessa altura estavam internados 21 pacientes, igual ao número de leitos que a instituição disponibiliza.

No espaço temporal aproximado de dois anos passaram pela Unidade, um total de 135 utentes. Observamos uma taxa de mortalidade de 28,1% durante o período em análise. Foram transferidos 11 utentes e tiveram alta 65.

Gráfico 10- Destino dos pacientes



Níveis de dependência nos momentos de admissão e alta da Unidade

Nas tabelas que a seguir apresentamos, expomos as estatísticas descritivas obtidas para a variável “Índice de Barthel na altura da admissão” e “Índice de Barthel aquando da alta”.

As descritivas obtidas para as pontuações obtidas no Índice de Barthel, aquando da admissão vêm apresentadas na tabela subsequente. Verificamos grande variabilidade de resultados que vão de um valor mínimo de zero pontos, até a um máximo de 85. A média rondou os 15 pontos.

Constatamos também através dos valores médios obtidos para a escala de Barthel que os utentes referenciados para este tipo de Unidades são na realidade dependentes nas suas atividades da vida diária.

Tabela 4- Estatísticas descritivas obtidas no Índice de Barthel aquando da admissão dos utentes

	Barthel (Admissão)	N válido
N	135	135
Amplitude	85	
Valor mínimo	0	
Valor máximo	85	
Média	15,04	
Desvio padrão	16,57	
Variância	274,44	

Na tabela abaixo expomos os resultados descritivos obtidos para o Índice de Barthel aquando da alta dos utentes.

Tabela 5- Estatísticas descritivas obtidas no Índice de Barthel aquando da alta dos utentes

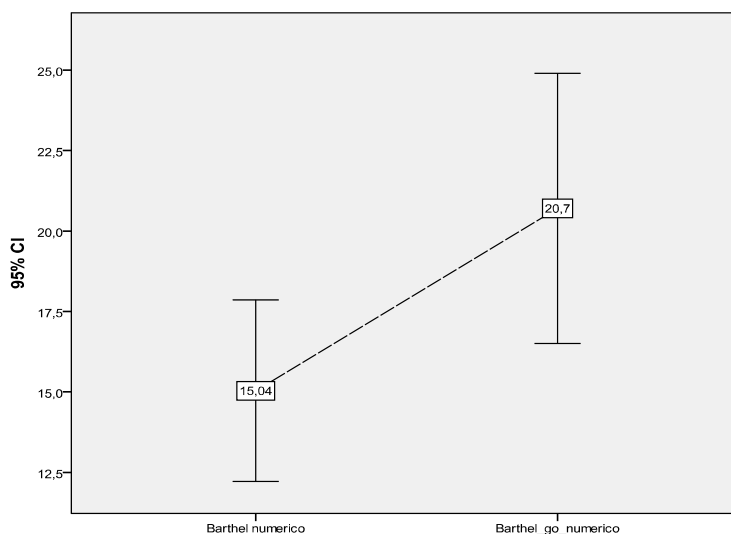
	Barthel (Alta)	N válido
N	133	133
Amplitude	95	
Valor mínimo	5	
Valor máximo	100	
Média	20,71	
Desvio padrão	24,85	
Variância	617,48	

A representação gráfica seguinte coloca em evidência a diferença de médias obtidas no Índice de Barthel, para os utentes estudados, aquando da admissão na Unidade e no momento da alta. Entre a média da pontuação obtida aquando da alta (20,7 pontos) e a média referente à pontuação obtida na admissão (15,04 pontos) observamos uma diferença de 5,67 pontos; o que nos elucida relativamente aos ganhos independência na realização das atividades instrumentais de vida diária avaliadas pelo Barthel.

Estas diferenças relativamente às pontuações médias obtidas no Índice de Barthel à entrada e aquando da alta, são estatisticamente significativas pelo teste t para amostras emparelhadas ($t = -3,665$; $gl = 134$; $p = 0,000$).

Podemos assim afirmar que ganhos importantes em independência funcional para a realização de AVD (Atividades de Vida Diária) foram conseguidos durante o período de internamento na população estudada.

Gráfico 11- Representação gráfica das diferenças de médias, o Índice de Barthel, aquando da admissão e alta



A tabela seguinte distribui os utentes de acordo com as categorias obtidas a partir das pontuações obtidas no Índice de Barthel, aquando da admissão à Unidade.

Na admissão, como podemos constatar, não foram registadas observações nas categorias “dependência ligeira” e “independente”. A dependência total foi a mais frequente com 80% dos registos. Segue-se a dependência grave (17,8%); e finalmente a dependência moderada (2,2%).

Tabela 6 - Uteses classificados segundo o Barthel aquando da admissão

	N	%
Dependência total	108	80,0
Dependência grave	24	17,8
Dependência moderada	3	2,2
Dependência ligeira	-	-
Independente	-	-
Total	135	100,0

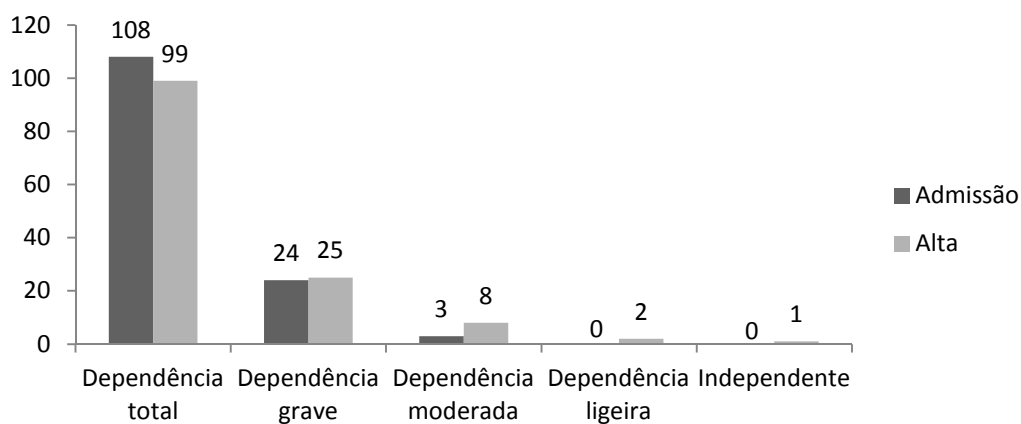
Na classificação aquando da alta podemos constatar que embora com percentagens mais baixas relativamente ao início do internamento, a dependência grave e moderada continua a predominar com grandes percentagens de registos.

Tabela 7- Utentes classificados segundo o Barthel aquando da alta clínica

	N	%
Dependência total	99	73,3
Dependência grave	25	18,5
Dependência moderada	8	5,9
Dependência ligeira	2	1,5
Independente	1	,7
Total	135	100,0

Pela representação gráfica que abaixo colocamos, podemos visualizar que os ganhos em autonomia refletidos nas categorias dependência moderada, dependência ligeira e independência aquando da alta; aumentaram em frequência absoluta; à custa da correspondente diminuição, principalmente na categoria dependência, aquando da admissão.

Gráfico 12- Representação gráfica dos utentes distribuídos pelas categorias do Barthel, aquando da admissão e alta da Unidade



4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

De acordo com os dados apresentados anteriormente verificamos que a população de utentes internados na Unidade de Longa Duração é bastante envelhecida, e constituída maioritariamente por idosos longevos (com mais de 80 anos de idade), grupos etários onde a prevalência de morbilidades e incapacidades é maior (Nogueira, Ribeiro, Rosado, Franceschini, Ribeiro, & Pereira, 2010).

A idade média encontrada no nosso estudo (79,5 anos) é mais elevada do que aquela que é apresentada nos relatórios da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Assim, um relatório da RNCC, que abrange o período compreendido entre Novembro de 2006 até Abril de 2007, e numa amostra que envolveu 44 Unidades, encontrou uma média de idades de 72 anos (Relatório RNCC, 2007). Importa contudo referir que a Rede presta cuidados a uma percentagem importante de pessoas geralmente mais novas, muitas vezes abaixo dos 50 anos de idade, em Unidades de Cuidados Paliativos, cuja tipologia não existia na Unidade onde realizámos o nosso Estágio.

Quando observada a distribuição de utentes por sexo, verifica-se que as mulheres estão em maioria. Os nossos resultados entroncam na literatura gerontológica que, decorrente da maior esperança de vida das mulheres, salienta a feminização da velhice e o envelhecimento como questão de género.

Como se pôde constatar cerca de 19,7% dos utentes ingressaram na Unidade tendo como motivo o descanso do cuidador. Esta tipologia prevista na lei possibilita o internamento temporário do recetor de cuidados, decorrente de dificuldades de apoio familiar ou sobrecarga do principal cuidador. Pretende-se com esta modalidade que haja benefícios tanto para o cuidador principal como para o recetor de cuidados, apesar do seu foco incidir no cuidador informal.

Nas patologias subjacentes à necessidade de referenciação para a Unidade, destacam-se as doenças vasculares, com grande incidência para o AVC (em 45,9% dos casos), logo seguido de outras patologias (18,5%) onde incluimos a senilidade e outras patologias degenerativas, as doenças endócrino-metabólica como a diabetes mellitus descompensada, os problemas cutâneos, com especial incidência para as úlceras de

pressão etc... As doenças cardiorrespiratórias foram responsáveis por 12,6% dos internamentos. Finalmente verificou-se que as patologias ortopédicas, principalmente a fratura da anca, são responsáveis por 5,2% dos casos de internamento. Uma última nota para as patologias neoplásicas, responsáveis por 8,1% dos casos referenciados. Embora esta tipologia tradicionalmente não faça parte de unidades com características semelhantes àquela onde decorreu o Estágio; problemas de proximidade utente/família; presença de profissionais com formação específica na área; explicam esta atenção aos doentes terminais.

