

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Referencial do Enfermeiro

Março 2009

Introdução

São objectivos deste Referencial

- Sistematizar a configuração da Rede de Cuidados Continuados Integrados, clarificando a estrutura e os serviços, de forma a tornar mais claros a amplitude e o potencial de desenvolvimento da intervenção de enfermagem;
- Suportar uma visão de enfermagem na prestação de cuidados continuados integrados, potenciadora de uma acção que vise o acompanhamento e o cumprimento do plano de cuidados à pessoa dependente e família;
- Harmonizar a linguagem utilizada pelos enfermeiros nos diferentes contextos de cuidados da RNCCI;
- Incentivar a utilização de um padrão de documentação, que evidencie e contribua para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Opta-se por analisar e sistematizar o Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho, numa primeira parte, partindo da análise do documento legal. Seguidamente, explicitar o enquadramento relativo à Enfermagem, apresentar um padrão de documentação e os indicadores e cálculo das dotações, para o internamento e o ambulatório.

No âmbito da garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros espera que este referencial seja um suporte à tomada de decisão dos enfermeiros, no domínio da sua responsabilidade profissional na implementação da RNCCI, nomeadamente ao que concerne às dotações seguras.

1. Da Rede – configuração e serviços

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, procura dar resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Para tal, o modelo de intervenção articulado da saúde e da segurança social tem natureza preventiva, recuperadora e paliativa, estando situado num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Clarificada a **finalidade**

“Dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Estas unidades e equipas devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.” (*in* Preâmbulo)

o **objectivo geral** da Rede é

“... a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.” (artigo 4º, n.º 1).

e tem como **objectivos específicos**:

- a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;
- d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;

- g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.”, (artigo 4º, n.º 2).

A Rede, criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, “é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais” (artigo 2º, n.º 1) e organiza-se a nível regional e local.

Entende-se por **cuidados continuados integrados** “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.”, (artigo 3º, alínea a). Compreendem “a reabilitação, a readaptação e a reintegração social” e “a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis”, pelo que incluem a prestação de *cuidados paliativos*¹, seguindo-se o consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (artigo 5, nº1).

A Rede assenta:

(1) sobre os **princípios**² de

- “(a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- (b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- (c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- (d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- (e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- (f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;
- (g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- (h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;

¹ Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho. Artigo 3º - Definições - b) «Cuidados paliativos» os cuidados activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida;

² Conforme Artigo 6º.

(i) Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados e (j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.”, (art.º 6º);

(2) sobre a garantia dos **direitos**³ da pessoa em situação de dependência, designadamente:

“ (a) À dignidade; (b) À preservação da identidade; (c) À privacidade; (d) À informação; (e) À não discriminação; (f) À integridade física e moral; (g) Ao exercício da cidadania e (h) Ao consentimento informado das intervenções efectuadas.”

Com um **modelo de intervenção integrada e articulada**, as bases⁴ de funcionamento da Rede incluem:

- (a) Intercepção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;
- (b) Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados;
- (c) Coordenação entre os diferentes sectores e recursos locais;
- (d) Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efectivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a optimização dos recursos locais;
- (e) Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objectivos”.

A coordenação da Rede a nível nacional é assegurada pela Unidade de Missão para os cuidados continuados integrados (UMCCI), sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local. A coordenação da rede a nível regional é assegurada por cinco equipas que incluem os representantes das ARS e centros distritais de segurança social. A coordenação “a nível local é assegurada por uma ou mais equipas, em princípio de âmbito concelhio, podendo, designadamente nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra, coincidir com uma freguesia ou agrupamento de freguesias.”⁵ (artigo 9º, nº 5).

As Equipas Coordenadoras Locais (ECL) integram, “no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, facultativamente, um representante da autarquia local.”⁶.

Estão previstas as competências a nível regional⁷ e local⁸:

³ Conforme Artigo 7º.

⁴ Cf. Artigo 8º.

⁵ Artigo 9º, nº 5.

⁶ Cf. Artigo 9º, nº 6.

⁷ Artigo 10º.

⁸ Artigo 11º.

Equipa(s) Coordenadora(s) Regional(is) (ECR)	Equipa(s) Coordenadora(s) Local(ais) (ECL)
Articula(m) com a coordenação aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede.	Assegura(m) o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência.
<ul style="list-style-type: none"> a) Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de acção anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades; b) Orientar e consolidar os planos orçamentados de acção anuais e respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação nacional; c) Promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados; d) Promover a celebração de contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a Rede; e) Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das actividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação; f) Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas correctivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas; g) Garantir a articulação com e entre os grupos coordenadores locais; h) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede; i) Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Identificar as necessidades e propor à coordenação regional acções para a cobertura das mesmas; b) Consolidar os planos orçamentados de acção anuais, elaborar os respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional; c) Divulgar informação actualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede; d) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede; e) Promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respectivo serviço comunitário de proximidade; f) Promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede; g) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede.

Esquemáticamente, a tipologia da Rede inclui unidades e equipas, que a seguir se caracterizam conforme o legislado.

TIPOLOGIA DA REDE		CARACTERIZAÇÃO
UNIDADES DE INTERNAMENTO	UNIDADES DE CONVALESCENÇA	<ul style="list-style-type: none"> - Independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. - Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. - Destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão. - Pode coexistir simultaneamente com a unidade de média duração e reabilitação. - Está sob a direcção de um médico
	UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. - Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa. - O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão. - Pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração. - Pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas. - É gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial.

TIPOLOGIA DA REDE		CARACTERIZAÇÃO
UNIDADES DE INTERNAMENTO	UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. - Pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano. - É gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial.
	UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde (as unidades podem diferenciar-se segundo as diferentes patologias dos doentes internados) - É gerida por um médico.
UNIDADES DE AMBULATÓRIO	UNIDADE DE DIA E DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA	<ul style="list-style-type: none"> - Para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. - Deve articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir. - Funciona oito horas por dia, no mínimo, nos dias úteis.
EQUIPAS HOSPITALARES	EQUIPAS DE GESTÃO DE ALTAS	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar. - Sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social.
	EQUIPAS INTRA-HOSPITALARES DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo. - Tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua actuação.
EQUIPAS DOMICILIÁRIAS	EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. - A avaliação integral é efectuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social. - Apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais.
	EQUIPAS COMUNITÁRIAS DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro. - Tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção. - Sob a direcção de um médico.

No que concerne aos tipos de unidade de rede e suas características, atentemos no quadro seguinte ao tipo de serviços que, conforme o legislado, asseguram.

TIPOS DE UNIDADE DA REDE	UNIDADES DE INTERNAMENTO				UNIDADE AMBULATORIO
	UNIDADES DE CONVALESCENÇA	UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO	UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO	UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS	UNIDADE DE DIA E DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA
GERIDAS POR	MÉDICO	TÉCNICO DA ÁREA DE SAÚDE OU DA ÁREA PSICOSSOCIAL		MÉDICO	Articul. Recursos
ASSEGURAM ⁹					
Cuidados de enfermagem permanentes	X	X	X	X	
Cuidados de enfermagem diários					
Cuidados de enfermagem periódicos					X
Cuidados médicos permanentes	X				
Cuidados médicos diários		X		X	
Cuidados médicos			X		X
Exames complementares de diagnóstico	X			X	
Prescrição e administração de fármacos	X	X	X	X	
Cuidados de fisioterapia	X	X	X	X	
Controlo fisiátrico periódico			X		X
Cuidados de terapia ocupacional		X	X		
Apoio psicossocial	X	X	X		X
Higiene, conforto e alimentação	X	X	X	X	
Alimentação					X
Higiene pessoal, quando necessária					X
Convívio e lazer	X	X		X	
Actividades de manutenção e de estimulação			X		
Animação sociocultural			X		X
Apoio no desempenho das actividades da vida diária			X		
Apoio nas actividades instrumentais da vida diária			X		
Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços/unidades				X	
Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual				X	
Actividades de manutenção				X	
Actividades de manutenção e de estimulação					X

O perfil de serviços, o perfil profissional e a permanência contínua expostos no quadro anterior, permitem afirmar que o enfermeiro é o técnico de saúde melhor colocado para responder aos objectivos e atribuições das unidades de média e de longa duração, especificamente no que respeita à coordenação destas unidades.

A organização e gestão da qualidade de cuidados de enfermagem das unidades prestadoras de cuidados, deve ser assegurada por um enfermeiro com experiência profissional. Cabe a este profissional "Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados" (Dec. Lei nº 104/98 de 21 de Abril, artigo 88, alínea d).

⁹ Conforme descrito no Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho.

No respeitante às equipas:

TIPOS DE EQUIPAS DA REDE	EQUIPAS HOSPITALARES		EQUIPAS DOMICILIÁRIAS	
	EQUIPAS DE GESTÃO DE ALTAS	EQUIPAS INTRA HOSPITALARES DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	EQUIPAS COMUNITÁRIAS DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS
GERIDAS POR				MÉDICO
ASSEGURAM ¹⁰				
Cuidados médicos e de enfermagem continuados		X		
Cuidados de fisioterapia		X	X	
Apoio no desempenho das actividades da vida diária			X	
Apoio nas actividades instrumentais da vida diária			X	
Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades		X		
Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual		X		
Actividades de manutenção				
Actividades de manutenção e de estimulação				
Articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos	X			
Articulação com as ECR e ECL	X			
Articulação com as equipas prestadoras de CCI dos CS	X			
Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados		X		
Tratamentos paliativos complexos		X		
Consulta e acompanhamento de doentes internados		X		
Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares		X		
Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto		X		
Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa			X	
Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados			X	
Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores			X	
Apoio na satisfação das necessidades básicas;			X	
Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais			X	
A formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários				X
A avaliação integral do doente				X
Os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos				X
A gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais				X
A assessoria e apoio às equipas de CCI				X
A assessoria aos familiares e ou cuidadores				X

O perfil de serviços das equipas tem um elevado enfoque na formação, coordenação, assessoria e articulação bem como no acompanhamento das pessoas, famílias e cuidadores.

¹⁰ Conforme descrito Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho.

Acedem¹¹ à Rede as pessoas que se encontrem em situação de dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; idosas com critérios de fragilidade; incapacidade grave, com forte impacto psicossocial; doença severa, em fase avançada ou terminal.

O **ingresso**¹² realiza-se através de proposta das equipas prestadoras de cuidados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.

UNIDADES		ADMISSÃO		
UNIDADES DE INTERNAMENTO	Convalescença	Solicitada, preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na decorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar		Depende, ainda, da impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não justificação de internamento em hospital agudos.
	De média duração e reabilitação		Determinada pela ECL	
	De longa duração e manutenção	Determinada pela equipa coordenadora local, na decorrência de diagnóstico de situação de dependência por elas efectuado		
	De cuidados paliativos	Determinada por proposta médica		
UNIDADES DE AMBULATÓRIO	De dia e de promoção da autonomia	Determinada pela equipa coordenadora local, na decorrência de diagnóstico de situação de dependência por elas efectuado		
EQUIPAS		ADMISSÃO		
EQUIPAS HOSPITALARES	De gestão de altas	N/ aplicável		
	De suporte em cuidados paliativos	Determinada por proposta médica		
EQUIPAS DOMICILIÁRIAS	De cuidados continuados integrados	Feita sob proposta dos médicos do centro de saúde correspondente ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.		
	De suporte em cuidados paliativos	Feita sob proposta, preferencialmente, das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde de abrangência ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.		

A **mobilidade na Rede** é promovida pelos responsáveis das unidades ou equipas, no sentido "de ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida"¹³. Neste sentido, a preparação da alta assume particular relevância.

As unidades e equipas da Rede articulam-se com as unidades de tratamento da dor criadas segundo as normas do Programa Nacional de Luta contra a Dor, do Plano Nacional de Saúde, e podem, de acordo com as características e o volume de necessidades, "diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente segundo os graus de dependência das pessoas"¹⁴.

¹¹ Artigo 31.

¹² Artigo 32.

¹³ Artigo 33 nº 1.

¹⁴ Artigo 34, nº4.

A **gestão da Rede** assenta num sistema de informação, sendo obrigatório um *processo individual de cuidados continuados*^{15,16} da pessoa em situação de dependência. É o diagnóstico da situação de dependência que se constitui como suporte da definição dos planos individuais de intervenção, com um instrumento único de avaliação, que é de aplicação obrigatória nas unidades de média duração e reabilitação, nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia.

A RNCCI é implementada progressivamente e concretizou-se, no primeiro ano de funcionamento através de experiências piloto. Os resultados foram apresentados no *Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto* (Julho de 2007) que identificava os principais avanços e áreas de melhoria que deveriam orientar o alargamento da Rede. Em Maio de 2008, passou a estar disponível o *Relatório de Monitorização da Rede*¹⁷ de 2007.

O contexto da RNCCI partilha a dupla perspectiva de um “considerável potencial de crescimento, inovação e dinamismo” e os “desafios com que se defronta nos planos da sustentabilidade financeira e social e da eficácia dos sistemas de prestação de saúde devido, entre outros factores, ao envelhecimento da população”¹⁸.

2. Enfermagem e a RNCCI

O desígnio¹⁹ da Ordem dos Enfermeiros é promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de Enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional.

Conforme o **Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem**, os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

O “exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção

¹⁵ Artigo 3º - Definições - «Processo individual de cuidados continuados» o conjunto de informação respeitante à pessoa em situação de dependência que recebe cuidados continuados integrados;

¹⁶ Deste processo deve constar: a) O registo de admissão; b) As informações de alta; c) O diagnóstico das necessidades da pessoa em situação de dependência; d) O plano individual de intervenção; e) O registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção.

¹⁷ Cf. in <http://www.mcci.min-saude.pt/RNCCI/>

¹⁸ DECISÃO N.º 1350/2007/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 23 de Outubro de 2007 que cria um **segundo Programa de Acção Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013)** (1) A Comunidade pode contribuir para a protecção da saúde e da segurança dos cidadãos através de acções no domínio da saúde pública. Na definição e execução de todas as políticas e acções da Comunidade deverá ser assegurado um elevado nível de protecção da saúde. (2) O sector da saúde caracteriza-se, por um lado, pelo seu considerável potencial de crescimento, inovação e dinamismo e, por outro, pelos desafios com que se defronta nos planos da sustentabilidade financeira e social e da eficácia dos sistemas de prestação de saúde devido, entre outros factores, ao envelhecimento da população e aos progressos da medicina. L 301/6 PT Jornal Oficial da União Europeia 20.11.2007

¹⁹ Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Artigo 3º, nº 1.

social”²⁰. Mais se releva que “os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”²¹.

Neste contexto de actuação multiprofissional, enquadram-se dois tipos de intervenção:

- a) as iniciadas por outros técnicos da equipa – intervenções interdependentes, onde o enfermeiro tem a responsabilidade pela implementação técnica da intervenção;
- b) as iniciadas pela prescrição do enfermeiro – intervenções autónomas, onde o enfermeiro tem a responsabilidade pela prescrição da intervenção e sua implementação.

Nos dois tipos de intervenções, os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos que detêm, a identificação da problemática do alvo de cuidados, os benefícios, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir, actuando no melhor interesse da pessoa assistida. Sempre que adequado, devem ser desenvolvidas e consolidadas as intervenções autónomas dos enfermeiros.

Os enfermeiros substituem, ajudam e complementam as competências funcionais das pessoas em situação de dependência na realização das suas necessidades fundamentais.

Neste contexto, os enfermeiros orientam a sua intervenção para a satisfação dessas necessidades, a máxima independência na realização das suas actividades da vida, os processos de readaptação e adaptação funcional aos défices, ajudando a pessoa/alvo de cuidados a construir o seu projecto de saúde.

As intervenções de enfermagem não são unicamente circunscritas aos conteúdos abordados na formação inicial, sendo a formação contínua um recurso a mobilizar. Neste sentido, os enfermeiros têm o “dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados”²² observando os princípios inerentes à boa prática, devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional.

Para manter a actualização contínua, numa lógica de aprendizagem ao longo da vida, os enfermeiros recorrem à autoformação e fazem uso de outras estratégias de formação contínua para aperfeiçoamento profissional. Compete às organizações e serviços de saúde proporcionar estratégias de formação em serviço que promovam o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a qualidade dos Cuidados de Enfermagem a prestar à pessoa alvo de cuidados.

De acordo com o **enquadramento conceptual**, no exercício da profissão, o foco de atenção do enfermeiro é o suporte às respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza a produção de um processo de cuidados em parceria com a

²⁰ REPE. Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, artigo 8º

²¹ Idem.

²² Cf. Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 76, a).

pessoa/alvo dos cuidados, sendo o processo de intervenção baseado na relação interpessoal.

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, (...) promover os processos de readaptação à doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores - frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente/família”²³

Assim, a enfermagem toma por objecto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como às transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida.

No que diz respeito à regulação do exercício – cumprimento das normas deontológicas e dos padrões de qualidade do exercício profissional – reporta-se ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, ao **Código Deontológico do Enfermeiro**²⁴; às **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**²⁵, ao **Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**.

O Código Deontológico, enuncia como princípio estruturante do agir profissional do enfermeiro, no nº 1 do seu artigo 78º, “a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Sendo basilar, este princípio fundamenta um conjunto de deveres prescritos no Código.

No caso particular dos cuidados continuados e dos cuidados paliativos, o respeito pela dignidade humana e pela liberdade de escolha sobre os cuidados de enfermagem, encontra uma clara correlação com os princípios do funcionamento da RNCCI, enunciados no artigo 6º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. O princípio da “prestação individualizada e humanizada dos cuidados” , por exemplo, estabelecido para o funcionamento da Rede, é concretizado, no que aos cuidados de enfermagem diz respeito, através do agir profissional assente na protecção da dignidade das pessoas. Em concreto, os deveres inerentes à humanização dos cuidados, estabelecidos no artigo 89º do Código Deontológico, ao prescrever que o enfermeiro deve “dar quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” e que deve igualmente “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” , constituem também uma densificação destes princípios.

De igual modo, os deveres relativos ao respeito pelo doente terminal, prescritos no artigo 87º do Código ao “defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida” e “respeitar e fazer respeitar as

²³ ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual**. 2003, p.5.

²⁴ Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**.

²⁵ ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa. 2002. Definidas, de acordo com as competências que integram o ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses, do Conselho Internacional de Enfermeiros.

manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” , contribuem para a materialização dos princípios enunciados.

No plano dos direitos das pessoas utentes da Rede, consagrados no artigo 7º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, verificamos igualmente que estes encontram especial protecção no Código Deontológico do Enfermeiro. Os direitos à dignidade, à preservação da identidade, à privacidade, à informação, à não discriminação, à integridade física e moral, ao exercício da cidadania e ao consentimento informado das intervenções efectuadas, têm todos correlação nos princípios, nos valores e nos deveres deontológicos do enfermeiro. Desta forma, podemos afirmar que a protecção da especial vulnerabilidade das pessoas utentes da Rede, se encontra assegurada, na prestação de cuidados de enfermagem, através da prescrição de deveres do enfermeiro que se dirigem à promoção e defesa da dignidade humana.