Estes resultados estão em linha com o descrito na maioria dos estudos, e dos relatórios de monitorização da RNCC, os quais destacam a patologia cardiovascular, em particular a doença cerebral aguda mal definida (AVC) como a patologia mais prevalente no maior número de utentes referenciados. Deste modo o Acidente Vascular Cerebral foi responsável por 32% das causas de entrada na Rede durante o primeiro semestre de 2008 (Relatório 1º Semestre 2008 RNCC, 2008); atingindo valores de 42% no final do ano em análise (Relatório Anual RNCC, 2008). A este propósito importa salientar que as doenças cerebrovasculares são conhecidas pelo seu carácter crónico progressivo e incapacitante, afetando consideravelmente várias dimensões da qualidade de vida; facto que se reflete na dimensão assistencial a estas pessoas em cuidados continuados, num objetivo multidisciplinar de reabilitação, readaptação funcional e reinserção social e familiar.

Observamos uma taxa de mortalidade de 28,1% durante o período em análise. Não encontramos, na revisão da literatura efetuada, estudos no nosso país com os quais possamos comparar esta taxa de mortalidade. A nível internacional salientamos um estudo realizado em hospitais de transição e longo prazo, conduzido por Crotty, Whitehead, Giles, Ben-Tovim, & Phillips, (2005) os autores encontraram em idosos longevos fragilizados uma taxa de mortalidade de 28%. Um estudo longitudinal de 3 anos efetuado em residências de idosos com problemas de dependência para a realizações das AVD (*Nursing homes*) com base numa amostra de 2206 idosos os autores encontraram taxas de mortalidade de 50% (Hjaltadóttir, Hallberg, Ekwall, & Nyberg, 2011). Um estudo canadiano por nós analisado concluiu que 22% dos idosos com demência internados numa unidade de cuidados de longo termo tinham falecido ao fim de um ano de observação (Reid, 2008).

Os resultados da avaliação pelo Índice de Barthel na admissão e alta permitem-nos concluir que no início do internamento os utentes obtiveram uma pontuação média de 15,04 pontos ($15,05 \pm 16,57$), enquanto que na alta se observaram valores médios superiores ($20,71 \pm 24,85$) o que revela uma melhoria no autocuidados para a realização das atividades de vida diária avaliadas, já que a maiores pontuações na escala de avaliação corresponde maior independência funcional. O mínimo valor do Barthel à entrada foi de zero valores e o máximo de 85 valores. Na saída o mínimo valor foi de 5 pontos e o máximo 100.

Analisando a distribuição dos utentes internados pelas categorias do Índice de Barthel verificamos que na admissão eram totalmente dependentes 108 idosos, e esse número desceu para 99 aquando da alta. Verificou-se também que nenhum doente, à entrada, foi classificado como tendo dependência ligeira e totalmente independente. Mas, na altura da alta da Unidade, observamos que dois pacientes saíram com dependência ligeira, e registamos o facto de um paciente ter saído totalmente independente.

Concluimos que pequenos ganhos sensíveis à realização das AVD foram obtidos durante o internamento, facto assinalável tendo em conta a tipologia da Unidade onde o nosso estágio foi realizado já que, realisticamente, tendo em conta o tipo de doentes e a tipologia de internamento (Longa Duração/ Manutenção), não é espectável que se observe grande recuperação funcional (ao contrário de outras unidades com objetivos mias direcionados para essa questão).

5 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo descreveremos as atividades desenvolvidas durante este estágio. Inicialmente relatamos a forma como se processou integração na equipa interdisciplinar. Também expomos as atividades desenvolvidas com os utentes e a participação em reuniões e formações.

INTEGRAÇÃO NA EQUIPA

Para a realização destas atividades muito contribuiu a forma como fomos recebidos e integrados na equipa, e a relação empática que sempre tentámos estabelecer e manter com todos os elementos da mesma. Foi igualmente importante a postura de interesse, iniciativa, disponibilidade e autonomia que sempre procurámos desenvolver, bem como a postura profissional por parte da equipa.

A integração na equipa fez-se de um modo gradual e decorreu sem problemas ou incidentes. Pensamos ter havido mutuamente uma atitude responsável e dialogante favorecedora de um clima de confiança.

Como foi referido na introdução a este trabalho, durante o decurso do estágio foi-nos dada a oportunidade de participar, em interligação e conformidade com a colega fisioterapeuta que exerce funções na Unidade na elaboração de vários planos de tratamento e reabilitação, de acordo com metodologias científicas e os procedimentos habituais da Unidade.

COLABORAÇÃO NOS PROCESSOS DE ADMISSÃO E INTEGRAÇÃO DOS UTENTES

A integração na equipa de prestação de cuidados veio dar-me uma perspetiva de como são acolhidos os utentes quais os procedimentos durante o tratamento e também com se prepara a alta do utente sempre com a retaguarda familiar e de uma forma personalizada.

Um documento que muito contribuiu para a minha integração foi o protocolo de admissão de utentes da Unidade pois o meu processo de integração de certo modo desencadeou-se da mesma forma (interdisciplinar, personalizada e atenta).

Passo de seguida a explicar o processo de admissão na Unidade: À chegada do utente, devem estar presentes o técnico de serviço social, o enfermeiro responsável, e uma auxiliar, para que utente e família, possam ter contacto com a maior diversidade de profissionais que a unidade coloca ao seu dispor. É importante também promover, o mais cedo possível, o contacto do utente e família com os restantes profissionais da Unidade (Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Administrativos, etc.).

É também importante haver disponibilidade para apresentar as instalações à família e utente. A instalação e acomodação do utente é da responsabilidade do pessoal de enfermagem e auxiliar, que procurarão, neste primeiro contacto realizar uma primeira avaliação dos cuidados individuais que o utente requer. Durante o período de instalação e acomodação o técnico de serviço social reúne com os familiares completando toda a informação que considerem necessária e pertinente, iniciando nesse momento um trabalho de preparação da família para uma futura alta do utente, seja para o domicílio, seja para uma outra resposta social, ao mesmo tempo que se procura potenciar a participação familiar em todos os processos decorrentes do internamento na Unidade.

Terminados os processos, deve conduzir-se a família às acomodações do utente, concedendo-lhe alguns momentos de privacidade (caso assim o desejem), para que em conjunto possam iniciar a sua adaptação a esta nova realidade.

Caso necessário, os profissionais de enfermagem poderão ainda recolher, junto da família, informações que considerem necessária antes de se dar por concluído o processo de admissão do utente.

ATIVIDADES DESNVOLVIDAS COM OS UTENTES

Das diversas atividades desenvolvidas com os utentes gostaria de salientar aquelas em que eles mais colaboraram e as que implicavam um maior desenvolvimento de aspetos cognitivos e funcionais.

Assim, após terem feito a sua higiene de forma autónoma ou com ajuda, à exceção dos utentes portadores de portadores de sonda nasogástrica ou PEG (Gastrostomia percutânea), todos os utentes eram conduzidos ao espaço refeitório para aí fazerem a sua primeira refeição do dia. As atividades que com mais frequência desenvolvemos com os utentes eram feitas a seguir ao pequeno-almoço. Assim sendo e porque no início deste estágio a estação do ano vigente era o Inverno tivemos que executar algumas tarefas dentro do recinto institucional, adaptando as atividades ao espaço disponível. Uma das atividades que mais agradou aos utentes foram as Cantarinhas.

As cantarinhas foi um jogo em que puderam participar todos os idosos, quer os mais autónomos, quer a grande maioria dos dependentes, já que este passatempo pode ser realizado na posição de sentado ou na posição de pé, requerendo apenas movimento e força num dos membros superiores. Grosso modo, o jogo consiste numa adaptação do conhecido “Bowling” usando material mais leve e se necessário adaptado às características de utentes mais específicos. A nível de material específico são necessários dez pinos e uma bola. Os materiais para realizar o jogo podem ser feitos pelos próprios utentes, podendo-se substituir os pinos por garrafas de água de plástico ou latas de refrigerantes e as bolas podem ser feitas de papel de jornal ou revistas, ou então de meias velhas.

Realçámos a grande adesão a esta atividade registando a alegria com que todos participaram, pois o jogo é muito parecido com o “ Fito”, jogo tradicional de Trás-os-Montes que, quando jovens, a maioria dos utentes jogava nas suas aldeias. Conseguimos assim proporcionar-lhes um regresso momentâneo ao passado, a uma altura de maior vitalidade e felicidade nas suas vidas, que sempre revelaram satisfação por recordar.

Com esta atividade, e os exercícios que lhe estavam subjacentes, pretendíamos manter e desenvolver as amplitudes articulares dos membros superiores e os movimentos finos de coordenação da mão. Tínhamos também como objetivo trabalhar a vertente psicossocial, através da interação entre os participantes e o desenvolvimento da comunicação entre os utentes contribuindo para a diminuição do isolamento.

No desenvolvimento destas atividades por vezes verifiquei que alguns utentes ficavam mais agitados que o costume com o entusiasmo do jogo. Assim surgiu-me a ideia de realizar, associada aos exercícios, massagens a esses utentes no ginásio da

unidade. Com a aplicação das massagens tinha como objetivo principal não a terapia de uma condição patológica específica, mas a indução do relaxamento associado à massagem terapêutica. Para além do estímulo tátil e sensitivo o contato com as minhas mãos levou a que o utente ganhasse mais confiança em si próprio e em mim. De tal forma que a minha presença se transformou num momento agradável e de bem-estar terapêutico.

A colocação de pequenos sacos de areia ou de água quente, que promove o relaxamento assim como permitir ao idoso que levante até ao seu campo de visão, as diversas partes do corpo, servem como facilitadores para o reconhecimento e identificação do seu próprio corpo, em especial nas situações em que se encontra acamado.

Outra das formas que encontrámos para combater alguma dor existente com limitação articular a nível das foi a parafina. A parafina é um meio terapêutico que se utiliza para proporcionar condutividade, maleabilidade térmica e ponto de fusão é amplamente utilizado como um meio de geração de calor por condução.

Os efeitos fisiológicos da parafina são os mesmos que os de outras formas de calor exógeno ou de superfície. A vasodilatação cutânea induz sudorese intensa, estas reações têm uma ação antiedematizante e purificante, que por sua vez ativa a circulação linfática e também as camadas de parafina exercem uma pressão constrictiva, semelhante a um penso. Para o mesmo efeito, é utilizado no tratamento de perturbações vasculares periféricas, especialmente pós-traumáticas. Esta terapêutica proporcionou uma melhor mobilidade articular da mão facilitando assim as praxias finas.

Sempre que as condições meteorológicas o permitiam, e em articulação com a equipa de enfermagem e do terapeuta ocupacional levávamos os utentes a dar um passeio ao largo da zona histórica da cidade de Miranda do Douro. Neste passeio eram também incluídos os utentes com maior dificuldade na deambulação e que usavam auxiliares de marcha ou cadeira de rodas. Com esta atividade tínhamos como objetivo promover a mobilidade e exercício físico prevenindo a síndrome de desuso, já que a mobilidade reduzida conduz na maioria das vezes a fraqueza e encurtamento muscular. Para além destes benefícios, existem outros não menos importantes, que são os agentes facilitadores da comunicação e interação cultural, através do contato que estes idosos

têm quando encontram ao longo da caminhada pessoas da sua faixa etária, da sua aldeia, ou da sua família, o que lhes proporciona uma oportunidade para interações que despertam as funções da memória através dos diálogos que estabelecem com pessoas significativas. Assim sendo estas caminhadas são benéficas porque facilitam a socialização do utente, contribuindo assim para uma maior motivação para repetir o exercício que lhe tinha sido proposto.

À hora do almoço regressávamos à Unidade. Na parte da tarde alguns idosos eram levados para os seus quartos para descansar e os menos dependentes eram convidados a dirigirem-se a uma sala onde lhes era proposto efetuarem desenhos e pinturas, atividades lúdicas que visam proporcionar ao idoso a possibilidade de se exprimir através das artes plásticas e dos trabalhos manuais. Só foi possível realizar esta atividade com um pequeno grupo de utentes, aqueles em que mesmo apresentando alguma limitação física e psíquica, conservam ainda alguma praxia fina. Através destes trabalhos os utentes poderiam manifestar o seu estado de espírito, que era visível nas cores que utilizavam. Pois ao utilizar cores muito escuras, podíamos entender esse fato como um sinal de tristeza aparente, já que “A cor é a alma do design e está particularmente arraigada nas emoções humanas”, podendo demonstrar alegria, tristeza ou depressão (Farina, 2006, p. 127). Esta atividade, muito mais que uma atividade física ou de reabilitação, transformava-se numa atividade terapêutica com cariz afetivo e emocional. Foi para nós também muito gratificante constatar que estes idosos, embora não tivessem habilitações literárias elevadas, possuíam saberes, percursos e histórias de vida riquíssimas.

Relativamente aos utentes muito dependentes contribuí com a minha experiência profissional instituindo quase como rotina diária ao longo do estágio técnicas de cinesioterapia respiratória.

REUNIÕES INTERDISCIPLINARES

As reuniões interdisciplinares têm com principal objetivo avaliar em permanência os resultados obtidos em saúde. Para este efeito a RNCCI desenvolveu um sistema de registo e monitorização on-line – GestCare CCI, onde se registam

obrigatoriamente no momento da admissão um conjunto mínimo de dados que permitem, ao momento, avaliar entre outros, a referenciação, admissão, variação do grau de autonomia e estado cognitivo e emocional, úlceras de pressão, risco de quedas, etc... Este aplicativo de registo iniciou-se em janeiro de 2008 com as devidas evoluções, de acordo com as necessidades e insuficiências encontradas. Esta monitorização torna visíveis os dados em tempo real a nível de prestador local, regional e nacional, e assim gerir e monitorizar a RNCCI.

Relativamente à avaliação da situação global do doente, desenvolveu-se um instrumento de avaliação integrada, transversal a toda a Rede e de aplicação obrigatória, que sendo aplicado em todas as Unidades permite a sua comparabilidade, dando a possibilidade sistemática da procura dos melhores processos de intervenção e de procedimentos de operação mais eficazes conducentes à melhoria do desempenho.

A elaboração do Plano de intervenção é efetuada até 48h após a admissão do utente na Unidade, e pelo menos duas vezes por mês são realizadas reuniões com todos os colaboradores da equipa multidisciplinar com a presença dos seguintes grupos profissionais; médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social e, em alguns casos, dietista. Esta reunião realiza-se depois de cada profissional ter tido contacto com o utente e a família, após ter realizado a sua avaliação no domínio do seu campo de intervenção. Os outros profissionais (psicólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e animadora sócio--cultural) irão intervir em função da avaliação da equipa presente no Plano de Intervenção Inicial (PII).

Nesta reunião as diferentes perspetivas profissionais são integradas, através do trabalho em equipa, em prol da melhor qualidade de prestação de cuidados e dos interesses e necessidades do Utente, sendo então, definido o 1º Plano Individual de Intervenção do Utente. Findo o tempo estipulado para atingir os objetivos propostos o PII será revisto e avaliado, com uma periodicidade adequada a cada tipologia ou sempre que a evolução do utente o justifique.

Durante estas reuniões o gestor de caso, que é o profissional responsável pela articulação de todos os profissionais envolvidos, tem como principal objetivo simplificar a comunicação e coordenação entre a equipa de prestação de cuidados o utente e família. Este elemento é responsável pela atualização do plano de intervenção identificando-se como um excelente interlocutor.

Apesar da importância inegável do Plano de intervenção, é também de referir que existem alguns constrangimentos na implementação e revisão do mesmo, nomeadamente, a gestão do tempo necessário face à evolução do estado do utente e o trabalho diário de cada profissional, famílias pouco colaborantes ou inexistentes e expectativas desadequadas do utente e/ou família.

FORMAÇÕES NO DECURSO DO ESTÁGIO

Durante o estágio surgiram grandes oportunidades no âmbito da formação.

Planeámos e apresentámos na unidade uma ação de formação subordinada ao tema “ Síndrome de Burnout – Prevenção e tratamento”, cujo plano esquemático apresento em anexo a este Relatório.

Colaborámos também na elaboração de uma comunicação em formato *poster* submetido e apresentado no I Congresso de Cuidados Continuados em Freixo de Espada à Cinta, com o título “Prevenção e tratamento das Úlceras de Pressão” que anexamos ao presente Relatório.

Envolvemo-nos de forma ativa na organização e participação nas I Jornada de Portas Abertas da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro, numa sessão de esclarecimento aberto à comunidade que se realizou no dia 3 de Junho de 2011 no Auditório Municipal de Miranda do Douro. Este evento contribuiu para ampliar a minha perceção e o meu conhecimento uma vez que trabalhei em conjunto com a fisioterapeuta em serviço na Unidade na elaboração da sessão de esclarecimento do que é a reabilitação numa Unidade de Longa Duração e Manutenção e quais os seus principais objetivos.

6 - REFLEXÃO CRÍTICA

As diferenças entre uma UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), instituições das quais detínhamos conhecimento funcional decorrente da nossa atividade profissional, e uma ECCI, instituição onde realizámos o estágio são realmente significativas.

Decorrente do envelhecimento populacional, os serviços de saúde e de apoio social, necessitam de sofrer adaptações (nomeadamente no que diz respeito aos cuidados domiciliários) de forma a fazer face a esta nova situação demográfica com evidentes repercussões na saúde e na sociedade. Numa revisão efetuada por Azeredo (2009), o autor concluiu que grande parte dos idosos a necessitar de cuidados continuados no domicílio ou eram fragilizados ou tinham vários problemas de saúde.

Os cuidados continuados no domicílio devem ter como finalidades a manutenção ou melhoria da saúde do utente, a promoção da sua autonomia/independência, a promoção do seu conforto e da sua qualidade de vida, mas em simultâneo ter em atenção o bem-estar do cuidador, procurando evitar a sua fadiga/ Burnout e melhorar, quanto possível a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. Estes cuidados são facilitadores de uma avaliação compreensiva, global, do utente e do seu habita, bem como intervenções no seu ambiente físico, ou social sempre que a situação assim o exija. Estas intervenções deverão ser ponderadas e negociadas com a díade prestador/ recetor de cuidados, de forma a minimizar impactos negativos. São também estas intervenções potenciadoras da rentabilização dos recursos para a obtenção de ganhos em saúde e otimização dos apoios sociais necessários a garantir cuidados de proximidade e ajuda à população dependente e suas famílias, evitando situações de hospitalizações e hospitalismo desnecessárias, bem como a institucionalização definitiva de muitos doentes em Unidades residenciais.

A ECCI tem como base de funcionamento o apoio domiciliário 7 dias por semana a nível de Enfermagem e 5 dias por semana de Reabilitação.

Dando uma visão geral dos utentes integrados numa ECCI, são utentes que na sua maioria vivem isolados, sem o apoio dos seus descendentes e quase sempre é um idoso a tratar de outro idoso depende. Acontece em muitos destes casos, que o cuidador também já manifesta alguma limitação para realizar tarefas que exijam mais

motricidade o que torna muito complicado cuidar do seu cônjuge, pois já não têm capacidade física para o fazerem. Assim sendo, a intervenção das ECCI são uma lufada de ar fresco, mas na questão da reabilitação surgem com muita frequência várias barreiras arquitetónicas, falta de condições habitacionais e muito fracos recursos económicos o que nos dificultam bastante o processo de intervenção.

A principal patologia que se encontra nestes utentes referenciados para a reabilitação são do foro ortopédico como por exemplo (prótese total da anca, prótese de joelho, sequelas de fraturas, etc.,), do foro neurológico, a maioria de AVC (Acidente Vascular Cerebral) e do foro pneumológico, sendo esta última sem dúvida a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

Por vezes é complicado prestar cuidados de excelência pois não conseguimos mesmo através de parceiros sociais as adaptações suficientes no domicílio de forma a conseguir realizar tudo o que desejamos para a reabilitação do utente.

Em contrapartida na UCC este aspeto não se verifica uma vez que nestas instituições existe um local apropriado para a realização da reabilitação com todo o tipo de ajudas técnicas necessárias e imprescindíveis. Porém e infelizmente existe um outro aspeto que é difícil ultrapassar: o fato da institucionalização conduzir à separação do habitat, das raízes, dos amigos e vizinhos, o que de alguma forma pode interferir em todo o programa de reabilitação.

Estas Unidades possuem um espaço físico próprio e atendem sobretudo a cuidados de saúde de manutenção de doentes crónicos. Satisfazem deste modo uma parte importante da população que até à criação da Rede não tinha respostas adequadas à sua situação.