De acordo com a Tomada de Posição da OE relativa a **cuidados seguros** (2006), “os enfermeiros agem de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando activamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à protecção dos grupos de maior vulnerabilidade”, como é o caso da pessoa idosa dependente. Considerando que os clientes e famílias têm direito a cuidados seguros e que a segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde, o exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas (*legis artis*), aplicáveis independentemente do contexto da prestação de cuidados e da relação jurídica existente.

Seguindo a Tomada de Posição da OE relativa à **delegação** (2007), que clarifica, apoia e orienta a tomada de decisão para a delegação e supervisão de cuidados de enfermagem, releve-se que “todas as decisões relacionadas com a delegação são baseadas no princípio de protecção da saúde, segurança e bem-estar do público”.

Cabe ao enfermeiro, que avalia as necessidades do cliente e planeia os cuidados, determinar que acções e tarefas podem ser delegadas, sendo responsável pela apropriada delegação, devendo agir no sentido de proteger o cliente e tomar as medidas adequadas para assegurar uma prestação de cuidados segura. O enfermeiro é responsável pela avaliação individualizada do cliente e das circunstâncias situacionais e por ajuizar da competência daquele a quem vai delegar, antes de delegar qualquer acção.

A delegação de tarefas em outros é realizada sob determinadas condições e cumprindo determinados critérios - delega-se, de modo apropriado, a prestação de acções em pessoal preparado para assistir – e não para substituir – o enfermeiro.

O processo de delegação considera (1) a verificação dos critérios para a delegação, (2) avaliação da situação, considerando as necessidades do cliente, o planeamento de cuidados, as circunstâncias e os recursos disponíveis; (3) planeamento para a acção a delegar, especificando a natureza da acção, a preparação para a realizar adequadamente e as implicações (para o cliente, outros clientes, conviventes significativos); (4) o fornecimento de orientações claras para a realização da acção, o que implica um adequado processo de

comunicação; (5) a supervisão do desempenho da acção; (6) a apropriada documentação (registo) da acção e (7) avaliação global do processo.

A delegação de acções não retira a responsabilidade dos enfermeiros sobre essa acção delegada. É da sua responsabilidade todo o planeamento das necessidades e dos cuidados, nomeadamente a determinação do grau de dependência do utente, bem como dos cuidados a prestar por outros.

Entendemos que a identificação das necessidades em cuidados, o diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento de resultados esperados, a prescrição e execução das intervenções e a avaliação dos resultados são da responsabilidade do enfermeiro.

O enunciado dos **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** prescreve que o enfermeiro, independentemente do contexto em que presta cuidados, norteia a sua prática pelos padrões de qualidade, a saber, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Espera-se dos enfermeiros um contributo no sentido do aumento do repertório de recursos internos das pessoas (nas situações de *dependência*²⁶, o portador das necessidades em cuidados, para além da pessoa é também o *membro da família prestador de cuidados*²⁷) para lidarem com os desafios e com as transições. Assim, o enfermeiro interage sustentado na relação terapêutica, com o propósito de aumentar a saúde e o bem-estar e contribuir para adaptação.

E, conforme preconizado para a Rede,

“ (...) as respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar. Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária”²⁸

O enfermeiro no exercício das suas funções efectua uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem, tendo para tal de reconhecer os limites do seu perfil e da sua competência, consultando²⁹ outros profissionais de saúde, quando as necessidades dos indivíduos estão além da sua área de exercício.

²⁶ De acordo com o Decreto- Lei no 101/2006, **dependência** refere situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária. Para o ICN (2006) dependência, é um dos conceitos que permite qualificar ou caracterizar as áreas de atenção dos enfermeiros e significa “*estar dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda e apoio*”.

²⁷ Ao longo do texto, os termos em itálico, reportam-se aos conceitos do ICN (2001, 2005). “**Prestador de cuidados com as características específicas: Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família**” ICN (2005).

²⁸ Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho: (p. 3856)

²⁹ Ordem dos Enfermeiros. **Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais**. 2002. Competências 4 e 5.

Os enfermeiros trabalham em articulação e complementaridade com outros profissionais de saúde, respeitando as áreas de competência de cada um e participando activamente em projectos conjuntos, que visem melhorar o nível de saúde da população, em geral, e, neste caso, em particular das pessoas com dependência – podendo o trabalho em equipa resultar de protocolo e/ou de acordos formalmente estabelecidos, que visam conjugar esforços e sinergias a bem dos clientes.

De acordo com o estudo de Pereira³⁰ (2007), os dez focos de atenção mais frequentes no Centro de Saúde incluídos no *Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*³¹ e documentados nos SIE em uso, são: adesão à vacinação, gestão do regime terapêutico, auto vigilância, papel parental, comportamento de adesão durante a gravidez, uso de contraceptivos, adesão ao regime terapêutico, úlcera de pressão cuidada, higiene e amamentação. Se associarmos que a adesão é essencial para o controle da doença e a prevenção de complicações, releva-se a importância do autocuidado, da aprendizagem cognitiva e de capacidades – como é sabido, a não-adesão ao regime terapêutico é uma das principais causas de AVC entre a população hipertensa.

Passando dos resultados gerais, à situação da prestação de cuidados de enfermagem em ambiente da RNCCI, e juntando os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, emergem áreas centrais de atenção da profissão que devem nortear a prática, tais como: Dor, Gerir o regime, Adesão, Auto Cuidado, Prestador de Cuidados, Coping, Stress do prestador de cuidados, Dignificação da morte, que neste contexto são fulcrais.

Os enfermeiros na RNCCI visam:

- Prestar cuidados, assentes nos diagnósticos de enfermagem, no planeamento das intervenções e na avaliação do resultados, visando o cuidado ou o encaminhamento dos clientes, numa estrutura integrada e articulada, em ordem a perseguir a melhoria do bem-estar e conforto das pessoas em situação de dependência;
- Identificar situações de risco potencial e de crise, bem como realizar análise, proposta e implementação de soluções para os problemas encontrados;
- Intervir no sentido de procurar criar as condições para a manutenção das pessoas no seu ambiente, gerindo os meios e recursos disponíveis para o acompanhamento em domicílio, na garantia de prestação dos cuidados necessários, com qualidade e em segurança;
- Contribuir para a gestão de casos e monitorização da continuidade e qualidade dos cuidados;
- Assegurar o apoio e o suporte emocional às famílias ou prestadores informais de cuidados, capacitando-os para a integração do doente no seio da família;

³⁰ PEREIRA, Filipe – **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem**. Tese de Doutoramento. Porto, 2007. exemplar policopiado, p. 318. Análise de 73.265 casos em Centros de Saúde.

³¹ Cf. *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Disponível no site da OE (Documentos).

- Potenciar a integração do doente no seio da família, contribuindo para a efectividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS;
- Incentivar as pessoas, familiares ou outros para a organização de acções de auto-ajuda e/ou voluntariado, sendo o enfermeiro o dinamizador e organizador dos grupos, enquanto como um recurso profissional para às pessoas com dependência e suas famílias;
- Identificar as lacunas ou estrangimentos e realizar planos de intervenção para os suprir, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente e sua família ou cuidadores informais;
- Contribuir para a existência de informação – registos de enfermagem - que traduzam as práticas dos enfermeiros e os resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No reconhecimento de que “a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica, constitui uma base estrutural importante para a melhoria continua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”³², considera-se que a intervenção do enfermeiro em cuidados continuados integrados possibilitará a formulação de Guias Orientadores de Boa Prática.

3. Padrão de documentação

A arquitectura e estrutura do Sistema de Informação (SI) devem integrar os critérios associados aos SI tipo II (Silva, 2001) o que vai ao encontro do proposto pelo grupo de trabalho dos SIE da Ordem dos Enfermeiros:

- A inclusão da linguagem classificada da CIPE®;
- A parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados;
- A integridade referencial dos dados;
- A incorporação dos SIE na RIS.

A inclusão da CIPE® para a descrição dos cuidados é particularmente relevante no que respeita aos diagnósticos, às intervenções e aos resultados de enfermagem - por ser uma terminologia de referência e um sistema unificador entre as diferentes linguagens classificadas de enfermagem. O que permitirá, no tempo, a comparação de dados, a obtenção de indicadores de qualidade, a investigação e a fundamentação para a tomada de decisão política.

A criação da RNCCI decorre do objectivo de dar resposta às necessidades de saúde decorrentes do envelhecimento progressivo da população e do aumento da prevalência de pessoas com doença crónica incapacitante necessitando de respostas ajustadas que promovam a reintegração na família e comunidade.

³² ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem**. 2001, p. 10.

Tais respostas devem ser “facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações”.

Neste sentido a OE entende que a orientação relativa aos padrões de documentação (diagnósticos, intervenções e resultados) deve incidir nos focos de atenção da prática de enfermagem: Autocuidado, Gerir o regime e Prestador de Cuidados, que sendo áreas do conhecimento disciplinar, são os que melhor representam o contributo que os enfermeiros podem dar para a promoção da autonomia da pessoa e da sua recuperação funcional. Na impossibilidade deste processo, é necessário assegurar a preparação do membro da família prestador de cuidados, nomeadamente, através da dotação de conhecimentos e capacidades instrumentais, para a reintegração no seio da família. Importa salientar que estes aspectos de saúde, sob o ponto de vista dos resultados constituem áreas muito sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No que respeita aos indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem, recomenda-se a utilização do documento *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*, Ordem dos Enfermeiros 2007.