Na vertente económico-social, os cuidados continuados pelas suas características, apresentam-se como um tipo de resposta capaz de maximizar recursos, reduzir custos, ao mesmo tempo que garantem a qualidade de serviços.

Durante este estágio pude de facto constatar que, embora os utentes que procuram este tipo de Unidades tenham um potencial de reabilitação muito baixo, em termos gerais a qualidade de prestação de cuidado neste local é bastante eficaz. Os objetivos a alcançar são apenas constam de pequenos mas importantes progressos em independência funcional, como por exemplo, comer com auxílio de colher adaptada, manutenção ou recuperação da capacidade de deglutição, preservação da integridade cutâneo-mucosa, levantar e caminhar sem ajuda, etc.... Dentro destes estreitos limites

de recuperação funcional impostos pela idade e pelas patologias associadas, conseguem-se pequenos e gradativos progressos com vista à maior autonomia possível. Estes pequenos ganhos são por vezes suficientes para um aumento da qualidade de vida.

Outro aspeto que importa referir é o facto de que juntamente com a reabilitação se adequam intervenções numa vertente lúdica, ajustada à situação e desejo do utente podendo potenciar a autonomia e autoestima suficientes para colmatar as dificuldades e limitações sem que este se sinta inferiorizado devido a sua situação clínica.

Apesar da privação do convívio diário com os seus amigos próximos mais próximos, que apenas poderão ter numa ECCI, essa lacuna é superada com terapia ocupacional com atividades lúdicas, de lazer, de culto e também de carácter cognitivo, como por exemplo caminhadas que promovem a socialização e a comunicação, promoção de diálogo informal, atividades em grupo, leitura do jornal ao utente; permitindo assim estimular a cultura e a espiritualidade de acordo com as necessidades e desejos de cada um.

Considero assim que este estágio foi extremamente enriquecedor já que nos proporcionou o contacto e a vivência de realidades para nós até então pouco conhecidas Revelou-se muito produtivo nas vertentes pessoal e profissional, na medida em que nos ajudou a refletir mais profundamente sobre o envelhecimento como problemática emergente na sociedade atual.

CONCLUSÃO

No contexto da prestação de Cuidados Continuados Integrados o modelo de intervenção preconizado para a RNCCI no nosso País, aponta para a necessidade de responder a problemas que decorrem de limitações na funcionalidade dos indivíduos que exigem a intervenção no âmbito da sua reabilitação.

A análise dos dados obtidos neste estudo evidencia este aspeto pelo que apresentamos uma síntese do mesmo, na qual apresentamos as suas principais conclusões:

- A população em estudo foi constituída por 135 utentes, sendo 54,1% do sexo feminino e 45,9% do sexo masculino. A idade média dos utentes situou-se próxima dos 80 anos.
- A maioria da amostra em estudo possui baixos níveis de escolaridade e qualificação profissional.
- Relativamente à residência concluímos que 53% são oriundos de Miranda do Douro, concelho em que a Unidade de Longa Duração e Manutenção está sediada.
- Consta-se que a maioria dos utentes 90,2% tem suporte familiar ao nível de cuidador informal.
- Relativamente à fonte de referenciação, 54,9% foram referenciadas por uma Unidade Hospitalar. Concluímos também que 80,3% dos utentes são referenciados para esta instituição para a tipologia de longa duração e apenas 19,7% são admitidos para descanso do cuidador.
- Para a tipologia Unidades de Longa Duração e Manutenção o máximo de dias de internamento está legislado para 180 dias. Na Unidade em que realizámos estágio, em concreto, a média de dias de internamento para o total da população em estudo situou-se nos 140 dias.
- No que diz respeito às patologias a maioria dos pacientes tinham sequelas de AVC. Das restantes patologias salientamos as doenças cardiorrespiratórias 12,6%, as com neurológicas 9,6% as e finalmente as ortopédicas com 5,2%.

- É de salientar que nesta tipologia de Unidade apareçam 11 casos (8,1%) de situações neoplásicas que foram referenciadas por motivos de proximidade e dessa forma não enviadas para uma Unidade de Cuidados Paliativos.
- Relativamente ao estado do internamento num total de 135 utentes, 21 utentes (15,6%) estavam internados a 21 de Julho de 2011, data do fim de estágio.
- Dos restantes 65 utentes tiveram alta (48,1%), 38 faleceram (28,1%) e 11 foram transferidos para outro tipo de Unidades (8,1%).

Os resultados da investigação se por um lado colocam em evidência um perfil de utentes em que o elevado grau de dependência é a norma, por outro também revelam que uma percentagem significativa regressa ao seio familiar com garantia de continuidade de cuidados adequados e apoios sociais pós-alta. Os resultados evidenciam também ganhos importantes em autonomia para a realização de atividades de vida diária. Estes achados permitem-nos concluir pela eficácia da Unidade no processo de acompanhamento integrado e articulado desenvolvido de forma interdisciplinar desde a entrada à saída dos seus utilizadores.

Finalmente, e sendo a realidade da Rede algo de relativamente recente, gostaríamos de sugerir um incremento da formação em saúde na área específica dos Cuidados Continuados, tendo como público-alvo os profissionais que trabalham na área da saúde da saúde e da segurança social; principalmente àqueles que estão mais envolvidos no estudo e acompanhamento de doentes dependentes.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, L., Leimann, B., Vasconcelos, M., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Fonseca, T., . . . Laurentini, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1924:1930.
- Araújo, F., Ribeiro, P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista portuguesa de saúde pública*, 25(2), 59:66.
- Azeredo, Z. (2009). *Cuidados continuados no domicílio: Cuidar o utente no seu habitat*. Lisboa: Ordem Hospitaleira de S. João de Deus.
- Bergstrom, N., Braden, B., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*. 36(4), 204-262.
- Campolina, A. (2011). O efeito da eliminação das doenças crônicas na população idosa: a compreensão e a expansão da morbilidade. Tese apresentada ao programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. São Paulo, Brasil: Obido em 13/10/21012 a partir de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-18042012-084358/pt-br.php>.
- Crotty, M., Whitehead, C., Giles, L., Ben-Tovim, D., & Phillips, P. (2005). Transitional care facility for elderly people in hospital awaiting a long term care bed: randomised controlled trial. *BMJ*, (331),1110:1113.
- Farinna, M., Perez, C., & Bastos, D. (2006). *Psicodinâmica das cores em comunicação*. São Paulo: Blucher.
- Fink, J. (2002). Positioning versus postural drainage. *Respir Care*, 69-77.
- Gonçalves, R. (2010). Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem submetida ao Intituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da UP. Obtido em 20/10/2012, a partir de: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45980/2/Dissertao%20Raquel%20Lima%20Goncalves.pdf>.
- Hjaltadóttir, I., Hallberg, I., Ekwall, A., & Nyberg, P. (2011). Predicting mortality of residents at admission to nursing home: A longitudinal cohort study. *BMC Health Services Research*, (11),86.

- Laurentini, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1924:1930.
- Mhoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56:61.
- Silva, D., Ribeiro, A., & Fabrício, S. (2007). Produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem aos idosos. *R Enferm UERJ*, 15(3), 406:410.
- Faria, F. (2010). A Medicina Física e Reabilitação no Século XXI: Desafios e Oportunidades. *Acta Fisiatr*, 17(1), 44.
- Farinna, M., Perez, C., & Bastos, D. (2006). *Psicodinâmica das cores em comunicação*. São Paulo: Blucher.
- Finger, M., Cieza, A., Stoll, J., Stucki, G., & Huber, E. (2006). Identification of Intervention Categories for Physical Therapy. *Phyther*.
- Gonçalves, R. (2010). Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da UP. Obtido em 20/10/2012, a partir de: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45980/2/Dissertao%20Raquel%20Lima%20Goncalves.pdf>.
- Hjaltadóttir, I., Hallberg, I., Ekwall, A., & Nyberg, P. (2011). Predicting mortality of residents at admission to nursing home: A longitudinal cohort study. *BMC Health Services Research*, 11:86.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação - Processo e Aplicação 2ª Edição*. São Paulo. Lusociência.
- Iamginário, C. (2002). *O idosos dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Laurentini, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1924:1930.
- Ministério da Saúde (2007). *Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da RNCCI*. Lisboa: Portal do Governo.
- Ministério da Saúde (2010). *Portal da saúde*. Obtido em 2/09/2011, de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/cuidados+continuados/cuidados+continuados.htm>
- Ribeiro, P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Livpsic.

- Pieper, B., & Weiland, M. (1997). Pressure ulcer prevention within 72 hours of admission in a rehabilitation setting. *Ostomy Wound Manage*, 43, N° 8, 14-25.
- Relatório 1º Semestre RNCC. (2008). *Relatório semestral de monitorização do desenvolvimento da RNCC em 2008*. Obtido em 25-10-2011, a partir de: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/309047D7-97A0-447E-8162-CCC1B8DACF3F/0/RELATORIO_SEMESTRAL_RNCCI_2008.pdf.
- Relatório Anual RNCC. (2008). *Relatório de monitorização do desenvolvimento da actividade da RNCCI em 2008*. Obtido em 25-10-2011, a partir de: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/74D13AA5-6D60-4207-934B-E83A175E0581/0/RelatorioAnualRNCCI2008130409.pdf>.
- Reid, R. (2008). Quality of Care and Mortality among Long-term Care Residents with Dementia. *Canadian Studies in Population*, 47:71.
- Silva, D., Ribeiro, A., & Fabrício, S. (2007). Produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem aos idosos. *R Enferm UERJ*, 15(3), 406:410.
- Sulch, D., Evans, A., Melbourn, A., & L., K. (2002). Does an Integrated care Pathway Improve processes of Care in Stroke Rehabilitation? A Randomized Controlled Trial. *Age and Ageing*, pp. 175-179.

ANEXOS

ANEXO 1- Pedido de autorização para efetivação do estudo

*Outorgado
Pais*

Bragança, 26 de Outubro de 2011.

**Exmo. Sr. Provedor da Santa Casa da
Misericórdia da Miranda do Douro,
Sr. Mário Corredeira,**

Os alunos, Ana Cristina Barata e Marco Barata, estando a frequentar o curso de Mestrado em “**Cuidados Continuados**” promovido pela Escola Superior de Saúde em consonância com o Instituto Politécnico de Bragança, vimos por este meio comunicar a V. Excelência o nosso interesse em desenvolver dois artigos científicos na área da saúde relativamente ao nível de cuidados prestados na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro. A recolha de dados será através da consulta processual de forma a garantir o anonimato e confidencialidade dos dados e de todos os utentes. Em qualquer momento, colocamos ao seu dispor a informação recolhida e o tratamento estatístico efectuado.

Desde já gratos pela atenção dispensada.

Pede deferimento,

Bragança, 26 de Outubro de 2011.

Ana Cristina Barata
Marco Salo Correia Barata

ANEXO 2- Escala modificada de Barthel

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. ____/____/____ HD: _____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL <ol style="list-style-type: none">1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.3. Alguma assistência e necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.
CATEGORIA 2: BANHO <ol style="list-style-type: none">1. Totalmente dependente para banhar-se.2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença.4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO <ol style="list-style-type: none">1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.
CATEGORIA 4: TOALETE <ol style="list-style-type: none">1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;
CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS <ol style="list-style-type: none">1. O paciente é incapaz de subir escadas.2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
CATEGORIA 6: VESTUÁRIO <ol style="list-style-type: none">1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.
CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA) <ol style="list-style-type: none">1. O paciente apresenta incontinência urinária.2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)
<ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo. 2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos. 3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento. 4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento. 5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.
CATEGORIA 9: DEAMBULACAO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente para deambular. 2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação. 3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares. 4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas. 5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão. <p style="text-align: center;">Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas</p>
CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas. 2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos. 3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se. 4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados. 5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências). <p style="text-align: center;">Não se aplica aos pacientes que deambulam.</p>
CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico. 2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência. 3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se. 4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança. 5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toailete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestinal	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

ANEXO 3- Comunicações

1º CONGRESSO DAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS TRÁS-OS-MONTES

TEMA: Incidência das Úlceras de Pressão no período de 01/10/2009 a 31/03/2010 na Unidade de Cuidados Continuados De Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro

INTRODUÇÃO:

A úlcera de pressão (UP) é uma área localizada de morte celular que tende a surgir quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período de tempo. Úlcera de pressão pode também ser definida como uma área de dano localizado na pele e estruturas subjacentes devido a pressão ou fricção e/ou combinação destes. As úlceras por pressão são lesões cutâneas que se produzem em consequência de uma falta de irrigação sanguínea e de uma irritação da pele que reveste uma saliência óssea, nas zonas em que esta foi pressionada contra uma cama, uma cadeira de rodas, um molde, uma tala ou outro objecto rígido durante um período de tempo.

OBJECTIVOS:

- Identificar o risco do aparecimento das Úlceras de Pressão, factores associados e predisponentes bem como os tratamentos adequados;
- Desenvolver estratégias para evitar o aparecimento das Úlceras de Pressão e tentar diminuir o risco de desenvolver;
- Verificar a importância da escala de Braden na avaliação da predisponibilidade de um utente desenvolver UP.

PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO:

O processo de desenvolvimento de úlcera de pressão deve-se à pressão e/ou forças de deslizamento exercidas pela pele sobre uma superfície dura;

Os locais onde é mais frequente surgirem úlceras de pressão são a **região do sacro, região trocânica e calcaneares**, no entanto qualquer zona do corpo que esteja sujeita a uma pressão não aliviada é passível de desenvolver úlcera de pressão (cabeça, orelhas, braços, pernas, etc.).

CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO:

As úlceras de pressão classificam-se em 4 graus, conforme os tecidos que atingem. Quanto mais profundo for o atingimento, mais elevado é o grau e mais grave é a úlcera de pressão. Os graus de classificação das úlceras de pressão são:

FACTORES DE RISCO:

- Intensidade da pressão;
- Duração da pressão;
- Tolerância dos tecidos para suportarem a pressão;
- Humidade da pele;
- Perda de sensibilidade;
- Diminuição da força muscular;
- Diminuição da mobilidade;
- Incontinência;
- Hipertermia;
- Anemia;
- Desnutrição proteica;
- Tabagismo;
- Idade avançada.

Úlcera de Pressão de Grau 1: Eritema não branqueável

Eritema não branqueável em pele intacta.



Fig. 1: UP de grau 1. Foto: UCCI Miranda do Douro

Úlcera de Pressão de Grau 2: Flictena

Destruição parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.



Fig. 2: UP de grau 2. Foto: UCCI Miranda do Douro

Úlcera de Pressão de Grau 3: Úlcera superficial

Destruição total da pele envolvendo necrose do tecido subcutâneo.



Fig. 3: UP de grau 3. Foto: UCCI Miranda do Douro

Úlcera de Pressão de Grau 4: Úlcera profunda

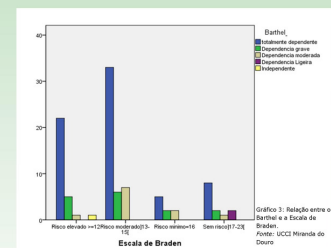
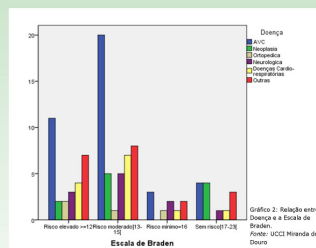
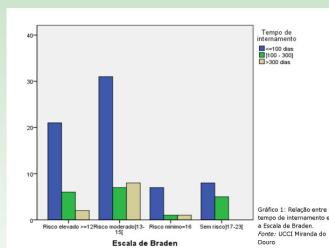
Destruição extensa, necrose tecidual; ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de suporte com ou sem destruição total da pele.



Fig. 4: UP de grau 4. Foto: UCCI Miranda do Douro

MEDIDAS PREVENTIVAS:

- Pele limpa e hidratada;
- Evitar massagens nas proeminências ósseas.** Acreditava-se que a massagem em regiões ruborizadas auxiliavam a melhorar o fluxo sanguíneo. As evidências actuais sugerem que massagem pode causar mais danos;
- Minimizar a exposição da pele à humidade** Quando essas fontes de humidade não podem ser controladas, deve-se usar fraldas descartáveis que mantenham seca a superfície em contacto com a pele. Agentes tópicos que agem como barreira para humidade como cremes, películas protectoras ou óleos também podem ser usados;
- As lesões da pele devem ser minimizadas através de um **posicionamento adequado** e uso de técnicas correctas para transferência e mudança de posição. Os utentes **não devem ser "arrastados"** durante a movimentação, **mas sim "levantados"**, utilizando-se o lençol móvel;
- Nutrição e hidratação adequadas;
- Qualquer indivíduo na cama que seja avaliado como estando em risco para ter úlcera de pressão deverá ser **reposicionado** pelo menos a cada **duas horas**, alternando os decúbitos, se não houver contra-indicações relacionadas às condições gerais do utente;
- Para indivíduos acamados, **materiais de posicionamento** como almofadas de espuma devem ser usadas para manter as proeminências ósseas (como os joelhos ou calcaneares) longe de contacto directo com o outro ou com a superfície da cama;
- Uso de colchão antiescaras de pressão alterna.



CONCLUSÃO:

Assim sendo e tendo em vista os gráficos apresentados, dos 97 utentes que estiveram internados na UCCI Miranda do Douro no intervalo de tempo de 01/10/2009 a 31/03/2010, 48 do sexo feminino e 49 do sexo masculino, com idade média de 80 anos podemos concluir que o **risco de aparecimentos de UP (Escala de Braden)** nestes utentes quando relacionado com: **tempo de internamento, tipo de patologia e grau de dependência (Escala de Barthel)** foi:

- Em relação ao **tempo de internamento** conclui-se que a maioria dos utentes apresentava **risco moderado de aparecimentos de UP**.
- No **tipo de patologia** nota-se que a tendência para o aparecimento de UP terá lugar nos indivíduos com **antecedentes de AVC**.
- A partir do **grau de dependência** o risco de aparecimento de UP será nos indivíduos com **dependência total**, no entanto é de salientar que segundo o gráfico existe um indivíduo independente que apresenta grau elevado de aparecimento de UP.
- Após análise dos resultados, verificamos que se justifica a aplicação da escala de Braden para se efectuar uma prevenção, mais eficaz, das UP.

Autores: Enf. Bruno Vasco; Enf. Carla Torrão; Enf. Fernando Mesquita; Enf. Luís Carlos Ribeiro; Fisioterapeuta Cristina Barata

Bibliografia:

BARANSKI, Sharon; AVELLO, Elizabeth A. – **O ESSENCIAL SOBRE O TRATAMENTO DE FERIDAS: PRINCÍPIOS PRÁTICOS**. Loures: LUSODIDACTA, 2006.
MORISON, Moya J. – **Prevenção e Tratamento de ÚLCERAS DE PRESSÃO**. Loures: LUSODIDACTA, 2004.

ANEXO 4- Formação frequentada

I JORNADA DE PORTAS ABERTAS

Cidades Continuadas

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior
Miranda do Douro: uma resposta para o concelho

Sessão de Esclarecimento
Aberta à Comunidade

3 de Junho de 2011
14 horas

Auditório Municipal de Miranda do Douro
Inscrição Gratuita*

* As inscrições poderão ser feitas no próprio dia, no local do evento, a partir das 10h30m.
A estas inscrições, por questões de logística, não podemos garantir a entrega de material de apoio.