Em Apêndice encontra-se o Padrão de Documentação que hoje é possível sistematizar.

4. Indicadores para cálculo da dotação

A “política de recursos humanos para as unidades e equipas da Rede rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua”³³ sendo que a “prestação de cuidados paliativos obriga a formação específica”³⁴. É relevante considerar na operacionalização desta política, os recursos humanos que garantam a qualidade de serviço previsto.

As equipas são multidisciplinares e as dotações devem ser “adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade nos termos a regulamentar”³⁵.

Para responder aos objectivos, com a qualidade pretendida, devem ser particularmente consideradas: a qualificação dos profissionais, as condições de estrutura, a dinâmica da organização de cuidados (filosofia da RNCCI), a formação e a investigação. Além destas também devem ser consideradas actividades de humanização e conforto das pessoas que utilizam os serviços da RNCCI. Deste modo é pertinente que se considerem³⁶ os factores

³³ Artigo 40º, n.º 1.

³⁴ Artigo 40, n.º 2.

³⁵ Artigo 40, n.º 3.

³⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-GERAL. **Cálculo de necessidades de Pessoal de enfermagem no serviço nacional de saúde: Revisão e actualização dos indicadores e valores de referência**. – Documento enviado á Ordem dos Enfermeiros para emissão de parecer - Grupo de Trabalho: Rosa Ribeiro (Coordenadora), Cristina Correia, Maria Helena Simões, Sandra Parreira, Teresa Carneiro. Apontam os factores relacionados com o cidadão (número, necessidades individuais e agregadas, as suas expectativas e a intensidade de cuidados, as características socio-demográficas e epidemiológicas da população e suas expectativas), relacionados com os cuidados prestados (o método de trabalho; a complexidade de cuidados; o contexto de práticas; o nível de apoio no âmbito da prestação de cuidados; o desenvolvimento de novas áreas de prestação de cuidados; o contexto de articulação/integração de cuidados, aos níveis intra e inter institucional e multiprofissional),

que intervêm na dotação de enfermeiros, os métodos de cálculo a serem utilizados e os indicadores³⁷ de cuidados a ter em conta.

Muitas fórmulas, incluindo a de Aberdeen ou de Trent, utilizam dados como *as horas de cuidados por doente/por cama ocupada*³⁸, *métodos orientados para o tempo*³⁹, *métodos baseados na dependência*⁴⁰, utilizando *planos de cuidados*⁴¹ e, mais recentemente, *benchmarking*. Todavia, estimar o número de enfermeiros usando relações lineares (entre as horas de cuidados, taxas de ocupação e movimento de doentes, por exemplo) não se aplica a um modelo de articulação e integração, com unidades e equipas, como a Rede.

A utilização dos *ratios* é outra opção, como a que a OMS escolheu para os Cuidados de Saúde Primários, atribuindo número de famílias (300 a 400) por enfermeiro.

É mandatário assegurar um número mínimo de recursos para garantir um nível de cuidados adequado às necessidades. A utilização do nível de dependência de cuidados com enfoque apenas na dependência física é redutora, uma vez que para os utilizadores da Rede são relevantes outras necessidades que implicam outro tipo de respostas profissionais (ex. adaptação ao novo estado de saúde; adesão ao regime; capacitação da pessoa e do prestador de cuidados entre outros).

relacionados com os profissionais (características demográficas dos enfermeiros, experiência profissional e perfil das aptidões e qualificações; a integração de novos enfermeiros) e relacionados com a organização (o contexto em que os cuidados são prestados, como por exemplo a arquitectura da instituição/serviço/unidade, equipamento/tecnologia disponível e sistemas de informação utilizados; os factores contextuais socio-políticos; as políticas de recursos humanos e o clima organizacional; os objectivos da instituição; a existência de protocolos de colaboração com outras organizações, designadamente na orientação de estudantes em ensino clínico no âmbito da formação graduada e pós graduada; os períodos sazonais de maior procura de cuidados).

³⁷ **Setting safe nurse staffing levels. An exploration of the issues reports.** Cherill Scott, Royal College of Nursing, 2003. The American Nurses Association (ANA) suggested indicators include: the mix of registered nurses and other nursing staff, total number of nursing care hours provided per patient day, pressure ulcers, patient falls, hospital-acquired infections and measures of patient and nurse staff satisfaction.

³⁸ Idem - Nursing hours per patient/nurses per occupied bed - calculating the desired number of nurses from the actual number of nurses per patient is one way of setting nurse : patient ratios, particularly in long-stay units, community nursing and midwifery settings – settings where there is little reliable data on the activity of nurses. The use of occupied beds as a measure of workload is regarded with disfavour by some nurses, because it ignores the severity of the condition of individual patients. However, it does provide an opportunity for nurse managers to monitor the assignment of nursing staff, and enables comparisons to be made within hospitals, trusts and health authorities.

³⁹ Idem - Timed nursing interventions (timed-task method) - This method is based on the belief that the frequency of nursing interventions required by patients is a good predictor of staffing requirements, because it takes account of all the patient variables that impinge on nursing time. Each patient's direct nursing care needs for the day are recorded on a locally developed checklist of nursing interventions; and each intervention is paired with a locally agreed time required for its completion. An allowance for related indirect care and rest time is added. É o caso do conhecido método TOSS (Time Oriented Score System).

⁴⁰ Idem - Dependency-activity based methods - These methods are designed to balance the available nursing hours in the ward with the required nursing hours. The purpose is to match nurse staffing to the peaks and troughs in ward activity – in other words, to deploy staff when patients' needs are greatest, such as theatre days or on-take periods. Earlier versions of this approach were mainly used to evaluate and deploy nursing teams rather than to set establishments. Classifications focus on the physical rather than the psychological needs of patients. Em Portugal, é o caso do Sistema de Classificação de Doentes.

⁴¹ Idem - Using care plans - Workload may be assessed directly from individual care plans. According to Bell et al. these systems rose in popularity very quickly in the UK in the early 1990s, but their popularity declined when it was discovered that there was a considerable amount of work associated with setting them up and little published research about the accuracy of workload calculated in this manner. The same authors suggest the possibility that computerised systems for multi-disciplinary care pathways/care plans may in future be designed to calculate workload by grade of nurse.

Seguiremos a proposta de um valor de referência que, reafirme-se, é mínimo – e encontrado a partir da utilização do **Sistema de Classificação de Doentes Baseado em Níveis de Dependência em Cuidados de Enfermagem (SCD/E)**⁴².

De acordo com os dados disponíveis de 2005, existem horas de cuidados necessárias (HCN) e de referência aos serviços de: Medicina (5,93h), Cirurgia (4,85h), Ortopedia (5,37h), Reabilitação geral de adultos (5,66h) e Oncologia Médica (6,05h). Todavia, este indicador de HCN diz respeito a internamento hospitalar, sendo diferente para o contexto ambulatório e comunitário.

Nos cuidados de saúde na comunidade a realização de actividades de consulta, as deslocações aos domicílios, as visitas domiciliárias, as actividades de ensino, os projectos de intervenção ou articulação intersectorial, exigem tempo para além do da prestação directa de cuidados.

A prestação de cuidados em ambulatório, é ainda mais particular, sendo os valores médios de HCN em Hospital de Dia de: 1,6 e 2,09 horas em Oncologia e Infecçologia, respectivamente.

No respeitante à delegação e supervisão, considerou-se em 2005, a aplicação da taxa de 13,5% referente ao apoio do Auxiliar de Acção Médica, como indicativo máximo. Procederemos aos cálculos sem a aplicação desta taxa, pois a existência de staff de apoio, e a delegação de acções e tarefas deve ser ajustada tendo em conta a realidade local.

De entre os dados do **Relatório de Monitorização da Rede** (ano 2007⁴³), destacamos e comentamos alguns:

- (1) As ECL que ao nível da referenciação de utentes emitiram 5.825 propostas de admissão de utentes na RNCCI até Dezembro de 2007, com um crescimento entre Abril e Dezembro de 2007 de 68% das propostas de admissão, o que permite prever o crescimento das admissões, nas fases seguintes;
- (2) Foi relevado o papel das EGA na sinalização de utentes para a RNCCI (56% do total de propostas de admissão têm como entidade referenciadora o Hospital) – contudo, a articulação entre as EGA, as ECL e os enfermeiros dos contextos não tem dados suficientes que permitam ajuizar das dificuldades ou dos modos como, em cada ECL, se resolveram os aspectos relacionados com a dispersão (de meios e a própria dispersão geográfica);
- (3) A idade média dos utentes propostos para admissão é de 73 anos, aproximadamente metade é casado (46%) e 66% vive com a família natural – o que

⁴² **MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-GERAL.** Cálculo de necessidades de Pessoal de enfermagem no serviço nacional de saúde: Revisão e actualização dos indicadores e valores de referência. **Grupo de Trabalho: Rosa Ribeiro (Coordenadora), Cristina Correia, Maria Helena Simões, Sandra Parreira, Teresa Carneiro.** “Este sistema consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem e tem como objectivos: optimizar os recursos de enfermagem disponíveis; planear cuidados a prestar; gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço; identificar as necessidades em recursos de enfermagem; adequar a dotação dos quadros de pessoal.”

⁴³ Disponível no site da RNCCI.

- coloca quase metade dos utentes em eventual situação de isolamento, particularmente se e quando retirados do seu domicílio. A consciência deste facto requer, reforço das equipas comunitárias e das redes de apoio de saúde e social; para ajudar a manter as pessoas no seu ambiente de suporte social e afectivo;
- (4) Cerca de 64% das propostas de admissão têm como motivo a necessidade de cuidados continuados e 52% a situação de fragilidade do idoso. Dentro da primeira, a "reabilitação" é o motivo mais frequente das propostas de admissão e, na segunda, a "dependência para as actividades da vida diária" – o que reforça o necessidade de recursos especializados e a necessidade de promover as intervenções e os resultados no Autocuidado;
 - (5) Cerca de 45% dos utentes propostos para admissão foram-no por necessidade de capacitação do utente ou do cuidador; dado corroborado pela relevância da família enquanto instituição social mais importante na prestação de cuidados (38% dos utentes referenciados) o que orienta para a necessidade de intervenção no ensino e na capacitação;
 - (6) A necessidade de ensino é sobretudo incluída nas propostas para Unidade de Convalescença;
 - (7) A alta percentagem de propostas de admissão por necessidade de tratamentos complexos para Longa Duração e Manutenção (25%) constitui um outro elemento de alerta;
 - (8) A elevada percentagem de propostas de referenciação de utentes que vivem sós (16%) alerta para a importância da garantir o apoio de ambulatório ou domiciliário necessário após o internamento e, portanto, reforçar as equipas comunitárias e as redes de apoio de saúde e social;
 - (9) Cerca de 5% de utentes referenciados sem abrigo - alerta para a necessária construção de uma sólida relação com a Rede de Apoio Social;
 - (10) Cerca de 21% dos utentes referenciados recebe apoio para a higiene pessoal, 21% para a higiene da roupa, 17% para a higiene da casa, 6% ajudas técnicas, o que expõe a dependência dos mesmos na realização das Actividades Básicas/ Instrumentais da Vida Diária;
 - (11) Dos utentes admitidos nas unidades de internamento os diagnósticos de AVC (17,1%) e as Fracturas do colo do fémur (7,5%) são os mais frequentes, assumindo especial importância na tipologia de Média Duração e Reabilitação (22,2%) e, Convalescença (9,5%) respectivamente;
 - (12) Nas unidades de Cuidados Paliativos destaca-se a patologia oncológica do foro respiratório (14,3%).

É com suporte nestes dados que contextualizamos a prestação de cuidados que as unidades e as equipas devem assegurar, e que determinamos as necessidades em horas cuidados de enfermagem.

Com estes elementos e de acordo com as atribuições das diferentes unidades da Rede, analisemos as áreas de intervenção dos enfermeiros gerais e dos enfermeiros especialistas no âmbito da especialidade, nas diferentes tipologias da Rede:

UNIDADES DE INTERNAMENTO				UNIDADE AMBULATÓRIO
UNIDADES DE CONVALESCENÇA	UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO	UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO	UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS	UNIDADE DE DIA E DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA
Cuidados de enfermagem permanentes	Cuidados de enfermagem permanentes	Cuidados de enfermagem permanentes	Cuidados de enfermagem permanentes	Cuidados de enfermagem periódicos
Higiene, conforto e alimentação				Alimentação - Higiene, quando necessária
Prescrição e administração de fármacos				
Apoio psicossocial			Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual	Apoio psicossocial
		Actividades de manutenção e de estimulação	Actividades de manutenção	Actividades de manutenção e de estimulação
		Apoio no desempenho das actividades da vida diária	Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços/unidades	
		Apoio nas actividades instrumentais da vida diária		
ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS				
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS				
ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA	ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA – ADULTO E IDOSO EM SITUAÇÃO DE DOENÇA CRÓNICA	ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA – C. PALIATIVOS	ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA	ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA
ESPECIALISTA SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA			ESPECIALISTA SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA				
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA – SAÚDE DO IDOSO E GERIÁTRICA				

“**Enfermeiro especialista** é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”⁴⁴. É o Enfermeiro “com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”⁴⁵.

Entendemos que todas as Unidades e Equipas Domiciliárias devem estar dotadas de Enfermeiros Especialistas:

- (1) em Enfermagem de Reabilitação – porque se dirige essencialmente á recuperação e á adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objectivo de preparar o regresso a casa, de que resultam ganhos em saúde

⁴⁴ Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, artigo 4º.

⁴⁵ ORDEM DOS ENFERMEIROS – Desenvolvimento Profissional. Individualização das especialidades em enfermagem. Maio 2007. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf

significativos, sendo essenciais nas unidades de convalescença, média e de longa duração e ECCI domiciliárias;

- (2) em Enfermagem Comunitária – enfermeiros com competências em saúde do idoso e geriátrica – em todas as unidades, sendo essenciais nas equipas de cuidados domiciliárias (ECCI e Equipas Comunitárias Suporte Cuidados Paliativos -ECSCP -) e na Unidade de Dia;
- (3) em Enfermagem Médico-Cirúrgica - enfermeiros com competências em Saúde do Adulto e idoso em situação de doença crónica, sendo essenciais nas unidades de convalescença, média duração e equipas domiciliárias;
- (4) em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, particularmente na Unidade de Cuidados Paliativos e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

Considerando que, segundo os objectivos estabelecidos:

- A RNCCI se destina à prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, e ao apoio aos familiares ou prestadores na respectiva qualificação para a prestação de cuidados, independentemente da idade.

- A necessidade de cuidados de reabilitação, readaptação e reintegração social e a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis, compreendendo os cuidados paliativos, configura um conjunto de cuidados a situações progressivamente mais vivenciadas por crianças e famílias⁴⁶.

- E que este conjunto de capacidades de resposta prevê os cuidados de proximidade, no domicílio, o que enquadra perfeitamente a filosofia dos cuidados pediátricos e responde aos direitos da criança.

Então temos necessidades próprias de crianças e de famílias no desempenho do seu papel parental, e uma filosofia de cuidados em sintonia com a filosofia de cuidar pediátrica (Anne Casey, 1998)⁴⁷, pelo que é incompreensível que não tenha ainda sido rentabilizada esta capacidade instalada para resposta aos problemas de saúde das crianças.

A resposta em cuidados de enfermagem, na área de Saúde Mental e Psiquiátrica bem como de Saúde Infantil e Pediátrica, deverá ser incluída, logo que a adaptação de unidades destinadas a estes utentes seja uma realidade. Entendemos que **o alargamento da RNCCI** à criança com doença crónica e oncológica carecerá de outros cálculos de dotações⁴⁸ e que deve ser privilegiado, sempre que possível, o cuidado domiciliário.

A nível dos cuidados continuados integrados e de acordo com a sua área de competências, o **enfermeiro especialista em reabilitação** (EER), concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde reais e potenciais resultantes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa idosa e /ou alteração do estilo de vida

⁴⁶ Segundo o documento “Rede de referência hospitalar de oncologia” (DGS, 2002), em Portugal, surgem cerca de 300 novos casos, por ano, de cancro pediátrico. Sendo, nos países desenvolvidos, a segunda causa de morte, depois dos acidentes.

⁴⁷ O modelo teórico de Anne Casey (1998) considera que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e que os Enf. desenvolvem todo o planeamento de cuidados promovendo o envolvimento negociado dos pais no processo de cuidar (respeitando a fase de impacto do processo saúde/doença em que a criança e os pais se encontram) otimizando os seus conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento do seu papel parental.

⁴⁸ Note-se que as HCN em Pediatria são 5h em Hospital Distrital e 5,22 em hospitais especializados.

resultante de deficiência/incapacidade ou doença crónica. Compete-lhe ainda tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações/incapacidades secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa.

No âmbito da sua competência identifica barreiras arquitectónicas para o cidadão com necessidades especiais a nível sensorio- motor e elabora propostas de eliminação das mesmas; presta cuidados no âmbito da enfermagem de reabilitação a pessoas com necessidades especiais no domicílio e/ou instituições de apoio social; promove a máxima independência nas AVD e da qualidade de vida da pessoa com deficiência/e ou necessidades especiais, no sentido da sua capacitação e empowerment, quer da pessoa, quer dos seus cuidadores); cria e gere bolsas de ajudas técnicas, envolvendo os recursos da comunidade. Os enfermeiros especialistas em Reabilitação, neste modelo de cuidados integrais e integrados dos serviços e instituições da RNCCI, desempenham um papel *pivot* na equipa multiprofissional, determinantes no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no ambiente familiar potenciando o seu desenvolvimento.

Ao enfermeiro especialista em **enfermagem médico cirúrgica**, particularmente os que têm opções relacionadas quer com a Pessoa Idosa, quer com Cuidados Paliativos, intervindo em situação crítica e em situação paliativa, realizando intervenções autónomas e interdependentes orientadas para a satisfação das necessidades decorrentes dos processos de adaptação aos problemas de saúde relevantes e para prevenção de complicações. Em termos da RNCCI, pode intervir em todas as unidades, de acordo com a sua área de formação e/ou experiência.

No âmbito dos cuidados continuados integrados, os Enfermeiros Especialistas em **enfermagem de saúde mental e psiquiátrica** (EESMP), possuem competências clínicas especializadas que lhes permitem desenvolver relações terapêuticas com pessoas, famílias ou grupos mais vulneráveis, fundadas num julgamento clínico sustentado e num conhecimento científico profundo. Compete-lhes: a promoção da saúde mental nas pessoas idosas, famílias e grupos, através de estratégias de informação e educação para a saúde permitindo adoptar estratégias de comunicação eficazes e adoptar comportamentos saudáveis para um envelhecimento activo e positivo; a prevenção das perturbações mentais, permitindo às pessoas desenvolver factores de protecção, reduzir factores de risco, e promover mecanismos de adaptação para enfrentar situações de sofrimento, minimizando o impacto da doença mental nas pessoas, famílias e nos grupos, com relevo para diminuir a co-morbilidade da doença mental em pessoas com doença crónica ou de evolução prolongada; a prestação de cuidados a pessoas idosas, famílias e grupos com problemas de saúde mental, que permita através de intervenções terapêuticas e psicoterapêuticas facilitar a sua adaptação, promover a recuperação, reabilitação e reinserção psicossocial – o que inclui cuidados a pessoas com doença crónica ou de evolução prolongada, promovendo processos de adaptação à doença, prestar cuidados a pessoas a viver ou a acompanhar processos de morte ou luto.