Organização



Com o Apoio de:





Comissão Científica

Francisco Centeno, Director Clínico da ULDM de Miranda do Douro
Elisabete Lavrador, Directora Técnica da ULDM de Miranda do Douro
Paula Martins, Enfermeira Responsável da ULDM de Miranda do Douro
Sérgio Vaz, T. S. Serviço Social da ULDM de Miranda do Douro
Guida Pires, Fisioterapeuta da ULDM de Miranda do Douro
Luís Tomé, Animador Sociocultural da ULDM de Miranda do Douro

Comissão Organizadora

Francisco Centeno, Director Clínico da ULDM de Miranda do Douro
Elisabete Lavrador, Directora Técnica da ULDM de Miranda do Douro
Paula Martins, Enfermeira Responsável da ULDM de Miranda do Douro
Bruno Vasco, Enfermeiro da ULDM de Miranda do Douro
Carla Torião, Enfermeira da ULDM de Miranda do Douro
Fernando Mesquita, Enfermeiro da ULDM de Miranda do Douro
Inês Cordeiro, Enfermeira da ULDM de Miranda do Douro
Luís Ribeiro, Enfermeiro da ULDM de Miranda do Douro
Raquel Pires, Enfermeira da ULDM de Miranda do Douro
Sónia Bernardo, Enfermeira da ULDM de Miranda do Douro
Sérgio Vaz, T. S. Serviço Social da ULDM de Miranda do Douro
Inês Neto, Fisioterapeuta da ULDM de Miranda do Douro
Guida Pires, Fisioterapeuta da ULDM de Miranda do Douro
Luís Tomé, Animador Sociocultural da ULDM de Miranda do Douro
Marco Barata, Estagiário do Mestrado de Cuidados Continuados na ULDM de Miranda do Douro
Ana Cristina Barata, Estagiária do Mestrado de Cuidados Continuados na ULDM de Miranda do Douro
Elisabete Meleiro, Estagiária de Gerontologia do IPB na Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro

Organização:

Unidade de Cuidados Continuados - Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro

Apoios:



I Jornada de Portas Abertas

Cuidados Continuados Miranda do Douro

Unidade de Longa Duração
e Manutenção de St.ª Maria Maior:
uma resposta para o concelho?

Dia 3 de Junho de 2011 (14 horas)
Auditório Municipal de Miranda do Douro

Ficha de Inscrição

ANEXO 5- Objetivos do estágio e respetivo cronograma

CRONOGRAMA

Atividades	2011					
	Fev	Março	Abril	Mai	Junho	Julho
Caracterizar a população de utentes que entraram na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro, ate à data da entrada no estágio e a população actual ao longo da duração do mesmo.						
Integrar a equipa desta unidade acompanhando todo o processo no momento da admissão, acompanhamento e encaminhamento da alta e sua família						
Contribuir para um crescimento pessoal e profissional com toda a equipa integrante nos cuidados através da ligação das Unidades de Cuidados de Saúde Primários com as Unidades de Cuidados Continuados neste caso a de Miranda do Douro.						
Realizar um projeto de investigação através da análise dos valores do Barthel à entrada e saída do utente para uma melhor compreensão da importância da reabilitação nestes utentes.						
Efectuar uma crítica acerca do estágio realizado e respetiva apresentação da reflexão e medidas de correção						

ANEXO 6- Plano de ação de formação realizada no local de estágio

PLANEAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE UMA SESSÃO DE FORMAÇÃO

FORMADORES: Ana Cristina Barata.

LOCAL: Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Miranda Do Douro

DATA: 25 de Maio de 2011

PLANO ESQUEMÁTICO DE UMA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMÁTICA GERAL	Síndrome de Burnout
TEMA ESPECÍFICO	Prevenção e Tratamento
POP.ALVO	Profissionais de Saúde da Unidade de Cuidados Continuados de Miranda do Douro
TEMPO	Uma sessão de 45 min

OBJECTIVOS DE APRENDIZAGEM	CONTEÚDOS ESPECÍFICOS (Itens)	METODOLOGIAS	AVALIAÇÃO
<p><u>Geral:</u> 1. Conhecer a Prevenção e o Tratamento da Síndrome de Burnout</p> <p><u>Específicos:</u> 1. Definir Prevenção; 2. Descrever as estratégias preventivas; 3. Explicar as estratégias; 4. Expor técnicas de prevenir e tratar a Síndrome. 5. Informar sobre os benefícios da Prevenção</p>	<p><u>Global:</u> 1. Informação sobre a Síndrome de Burnout.</p> <p><u>Específicos:</u> 1. Conceito Prevenção; 2. Definir como Prevenir; 3. Tipos de Estratégias; 4. Expor as diferentes formas ter uma vida saudável; 5. Explicar a importância da prevenção</p>	<p><u>Método:</u> - Passivo; - Activo com participação dos formandos;</p> <p><u>Técnicas:</u> - Lição; - Discussão em grupo;</p> <p><u>Material:</u> - Textos de apoio; PC, projector multimédia, Power Point.</p>	<p>- Directa, através da participação dos formandos;</p>

PLANO MENTAL DA PREPARAÇÃO / APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

		VARIÁVEIS DIDÁCTICO- PEDAGÓGICAS INTERNAS		
		<i>Saber-Evoluir: Saber-saber Saber-fazer Saber-ser</i>		
		MÉTODO (S)	TÉCNICA (S)	COMPETÊNCIA (S)
Tendo em conta os objectivos Específicos (ou comportamentais) definidos	Considerando os conteúdos específicos (itens) Seleccionados	<p>Expositivo:</p> <p>“transmitir um aspecto do saber posteriormente...objecto de um outro tipo de tratamento”; “ensino...conceitos e técnicas” (pág. 80)</p> <p>Activo:</p> <p>Metodologia para modificação de atitudes; formação centrada nos participantes; discussão em grupo;</p>	<p>Discussão:</p> <p>Exposição de questões, situações, dúvidas, temas que os formandos querem ver discutidos;</p> <p>Estudo de casos:</p> <p>“caso... situação concreta da vida real...reclama resolução ou decisão” (pág. 121)</p>	<p>1- Construir a sessão - “de modo a torná-las interessantes” (pág.74)</p> <p>2 - Ultrapassar os momentos difíceis - “controlo da situação” (pág. 72)</p> <p>3 - Postura - “adaptar os gestos ao tema, às circunstâncias e às expectativas dos participantes”; “comportamento físico do animador contribui para a comunicação” (pág. 71)</p> <p>4 - Comunicar - “ter em conta os sentimentos dos participantes”; “facilitar a ajuda e a participação de todos” (pág. 71)</p> <p>5 - Responder aos participantes - “não prolongar a discussão ou diálogo apenas com um dos participantes”; “ouvir as ideias dos formandos e saber lidar com os que fazem demasiadas perguntas” (pág. 71)</p> <p>6 - Realidade do formando - “os seus valores” (pág. 74)</p> <p>7 - Seleccionar métodos - “escolher métodos... adaptados aos objectivos... da formação” (pág.72)</p>

PLANO ESQUEMÁTICO DE DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS TOTAIS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

INTRODUÇÃO 10 min	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação pessoal e cumprimento aos formandos; (2min)- Apresentar o tema da sessão: A Síndrome de Burnout: Prevenção e Tratamento (4min)- Explicar os objectivos inerentes à acção de formação; (4min)
DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO 25 min	<ul style="list-style-type: none">- Expor as suas características;- Definição de estratégias preventivas;- Abordar quais as alternativas que podemos alcançar.- Apresentação de um filme para reflexão
CONCLUSÃO 10 min	<ul style="list-style-type: none">- Reforçar ideias Centrais do tema exposto; (2 min)- Apresentação de um filme para transmissão de uma mensagem (3 min)- Responder às dúvidas expostas; (4 min)- Agradecimento e despedida. (1min)

ANEXO 7- Regulamento interno da UCCMD

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Longa Duração (UCCI) é um estabelecimento integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Rede) e exerce a sua atividade em articulação com os outros serviços, sectores e organismos que integram a Rede, no âmbito do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, e do Acordo estabelecido com a Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARS) e o Centro Distrital de Segurança Social de Bragança (CDSS).

A UCCI é uma valência da Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro e não tem personalidade jurídica autónoma.

Assume como missão, valores e objetivos, conforme consta do regulamento da UCCI é um estabelecimento do sector social integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, adiante designada apenas por Rede, que presta cuidados continuados de saúde a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência temporária ou permanente;

A UCCI tem como objeto fundamental contribuir, numa perspetiva integrada para o processo ativo e contínuo de recuperação e manutenção global dos seus utentes, prestando mais e melhores cuidados de saúde, em tempo útil, com humanidade e numa perspetiva de solidariedade social, de harmonia com o espírito tradicional constante do Compromisso da Misericórdia.

A UCCI observa, no desenvolvimento da sua atividade e administração, os seguintes princípios e valores:

- Da humanização dos cuidados – garantia do respeito pela dignidade humana, nomeadamente no que concerne ao direito dos utentes à sua privacidade, à confidencialidade

Expondo agora o guia de acolhimento existente e exposto na receção para esclarecimento e conhecimento de todos em que consta o seguinte:

da informação clínica, à preservação da sua identidade, à não discriminação e ao cabal esclarecimento dos utentes sobre a sua situação de saúde, para que possam decidir de forma livre e consciente sobre a concretização do que lhes é proposto;

- Da ética assistencial – observância dos valores éticos e deontológicos que enquadram o exercício da atividade dos diferentes grupos profissionais;

- Da qualidade e eficiência – articula o objetivo de elevado nível de qualidade e racionalidade técnica com a promoção da racionalidade económica e da eficiência;
- Do envolvimento da família – facilita, incentiva e apoia a participação da família, elemento determinante da relação humanizada, na definição e desenvolvimento do plano individual de cuidados do utente;
- Da continuidade e proximidade de cuidados – resposta às necessidades de cuidados numa perspetiva articulada de intervenção em Rede, mantendo, sempre que possível, os utentes dentro do seu enquadramento social e comunitário;
- Do rigor e transparência – relacionamento rigoroso e transparente com todos os interlocutores, consolidando assim a credibilidade institucional;
- Da responsabilização – promoção de uma cultura de responsabilização, comprometendo dirigentes, profissionais de saúde e demais colaboradores que desempenhem funções na UCCI, no sentido de um escrupuloso cumprimento das normas, regras e procedimentos definidos;
- Da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade – assunção do trabalho de equipa como um dos pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e obtenção de ganhos em saúde.

A enumeração e natureza dos órgãos existentes, para uma melhor compreensão da orgânica da Unidade em termos hierárquicos

A UCCI tem como órgãos um Conselho Diretivo e um Conselho Técnico.

A estrutura organizacional da UCCI está representada no Organigrama constante do Anexo I.

O pessoal dirigente são os titulares dos órgãos da UCCI que são nomeados e destituídos, nos termos gerais, pela Mesa Administrativa da Misericórdia.