O enfermeiro **especialista em saúde comunitária** (EESC), a quem compete identificar os problemas existentes no seio de uma população; determinar a evolução prognóstica dos

problemas, prevenindo as repercussões no estado de saúde da população; estabelecer a rede de causalidade dos problemas com determinação das causas e factores de risco e, em consequência, dinamizar e liderar programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde da população, participa em projectos de intervenção comunitária em parceria com outras instituições da comunidade, cooperar com a rede de serviços de saúde e social, no âmbito da intervenção a pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a factores de exclusão.

Na RNCCI, ajustam-se igualmente as competências relacionadas com conceber, executar e avaliar estratégias educativas com vista à capacitação da pessoa e das comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania, ajudando as pessoas e as famílias a vivenciar os processos de transição e os acontecimentos de vida não normativos e ajudando grupos vulneráveis e de risco, como os idosos dependentes, na consecução de ganhos em saúde e na melhoria da qualidade de vida.

A **todos os especialistas**, compete participar na resposta a necessidades de formação dos profissionais de saúde, cuidadores formais e informais e cidadãos; realizar educação para a saúde, integrando redes de apoio; definir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem; avaliar, através dos indicadores definidos, os ganhos em saúde das intervenções especializadas dos enfermeiros; promover a continuidade de cuidados e articulação entre as equipas e instituições; utilizar resultados e contribuir com dados para a investigação, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem com base na evidência.

De referir que o enfermeiro especialista, ao realizar diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem para a pessoa idosa dependente, coordena e articula o exercício dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais.

Assim, considera-se **mínimo** a afectação de:

- Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação a cada unidade de internamento e ECCI;
- Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com formação em pessoa idosa, nas unidades de convalescença e de média duração;
- Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e ou formação em cuidados paliativos, na unidade de paliativos e ECSCP;
- Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a cada unidade, especialmente à unidade de cuidados paliativos e ECSCP;

Conhecendo a realidade da existência de enfermeiros habilitados com o título de especialista e o planeamento do desenvolvimento⁴⁹ da RNCCI, é visível a escassez de recursos

⁴⁹ Equacione-se o impacto das mais de 16.800 vagas - até 2015, prevê-se que as unidades de convalescença (internamentos até 30 dias) contem com 2782 camas disponíveis; quanto às unidades de 'média duração e reabilitação' para doentes com internamento até 90 dias, até à conclusão do projecto serão instaladas 3.091 camas. Já as 'unidades de longa duração' deverão envolver 7728 camas e dedicar-se-ão ao apoio social e cuidados de manutenção de crónicos em internamentos

especializados para dar resposta às necessidades, ainda que se siga um programa de afectação parcial e de partilha de enfermeiros especialistas entre várias unidades ou equipas – o que é recomendável, num trabalho articulado e integrado, que visa responder às necessidades das pessoas idosas com dependência e das que carecem de cuidados paliativos.

Emerge a necessidade de considerar esta etapa provisória, enquanto não se implementar o modelo de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, no que se refere à certificação de competências para aceder ao título de enfermeiro especialista.

Para o cálculo da dotação necessária, tendo como suporte a informação obtida pelo Sistema de Classificação de Doentes Em Enfermagem, foram definidos os indicadores seguintes:

Indicadores	
HCN/DI	Horas de cuidados necessárias por doente e por dia de internamento
HCN/At	Horas de cuidados necessárias por atendimento/actividade
HCP/DI	Horas de cuidados prestados por doente e dia de internamento (*)
T	Total de horas de trabalho por enfermeiro e por ano – considera-se ^{50, 51} o total de 1.435 para os serviços, em geral, com a excepção do legalmente previsto para serviços de Psiquiatria e Oncologia, que têm 1.268 horas
Nº dias/ano	Dias de funcionamento por ano, o que diferencia serviços a funcionar 24h (365 dias) e os que funcionam em dias úteis.
TO	Taxa de Ocupação – Relação entre dias de internamento e capacidade de internamento
LO	Lotação Oficial – Número total de camas oficialmente definido para cada serviço de internamento – O número que fixamos é de 20.
LP	Lotação Praticada – Número total de camas praticado por cada serviço de internamento (*)
EN	Nº de Enfermeiros necessários

(*) Indicadores que servem de comparativo entre o previsto e o realizado

4.1 Dotação de enfermeiros

A dotação em recursos de enfermagem é efectuada com base: nas determinações do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, num conjunto de pressupostos e nos cálculos da dotação^{52, 53} do Ministério da Saúde - Secretaria Geral e de um estudo com dados do IGIF que adiante referimos.

superiores aos três meses. No que diz respeito aos cuidados paliativos, julgam-se necessárias 927 vagas de internamento, enquanto se preconiza, também, a criação de 2.318 lugares em unidades de dia. A RCCI será gerida por 90 equipas de gestão de alta nos hospitais, 363 de cuidados continuados nos centros de saúde, 54 equipas domiciliárias de cuidados paliativos e 40 intra-hospitalares

⁵⁰ Nota-se que os cálculos realizados em outros estudos, com 1600 horas, consideravam 40h/trabalho

⁵¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-GERAL. **Cálculo de necessidades de Pessoal de enfermagem no serviço nacional de saúde: Revisão e actualização dos indicadores e valores de referência.** Grupo de Trabalho: Rosa Ribeiro (Coordenadora), Cristina Correia, Maria Helena Simões, Sandra Parreira, Teresa Carneiro. Dez. 2006.

⁵² De acordo com o estudo de Dezembro de 2006, com os dados do IGIF, com informação produzida por 297 serviços de internamento de 44 hospitais utilizadores do SCD/E.

⁵³ Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-GERAL. FORMULAS DE Cálculo Relativamente A Necessidades De Enfermeiros: Anexo 1 da Circular Normativa nº 1 de 12/01/ 2006.

1. Determinações do Decreto-Lei nº 101/2006

Para a unidade de convalescença são referenciados os utentes que estão a recuperar de uma fase de doença aguda, após um período de internamento em cuidados diferenciados em Unidades hospitalares. A finalidade destas unidades é “prestar tratamento e supervisão clínica continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência por descompensação de processo crónico” (artigo13º, nº1).

A unidade de média duração e reabilitação “oferece prestação de cuidados clínicos de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico”. Tem por finalidade “a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda de autonomia potencialmente recuperável” (artigo15º,nºs 1 e 2).

Unidade de longa duração e manutenção recebe utentes “cuidados de saúde de manutenção a pessoa com doenças e processos crónicos com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio”. Tem por finalidade “...proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida...” (artigo17, nºs 1 e 2)

A unidade de cuidados paliativos destina-se ao “acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva” (artigo19, nº 1).

2. Pressupostos

Entendem-se como pressupostos:

- (a) O indicador de HCN é determinado em função da manutenção e da dependência na satisfação da AVD's, mas também da dependência de outros cuidados e tratamentos de variável e diversa complexidade, intensidade e periodicidade;
- (b) As horas de cuidados de enfermagem estão relacionadas com o potencial de recuperação previsto em cada uma das tipologias. Isto é, quanto maior for o potencial de recuperação de um utente maior será o investimento em horas de cuidados, para a sua recuperação máxima e capacitação da autonomia;
- (c) O direito do utente à oferta de cuidados de saúde que cada uma das tipologias da RNCCI preconiza, em função da sua finalidade;
- (d) A protecção da pessoa através de vigilância e controlo do risco, prevenindo problemas potenciais;
- (e) A família como parceira, receptora e prestadora de cuidados informais, é também alvo de horas de cuidados de enfermagem para garantir a continuidade de cuidados e prevenir utilização inadequada de recursos de saúde;
- (f) A prestação de cuidados no domicílio à pessoa em situação de dependência física e funcional, considerando os seus referenciais ambientais e familiares.

3. Cálculos de dotação

Consideram-se a área de internamento e a área de ambulatório

3.1. Área de internamento

A dotação em recursos de enfermagem é efectuada com base na informação do Relatório de Monitorização da RNCCI/2007, anteriormente referida, nos cálculos da dotação^{54, 55} do Ministério da Saúde - Secretaria Geral e do estudo com dados do IGIF , através da seguinte formula:

$$EN = \frac{LP \times TO \times HCN / DI \times N^{\circ} \text{dias/ano}}{T}$$

UNIDADES DE CONVALESCENÇA E MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

Assumindo HCN/DI para especialidades básicas

Valores adequados

Ortopedia	5,37
Medicina	5,93
Cirurgia	4.85

Atendendo a que os utentes provêm das áreas de especialidade referidas, foi efectuada o cálculo da média de HCN apresentados.

Assim recomenda-se como valor adequado de HCN/ utente /dia 5.38 horas.

Valores mínimos

Ortopedia	3,93
Medicina	3,78
Cirurgia	3.66

Efectuada a média dos valores acima mencionados, determina-se como valor mínimo de HCN/doente/dia 3.79 horas.

Neste contexto para as unidades de Convalescença e Média Duração e Reabilitação, as HCN/utente/dia, devem calcular-se no intervalo entre 3.79 a 5.38 horas.

UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO

De acordo com o relatório da Unidade de Missão de 2007, os utentes admitidos apresentam com maior frequência patologia médica. Ingressam nesta tipologia porque não reúnem condições para serem cuidados no domicílio. Necessitam de cuidados de saúde de manutenção, que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favoreçam o conforto e qualidade de vida e permitam em alguns casos o descanso do cuidador.

Para o cálculo de dotação de pessoal, nesta tipologia de cuidados tivemos por base as horas de cuidados de enfermagem em internamento de medicina e as horas de cuidados de

⁵⁴ De acordo com o estudo de Dezembro de 2006, com os dados do IGIF, com informação produzida por 297 serviços de internamento de 44 hospitais utilizadores do SCD/E.

⁵⁵ Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-GERAL. FORMULAS DE Cálculo Relativamente A Necessidades De Enfermeiros: Anexo 1 da Circular Normativa nº 1 de 12/01/ 2006.

enfermagem em ambulatório, uma vez que estes utentes estariam no domicílio se reunissem condições de continuidade de cuidados.

Apesar de existirem estudos mais recentes que recomendam como valores de referência para ambulatório de 1,60 a 2.09 em HCN/DI⁵⁶, entendemos utilizar como orientação o documento - MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-GERAL. FORMULAS DE Cálculo Relativamente A Necessidades De Enfermeiros - Anexo 1 da Circular Normativa nº 1 de 12/01/ 2006, que aponta para valores de 1,09 a 1,95 HCN/DI. Assim os cálculos efectuados basearam-se em:

- HCN/DI utilizados em internamento de medicina, no seu valor mínimo de 3.79 horas
- HCN/DI utilizados em ambulatório, no seu valor mínimo (1,09 HCN/8h) alargando a 24horas (1,09 x 3) ou seja 3.27 horas,

Assim recomenda-se como valor adequado HCN/utente/dia 3.79 horas

Determina-se como valor mínimo de HCN/utente/dia 3,27horas.

Neste contexto para as unidades de Longa Duração e Manutenção, as HCN/utente/dia, devem calcular-se no intervalo que varia entre 3.79 a 3.27 horas.

UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

O valor das HCN para esta tipologia teve como referência os serviços de Oncologia médica e as informações disponíveis sobre os serviços de Medicina Paliativa (integrantes do projecto RNCCI).

Assumindo HCN/DI para oncologia médica, os valores de 6,05 e de 3,84:

Recomenda-se como valor adequado HCN/doente/dia 6.05 horas

Determina-se como valor mínimo de HCN/doente/dia 3,84 horas.

Neste contexto para as unidades de Cuidados Paliativos, as HCN/utente/dia, devem calcular-se no intervalo que varia entre 6.05 a 3.84 horas.

Considerando as unidades, os valores referenciados são:

INDICADORES	UNIDADES DE CONVALESCENÇ A	UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO	UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO	UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS
HCN/DI	3.8 a 5.4	3.8 a 5.4	3,8 a 3,3	3,8 a 6,0
T (nº horas/ano) ⁵⁷	1.435	1.435	1.435	1.435
Dias/ano	365	365	365	365
TO ⁵⁸	85	85	85	85
LO	20	20	20	20
Enfermeiros Necessários ⁵⁹	16 a 23	16 a 23	13 a 16	17 a 26

⁵⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-GERAL. Cálculo de necessidades de Pessoal de enfermagem no serviço nacional de saúde: Revisão e actualização dos indicadores e valores de referência. Grupo de Trabalho: Rosa Ribeiro (Coordenadora), Cristina Correia, Maria Helena Simões, Sandra Parreira e Teresa Carneiro.

⁵⁷ Considerar 1435h é adequado em Março de 2009, todavia, se e quando a substituição de aumentos salariais por férias se concretizar, o T deverá ser 1398h.

⁵⁸ De acordo com o Relatório de 2007, na RNCCI, a taxa de ocupação média foi de 70% e prevê-se subir.

⁵⁹ Resultante da aplicação da fórmula: (LO x TO x HCN x dias/ano) / nº horas/ano (1.435)

Cada unidade fará o seu cálculo, em função da lotação própria e da taxa de ocupação, assegurando que as condições de recursos humanos garantam cuidados seguros, mesmo face a número de camas ou com uma taxa de ocupação reduzidas. Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, devem ser avaliados de três em três meses, através dos indicadores de resultados (Pereira, 2005) e a gestão dessa informação deve visar o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população.

Salientamos que **a dotação de recursos apresentada apenas se refere à área da prestação de cuidados gerais**. Além desta, a dotação de recursos para a prestação de cuidados especializados bem como a actividade de coordenação/gestão deve ser objecto de cálculo próprio, sendo acrescida à dotação anterior.

No respeitante às equipas, reveja-se o perfil de serviços a prestar:

EQUIPAS HOSPITALARES		EQUIPAS COMUNITÁRIAS	
EQUIPAS DE GESTÃO DE ALTAS	EQUIPAS INTRA HOSPITALARES DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	EQUIPAS COMUNITÁRIAS DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS
Articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos	Cuidados de enfermagem continuados e tratamentos paliativos complexos	Cuidados domiciliários de enfermagem de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas	A avaliação integral do doente e tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos
Articulação com as ECR e ECL	Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades	Apoio na satisfação das necessidades básicas, no desempenho das actividades da vida diária e nas actividades instrumentais da vida diária	A assessoria aos familiares e ou cuidadores e assessoria e apoio às equipas de CCI
Articulação com as equipas prestadoras de CCI dos CS	Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto	Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados	Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual
	Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais dos CC	Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores	Formação em cuidados paliativos para as equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam CC domiciliários
	Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares	Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais	A gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais

No âmbito da implementação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) compete à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) constituir a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) prevista no Decreto – Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. (artigo 11, nº4 Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro)

O enfoque nas pessoas idosas dependentes, na dimensão dos cuidados continuados e dos paliativos, conforme é a missão da Rede, com os diversos contributos das formações

específicas dos enfermeiros, em reabilitação, idoso, cuidados paliativos e saúde mental⁶⁰, tem que ter em conta as questões da acessibilidade de base geográfica - não no sentido da deslocação dos cidadãos, como acontece com a maioria dos dados existentes que informam do acesso⁶¹ aos hospitais, mas no sentido de garantir a proximidade aos cidadãos.

3.2. Área de ambulatório

De acordo com os dados disponíveis, e reconhecendo-se que a prestação de cuidados de enfermagem na comunidade carece de ter mais informação objectiva, utilizam-se os dados do estudo mais recente (Dezembro de 2006), que considera a distribuição por actividades assistenciais (84%, correspondendo a 361608h) e não assistenciais (16%, correspondendo a 71115h), no domicílio e no centro de saúde. As não assistenciais incluem “actividades no âmbito da “educação para a saúde” dirigidas a grupos, de “projectos de intervenção comunitária” ou de “parcerias/rede”, comissões, saúde ocupacional, grupos técnicos, formação e gestão (recursos, cuidados e materiais)”.

Tempo médio utilizado por actividade de enfermagem⁶²

Tempo Médio	Valor (minutos)		Média	Desvio Padrão
	Mínimo	Máximo		
<i>Tipo de Actividades</i>				
Consulta de Enfermagem	8,41	34,65	21,04	8,63
Atitudes Terapêuticas (ST)	5,23	20,90	12,61	4,74
Atitudes Terapêuticas (SAP)	4,81	27,85	14,30	7,57
Visita Domiciliária	26,79	66,97	45,69	12,81

Notemos que a visita domiciliária – **com tempo mínimo de 26,79 e máximo de 66,97 minutos**, incluindo os tempos gastos nas deslocações – é um dos elementos de maior incerteza, no que respeita a previsões. A média encontrada é de **45,69 minutos**, para um desvio padrão de 12,81 minutos. Esta variação nos tempos, mínimo e máximo, prende-se essencialmente com o nível de dependência e com a dispersão geográfica da área de intervenção. Se considerarmos o aumento da dependência das pessoas nos seus domicílios, o valor fica claramente instável.

Ademais, a história local de intervenção comunitária varia nas diversas regiões do país, de Norte a Sul. O que acarreta que, onde existe um percurso de intervenção comunitária, poderá ser facilitador a implementação das equipas domiciliárias.

⁶⁰ A prevalência da depressão nos cuidados de saúde primários é de 21,5% e o suicídio acima dos 65 anos aumentou de 5% em 2001 para 11,5% em 2004. PORTUGAL. **Health in Portugal : 2007**. Presidency of European Union. Directorate-General of Health – Lisbon : Directorate-General of Health, 2007. p. 66.

⁶¹ PORTUGAL. **Health in Portugal : 2007**. Presidency of European Union. Directorate-General of Health – Lisbon : Directorate-General of Health, 2007. – 96 p. ISBN 978-972-675-173-1 (p. 44) - Regarding accessibility, most of the district hospitals can be reached in less than 60 minutes from the town halls of the Continent. Around 88% of the Portuguese population resides less than 30 minutes away from a district or central hospital and only 2.5% of the population, residing in municipalities with under 10 thousand inhabitants, has a journey to hospital in excess of 60 minutes.

⁶² Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-GERAL. Cálculo de necessidades de Pessoal de enfermagem no serviço nacional de saúde: Revisão e actualização dos indicadores e valores de referência. Grupo de Trabalho: Rosa Ribeiro (Coordenadora), Cristina Correia, Maria Helena Simões, Sandra Parreira, Teresa Carneiro. Dez. 2006.