O Conselho Diretivo é constituído obrigatoriamente pelo Provedor, ou algum elemento nomeado por este, pelo Diretor Técnico e Diretor Clínico.

No caso de o Diretor Técnico acumular com o Diretor Clínico, haverá lugar à nomeação de um terceiro elemento, preferencialmente o responsável da área de Enfermagem ou área Social.

Compete ao Conselho Diretivo assegurar a gestão das atividades da UCCI na sua globalidade, sendo responsável nomeadamente por:

- Fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como os procedimentos e as orientações técnico-normativas emanadas dos serviços e entidades competentes;
- Planear, dirigir, coordenar e controlar a atividade dos diversos sectores da UCCI, sem prejuízo das competências próprias da Mesa Administrativa da Misericórdia;
- Estabelecer uma estreita e permanente articulação entre a UCCI e as Equipas Coordenadoras Local e Regional da Rede, mandatando para o efeito uma equipa que incluirá obrigatoriamente pelo menos um dos seus membros;
- Validar as normas de funcionamento da UCCI para posterior aprovação pela Mesa Administrativa da Misericórdia;
- Diligenciar no sentido da elaboração do Guia de Acolhimento ao Utente e criar mecanismos que assegurem a sua entrega a todos utentes ou seus familiares;
- Definir os níveis de responsabilidade de todo o pessoal e respetivas funções;
- Implementar uma política de formação contínua para todos os colaboradores da UCCI, diagnosticando periodicamente as necessidades formativas, com vista à elaboração de um plano de formação anual e posterior avaliação do seu impacto;
- Definir procedimentos de controlo interno na UCCI;
- Zelar pelo efetivo controlo da infeção hospitalar e pela correta gestão de resíduos, de acordo com a legislação aplicável;
- Responsabilizar os diversos sectores da UCCI pelos meios postos à sua disposição face aos resultados atingidos;
- Assegurar que os colaboradores se encontram devidamente identificados;
- Exercer as demais competências que lhe sejam delegadas pela Mesa Administrativa da Misericórdia.

O Conselho Diretivo responde perante a Mesa Administrativa da Misericórdia pela qualidade dos serviços de saúde prestados e pela utilização dos recursos disponibilizados.

O Conselho Diretivo pode delegar poderes nos seus membros, definindo em ata as condições e limites de tal delegação.

O Diretor Técnico é nomeado pela Mesa Administrativa da Misericórdia.

No exercício das suas funções, o Diretor Técnico pode ser coadjuvado por um adjunto, que o substitua nas suas faltas e impedimentos, devendo a escolha efetuada ser aprovada pela Mesa Administrativa e divulgada internamente na UCCI.

Ao Diretor técnico compete, em geral:

- a) Promover a melhoria contínua dos cuidados e serviços prestados, coordenando o planeamento e a avaliação de processos, resultados e satisfação quanto à atividade da unidade;
- b) Estabelecer o modelo de gestão técnica adequado ao bom funcionamento da unidade;
- c) Coordenar e prestar supervisão aos profissionais da unidade, designadamente através da realização de reuniões técnicas;
- d) Definir as funções e responsabilidades de cada profissional, bem como as respetivas substituições em caso de ausência;
- e) Implementar um programa de formação adequado à unidade e facultar o acesso de todos os profissionais à frequência de ações de formação, inicial e contínua, bem como desenvolver um programa de integração dos profissionais em início de funções na unidade.
- f) Tomar medidas no sentido da admissão de pessoal de enfermagem e do pessoal auxiliar, considerando o interesse institucional;
- g) Proceder à avaliação anual do desempenho do pessoal sob sua direção;
- h) Promover a formação, atualização e valorização pessoal do pessoal auxiliar;
- i) Assegurar a implementação do plano assistencial definido pela equipa multidisciplinar, para cada um dos utentes;
- j) Acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da atividade dos profissionais.

O Diretor Clínico é nomeado pela Mesa Administrativa da Misericórdia.

No exercício das suas funções, o Diretor Clínico pode ser coadjuvado por um adjunto, devendo a escolha efetuada ser aprovada pela Mesa Administrativa e divulgada internamente na UCCI.

Compete, em geral, ao Diretor Clínico:

- Dirigir a ação médica;
- Coordenar toda a assistência prestada aos doentes;
- Assegurar o funcionamento harmónico dos serviços assistenciais da UCCI;
- Garantir a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde.

Cabe, em especial, ao Diretor Clínico:

- Compatibilizar, do ponto de vista técnico, em articulação com o Enfermeiro Responsável, os planos de ação apresentados pelas diferentes Unidades envolvidas na prestação de cuidados, com vista à sua inclusão no Plano de Ação global da UCCI;
- Fomentar a ligação, articulação e colaboração entre a ação médica e a ação de outros profissionais de saúde, de forma a maximizar os resultados, atendendo aos recursos disponíveis;
- Detetar eventuais pontos de estrangulamento no plano assistencial global da UCCI, propondo, em tempo útil, a implementação de medidas corretivas adequadas;
- Resolver os conflitos de natureza técnica e as dúvidas sobre deontologia médica que lhe sejam presentes;
- Promover os princípios da qualidade técnica, da eficácia e da eficiência;
- Estabelecer com a equipa multidisciplinar da UCCI o plano assistencial de cada Utente e acompanhar a implementação do mesmo durante o internamento;
- Garantir o registo de toda a informação referente ao Utente no processo clínico individual e a sua disponibilização no âmbito do Acordo

O Enfermeiro Responsável é nomeado pela Mesa Administrativa da Misericórdia.

No exercício das suas funções, o Enfermeiro Responsável pode ser coadjuvado por um adjunto, devendo a escolha efetuada ser aprovada pela Mesa Administrativa e divulgada internamente na UCCI.

Compete, em geral, ao Enfermeiro Responsável orientar e coordenar as atividades dos profissionais da UCCI, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Cabe, em especial, ao Enfermeiro Responsável tomar todas as medidas necessárias no sentido de:

- Compatibilizar, do ponto de vista técnico, em articulação com a Direção Clínica, os Planos de Ação;
- Propor ao Diretor Técnico a admissão do pessoal de enfermagem e do pessoal auxiliar, considerando o interesse institucional, e participar no processo de recrutamento e seleção;
- Proceder à avaliação anual do desempenho do pessoal sob a sua direção;
- Promover a formação, atualização e valorização profissional dos Enfermeiros e do pessoal auxiliar;
- Assegurar a implementação do plano assistencial definido pela equipa multidisciplinar para cada um dos utentes;
- Garantir a efetivação do registo de todos os cuidados prestados ao Utente e outra informação relevante;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da atividade dos profissionais.

O Conselho Técnico é presidido por um dos seus membros, escolhido por cooptação, e tem a seguinte composição:

- Diretor Técnico;
- Diretor Clínico;
- Enfermeiro Chefe;
- Psicólogo;
- Assistente Social;

Compete ao Conselho Técnico:

- Atuar como órgão consultivo e de interligação entre os diversos serviços da UCCI;
- Dar parecer sobre os assuntos que lhe sejam apresentados;

- Propor ações que visem a melhoria contínua da qualidade dos serviços e uma maior eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde;
- Colaborar na revisão anual da estruturação e dinâmica dos serviços da UCCI e respetivas lotações, propondo as alterações que garantam a prossecução da Missão da UCCI.

As Receitas da UCCI têm um grande impacto na prestação de cuidados, visto que ajudam no pagamento aos colaboradores, na aquisição de matéria consumível, e manutenção de outro tipo material nomeadamente da fisioterapia e do carro de emergência.

São receitas da UCCI as que resultarem do desenvolvimento da sua atividade, nos termos da legislação em vigor e dos acordos e tabelas aprovados, nomeadamente:

- As verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados continuados prestados a utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao abrigo do Acordo;
- As verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados continuados prestados a beneficiários de subsistemas ao abrigo do Acordo;
- Quaisquer outros rendimentos que resultem da sua atividade ou da utilização de bens que lhe estão adstritos.

Valor médio pago por utente	11,99€ p/ dia
Valor mínimo pago por utente	0,00€ p/ dia
Valor máximo pago por utente	29,98€ p/dia

Relativamente ao quadro de Pessoal, em conformidade com as recomendações constantes no Anexo II do Acordo e em obediência a critérios de qualidade, segurança e humanização, a UCCI garante os recursos humanos necessários, em número e qualidade, à prestação dos cuidados acordados.

O mapa de pessoal e as escalas respetivas são afixados em local visível e acessível a todos os profissionais, utentes e seus familiares.

A UCCI não dispõe de quadro de pessoal próprio, sendo os recursos humanos de que carece para o exercício da sua atividade facultados pela Misericórdia.

A organização da atividade da UCCI deve obedecer às normas de segurança, higiene e saúde no trabalho aplicáveis.

Salvo no que respeita ao poder de direção e de avaliação do desempenho, bem como à política de formação, são da exclusiva competência da Mesa Administrativa da Misericórdia todas as decisões em matéria de recursos humanos.

Seguindo as orientações da Política de Formação Global da Misericórdia e do que está preconizado no âmbito da Rede, a UCCI apoia e incentiva a formação contínua ou em exercício de todos os colaboradores, como forma de desenvolvimento pessoal e profissional, através da valorização das suas competências técnicas, humanas e sociais.

Para o efeito do disposto no número anterior, o Conselho Diretivo da UCCI:

- Define e aprova anualmente um plano de formação (anexo II) para os diferentes grupos profissionais da UCCI, com base no levantamento de necessidades, privilegiando as ações que visem a participação conjunta da equipa multidisciplinar;
- Divulga ações de formação e outras oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, quer dentro da organização quer noutras instituições;
- Veicula informação sobre assuntos técnico-científicos de interesse no âmbito da saúde e particularmente na área dos cuidados continuados;
- Promove a realização de eventos técnico-científicos, envolvendo os profissionais da UCCI, tendo em vista a atualização e a partilha de conhecimentos;
- Realiza sessões formativas para o enquadramento da atividade voluntária, na perspetiva de colaboração gratuita e adequada de pessoas que disponibilizam o seu tempo para ajudar os utentes e familiares.

São admitidos na UCCI os utentes referenciados pela ECL (Equipa Coordenadora Local) que preencham os requisitos previstos na legislação aplicável e nas orientações emanadas pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados para este efeito.

De acordo com o preconizado no número anterior, são admitidos nas Unidades de Longa Duração e Manutenção doentes com processos crónicos que apresentam

diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não podem ser atendidos no domicílio. Considera-se critério de referenciação específico para admissão nesta unidade a situação de dependência que apresente algumas das seguintes condições:

- Doente que não requeira cuidados médicos permanentes e necessite de cuidados enfermagem 24h/diários;
- Doente que, por patologia aguda e/ou crónica estabilizada, necessite de cuidados de saúde e apresente défice de autonomia na atividades da vida diária, com previsibilidade superior a 90 dias consecutivos;
- Doente com dificuldades de apoio familiar ou cujo principal cuidador tem necessidade de descanso, podendo a duração do (s) respetivo (s) internamento (s) ser de duração inferior a 90 dias, com o limite anual de 90 dias;
- Doente com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica e funcional;
- Doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo;
- Doente com alguma das seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção.

Verificados os requisitos referidos no artigo anterior, a ECL referencia o Utente para a UCCI com a antecedência necessária para permitir a sua admissão.

No processo de referenciação a ECL envia à UCCI toda a documentação administrativa, clínica e social imprescindível à constituição do processo do Utente e à preparação do plano de intervenção da equipa da UCCI.

Entre outra, deve ser fornecida a seguinte informação: Entidade financeira responsável; Número de beneficiário de subsistema, caso exista; Número de Bilhete de Identidade; Número de Utente do SNS; História Clínica e Social; Medicação; Cópia dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) realizados, que sejam relevantes para a decisão clínica e Concordância formal do Utente quanto à admissão na UCCI e à assunção dos encargos decorrentes das prestações de cuidados sociais cujo valor foi previamente calculado pela ECL.

Após análise de informação referida no número anterior, a UCCI deve comunicar à ECL o momento que considera mais adequado para a admissão do Utente.

O Plano Individual de Cuidados requer intervenção multidisciplinar e é elaborado após a admissão do Utente, sendo revisto periodicamente.

A entrada do Utente na Unidade deve ocorrer até às 18H00, salvo em situações excecionais de que tenha sido dado conhecimento prévio à UCCI.

Aquando da entrada do utente é efetuado um processo individual ao utente, sendo único e deve reunir toda a informação clínica, social e administrativa, incluindo, obrigatoriamente:

- Registo de admissão;
- Diagnóstico médico principal e secundário;
- Plano individual de intervenção terapêutica, de cuidados de enfermagem, sociais e de fisioterapia;
- Escalas de avaliação de dependência aplicadas, pelo menos, aquando da admissão e da alta;
- Registo diário dos cuidados prestados;
- Registo de avaliação semanal e eventual aferição e reformulação do plano de intervenção;
- Cópia da “Nota de Alta” ou do respetivo planeamento e demais informações respeitantes à mesma, designadamente, data provável, informações relevantes e recursos mobilizados na comunidade.

O processo individual do Utente deve ser permanentemente atualizado, sendo que, no que se reporta a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação do profissional que os prestou e pode estar em suporte papel ou em suporte digital, devendo, em qualquer dos casos, ser garantido o direito à privacidade do Utente e a confidencialidade dos dados.

A UCCI assegura o arquivo do processo individual do Utente nos termos da legislação aplicável.

O processo pode ser consultado pelo Utente e, ainda, pelos familiares ou representante legal nos termos da legislação aplicável.

Quando atingidos os objetivos terapêuticos, ou considerada adequada uma mudança de tipologia dentro da RNCCI, as unidades devem fazer proposta fundamentada a ECL, para apreciação e autorização da mobilidade ou alta do Utente.

O planeamento da alta deve ser iniciado logo após a admissão do Utente de forma a permitir a articulação atempada com outras entidades, a elaboração e transmissão de informação clínica e social e a continuidade da prestação de cuidados.

No momento da alta, a UCCI deve:

- Disponibilizar ao Utente ou seu representante legal, tal como à ECL, relatório circunstanciado dos cuidados que lhe foram prestados, denominado “Nota de Alta”;
- Enviar ao médico de família e/ou médico assistente do Utente informação da situação clínica do Utente, com cópia da “Nota de Alta”;
- Arquivar cópia da Nota de Alta no processo do Utente;
- A Unidade, em articulação com a ECL e família do Utente, deve diligenciar no sentido de a alta se verificar até às 48H00.

Durante o internamento na UCCI, quando se verifique necessidade de internamento de um Utente em Hospital de Agudos na sequência de transferência por agudização de doença após 8 dias consecutivos, não será viabilizada qualquer reserva de vaga na Unidade, com exceção das condições constantes dos números seguintes.

No caso de se verificar uma evidente previsão de que a taxa de ocupação mensal possa vir a ser igual ou superior a 85%, a UCCI deverá considerar a possibilidade de reserva de vaga.

No caso de a UCCI apresentar uma previsão de a taxa de ocupação vir a ser inferior a 85%, pode o Conselho Diretivo da Unidade, por motivos de solidariedade ativa e humanização, vir a autorizar pontualmente a referida reserva.

As exceções referidas nos pontos 2 e 3 são analisados caso a caso pelo Conselho Diretivo da UCCI e a sua decisão será comunicada à ECL.

A UCCI funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana. O atendimento ao público da UCCI funciona entre as 09:00H e as 18:00H, com intervalo para almoço entre as 12:30h e as 14:00h. Sem prejuízo da flexibilidade inerente à

situação particular de cada Utente, as refeições são servidas nos seguintes horários:

- Pequeno-almoço entre as 8:30h e as 9:30h;
- Almoço entre as 12:00h e as 13:00h;
- Lanche entre as 15:00h e as 16:00h;
- Jantar entre as 18:30h e as 19:30h;
- Ceia entre as 22:30h e as 23:00h.

O Utente internado na UCCI tem os seguintes direitos:

- A ser tratado pelo nome que preferir;
- A ser tratado no respeito pela dignidade humana, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
- A receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos;
- À continuidade de cuidados;
- A ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;
- A ser envolvido na elaboração do seu plano individual de cuidados e a ver respeitadas, sempre que possível, as suas preferências e expectativas;
- A ser informado sobre a sua situação de saúde e psicossocial;
- A obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica;
- A dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato clínico ou participação em investigação ou ensino;
- À confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe digam respeito;
- Ao acesso aos dados registados no seu processo clínico;
- À privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico;
- A apresentar sugestões e reclamações, por si ou por quem o represente;
- À visita dos seus familiares e amigos;
- À sua liberdade individual;
- A uma alimentação adequada ao seu estado de saúde, incluindo dietas especiais em caso de prescrição médica;

- À participação, sempre que possível, dos familiares ou representante legal no apoio ao Utente, e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafectivo deste;
- A um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;
- A justificação, por escrito e sempre que for solicitado, das razões da decisão de não realização de qualquer ato profissional relacionado com a prestação de cuidados;
- A assistência religiosa e espiritual, a pedido do Utente ou, na incapacidade deste, dos seus cuidadores informais ou representante legal;
- A receber, no ato de admissão, um exemplar do Guia de Acolhimento e à explicação do conteúdo do mesmo;
- A conhecer o plano de atividades diárias da UCCI, que deve estar afixado em local visível.

O Utente internado na UCCI tem o dever de:

- Zelar pela melhoria do seu estado de saúde;
- Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento;
- Respeitar os direitos dos outros doentes;
- Colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si livremente aceites;
- Respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde;
- Utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários;
- Suportar os encargos decorrentes de apoio social, cujo valor foi comunicado pela ECL antes da sua admissão na UCCI.

Os cuidadores informais e o representante legal do Utente internado na UCCI têm direito:

- A ser envolvido no processo de acolhimento do Utente;
- A participar na elaboração do plano individual de intervenção, nomeadamente no que respeita ao acesso à informação sobre os seus direitos e evolução da respetiva situação;

- A acompanhar o Utente durante o horário estabelecido, participando nas refeições e outras atividades desde que não seja posta em causa a privacidade e descanso dos outros utentes;
- A obter por parte da UCCI justificação, por escrito e sempre que for solicitado, das razões da decisão de não realização de qualquer ato profissional relacionado com a prestação de cuidados;
- A consultar o Regulamento Interno da UCCI;
- A ver respeitada as suas decisões quanto aos procedimentos a adotar quando o Utente não reunir condições para o fazer comprovadamente.

Os cuidadores informais e o representante legal do Utente internado na UCCI têm o dever de:

- Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento;
- Colaborar com todos os profissionais da UCCI e da Rede no sentido da promoção da autonomia e reabilitação do Utente, sempre que tal seja possível e ainda no que diz respeito à sua reintegração social;
- Honrar os compromissos assumidos pelo Utente, sempre que este não o possa fazer, nomeadamente os relacionados com a assunção de encargos decorrentes da prestação de unidades de apoio social.

O horário de visitas aos utentes da UCCI estende-se entre as 14:00h e as 20:00h com o objetivo de promover a participação da família e dos cuidadores informais nos processos de recuperação e manutenção dos utentes, tal como na preparação do seu regresso a casa.

Com base no definido no número anterior, a UCCI incentiva a participação da família e dos cuidadores informais na prestação de cuidados, na toma de refeições, na concretização das atividades diárias e no acompanhamento aos tratamentos.

Com o objetivo de garantir o necessário descanso dos utentes, não são permitidas visitas fora do período definido no número um, salvo em situações excecionais sujeitas a autorização da Equipa Organizacional da UCCI.

Relativamente à avaliação da satisfação e dos resultados

A UCCI procede à avaliação:

- Da satisfação dos utentes e seus cuidadores informais/familiares;
- Da satisfação dos profissionais;

- Dos resultados versus os indicadores preconizados, clínicos ou outros.

A UCCI privilegia formas atuantes de convivência e articulação com a comunidade em que se integra, procurando gerar sinergias, nomeadamente com unidades de saúde, instituições académicas, escolas de formação profissional, instituições de solidariedade social e outras entidades nacionais e internacionais de interesse público.