Por outro lado, e porque a Rede surge já com trabalho no terreno (Equipas de Cuidados Integrados – decorrentes do Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade n.º 407/98, de 18 de Junho) e com a filosofia da parceria, do trabalho articulado – os dados monitorizados⁶³ até 2005 têm de ser tidos em conta, particularmente quanto às dificuldades de realizar diagnóstico social e de saúde.

Releva-se que a caracterização dos recursos humanos aponta para a necessidade de afectação a tempo inteiro. As características dos procedimentos indicam que é necessário concretizar o descritivo legal – por exemplo, na relação entre a avaliação feita pelos enfermeiros e a validação pela ECL, na figura de referência do enfermeiro das equipas de gestão de altas ou nos elos de ligação entre as estruturas da Rede.

Na falta de uma fórmula segura para calcular as dotações necessárias e partindo dos princípios que a qualidade dos cuidados e a segurança dos cidadãos são essenciais, considera-se que o cálculo das dotações tem que ser realizado numa base local, orientado e adequado às necessidades concretas das pessoas, bem como às características geográficas do território (rede de acessibilidade). Recomenda-se que o cálculo seja efectuado por grupos de actividades considerando os tempos de cada actividade, conforme enunciámos.

Conselho de Enfermagem

20 de Abril 2009

Ficha técnica do Referencial

Março 2009	"REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Referencial do Enfermeiro". Actualização do documento do Conselho de Enfermagem, datado de Julho de 2008. Parecer CE 120 /2009 de 2 Abril.	Contributos de Berta Augusto, Carminda Morais, Filomena Ferreira, Madalena Filgueiras, Manuel Oliveira, Olga Fernandes, Rogério Gonçalves e Sónia Pereira. Documento discutido, revisto e aprovado em plenário de CE. Revisão global Lucília Nunes. Incluído texto do Parecer do Conselho Jurisdicional.
Julho 2008	"REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Referencial do Enfermeiro". Parecer do CE 41/2008 de 30 de Julho.	Relatora Lucília Nunes. Revisão com os contributos de Carminda Morais e Sónia Pereira.
Dezembro 2007	"REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Um Referencial do trabalho do Enfermeiro".	Grupo de trabalho constituído por António Araújo, Bruno Alexandre Teixeira, Carmezinda Martins, Goreti Oliveira e Joana Campos.

⁶³ Cf. "Relatório preliminar sobre Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração" <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/docs/i007159.pdf>

ANEXO 1 – PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO

A orientação relativa ao padrão de documentação (diagnósticos, intervenções e resultados) deve incidir nos focos de atenção: *Autocuidado*⁶⁴ e *Papel do Prestador de Cuidados*⁶⁵, que sendo do domínio de enfermagem, são os que melhor representam o contributo fundamental que os enfermeiros podem dar para a promoção da independência da pessoa e a sua recuperação funcional, que não sendo possível, implica a preparação do *membro da família prestador de cuidados*, nomeadamente, através da dotação de conhecimentos e capacidades instrumentais, para a reintegração no seio da família.

Descrevemos em seguida um padrão de documentação [tendo como base o Resumo Mínimo de Dados, Pereira (2005)], onde relativamente aos conteúdos, se assegura, no mínimo, que estejam representados os seguintes focos de atenção:

Diagnósticos, Intervenções e Resultados:

Alimentar-se⁶⁶

Alimentar-se: Dependência em grau reduzido
Alimentar-se: Dependência em grau moderado
Alimentar-se: Dependência em grau elevado
Alimentar-se: Conhecimento do prestador de cuidadosa sobre técnica de alimentação, Não Demonstrado
Alimentar-se: Conhecimento do prestador de cuidadosa sobre técnica de alimentação, Demonstrado
Alimentar-se: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar, Não Demonstrado
Alimentar-se: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar, Demonstrado
Alimentar-se: Aprendizagem de Capacidades para se alimentar, Não Demonstrada
Alimentar-se: Aprendizagem de Capacidades para se alimentar, Demonstrada
Alimentar-se: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação,
Não Demonstrada

⁶⁴ “**Autocuidado** – Actividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diárias” (ICN 2005).

⁶⁵ “**Papel do Prestador de Cuidados** – é um tipo de Interação de Papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família” (ICN 2002).

⁶⁶ “**Autocuidado: comer** – é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob forma de refeições saudáveis cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar a comida a boca, metê-la na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito.” ICN (2002).

Alimentar-se: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação, Demonstrada

- Advogar o uso de equipamento adaptativo
- Alimentar a pessoa
- Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica
- Assistir no auto cuidado: alimentação
- Ensinar sobre técnica de alimentação
- Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação
- Ensinar o prestador de cuidados a otimizar a sonda nasogástrica
- Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: alimentar-se
- Ensinar sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se
- Incentivar a pessoa a alimentar-se
- Informar sobre equipamento adaptativo para o alimentar-se
- Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o alimentar-se
- Instruir o prestador de cuidados sobre como assistir no alimentar-se
- Instruir o prestador de cuidados a otimizar a sonda nasogástrica
- Instruir sobre utilização de equipamento adaptativo para se alimentar
- Orientar no uso de equipamento adaptativo para o alimentar-se
- Providenciar equipamento adaptativo para o alimentar-se
- Supervisar o auto cuidado: alimentação
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no alimentar-se
- Treinar o uso de estratégias adaptativas para o alimentar-se
- Vigiar a refeição

Anquilose⁶⁷

Risco de Anquilose

Anquilose

Anquilose: Conhecimento sobre exercícios músculo-articulares activos, Não Demonstrado

Anquilose: Conhecimento sobre exercícios músculo-articulares activos, Demonstrado

Anquilose: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose, Não Demonstrado

Anquilose: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose, Demonstrada

- Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a anquilose
- Ensinar o prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose
- Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos activos
- Executar movimento articular passivo
- Executar técnica de exercício musculoesquelético activo

⁶⁷ **“Rigidez articular** – é um tipo de movimento articular com as características específicas: angulação da articulação, fibrose do tecido conjuntivo da cápsula articular impedindo a mobilidade normal da mão, dos dedos da mão, do cotovelo, do ombro, do pé, do joelho ou dos dedos do pé; movimentos limitados ou incapacidade de movimentos e alinhamento anormal da articulação, associada a atrofia ou encurtamento das fibras musculares devido a ausência de movimentos articulares passivos ou activos ou a perda da elasticidade normal da pele devido a formação de extenso tecido cicatricial sobre a articulação. “ICN (2002).

- Executar técnica de exercitação musculoesquelética activa-assistida
- Executar técnica de exercitação musculoesquelética passiva
- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculoesqueléticos activos
- Instruir o prestador de cuidados a executar os exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos
- Instruir o prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose
- Instruir técnica de exercitação musculoesquelética
- Monitorizar amplitude do movimento articular
- Supervisar exercícios musculoesqueléticos activos
- Incentivar movimento articular activo
- Treinar o prestador de cuidados a executar os exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos
- Treinar o prestador de cuidados na prevenção da anquilose
- Treinar técnica de exercitação musculoesquelética
- Vigiar movimento articular

Aspiração⁶⁸

Risco de Aspiração

Aspiração

Aspiração: Conhecimento sobre prevenção da aspiração, Não Demonstrado

Aspiração: Conhecimento sobre prevenção da aspiração, Demonstrado

Aspiração: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração, Não Demonstrado

Aspiração: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração, Demonstrado

Aspiração: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir a aspiração, Não Demonstrada

Aspiração: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir a aspiração, Demonstrada

- Aspirar secreções
- Elevar a cabeceira da cama
- Ensinar a pessoa sobre preparação/selecção dos alimentos
- Ensinar o prestador de cuidados a optimizar a sonda nasogástrica
- Ensinar o prestador de cuidados sobre a preparação/selecção dos alimentos
- Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a aspiração
- Ensinar o prestador de cuidados sobre posicionamento depois da refeição
- Ensinar o prestador de cuidados sobre posicionamento durante a refeição
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração
- Ensinar sobre prevenção da aspiração
- Ensinar sobre sinais de aspiração
- Evitar aspiração através de técnica de posicionamento
- Executar técnica de posicionamento para prevenir a aspiração
- Informar o prestador de cuidados sobre recursos para prevenir a aspiração
- Inserir sonda nasogástrica
- Inspeccionar a cavidade oral depois da refeição
- Instruir o prestador de cuidados a optimizar a sonda nasogástrica
- Instruir o prestador de cuidados a posicionar a pessoa depois da refeição
- Instruir o prestador de cuidados a preparar/seleccionar os alimentos
- Instruir o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração

⁶⁸ “**Aspiração** – Processo do sistema respiratório com as características específicas: inalação de substâncias provenientes do exterior do estômago para as vias aéreas inferiores.” ICN (2005).

- Monitorizar conteúdo gástrico antes das refeições
- Optimizar sonda nasogástrica
- Posicionar a pessoa depois da refeição
- Posicionar a pessoa durante a refeição
- Treinar o prestador de cuidados a optimizar a sonda nasogástrica
- Treinar o prestador de cuidados a posicionar a pessoa depois da refeição
- Treinar o prestador de cuidados a posicionar a pessoa durante a refeição
- Vigiar a refeição

Auto Controlo: dor⁶⁹

Auto Controlo: Dor: Ineficaz

Auto Controlo dor: Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor, Não Demonstrado

Auto Controlo dor: Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor, Demonstrado

Auto Controlo dor: Conhecimento sobre gestão dos analgésicos, Não Demonstrado

Auto Controlo dor: Conhecimento sobre gestão dos analgésicos, Demonstrado

Auto Controlo dor: Conhecimento sobre avaliação da dor, Não Demonstrado

Auto Controlo dor: Conhecimento sobre avaliação da dor, Demonstrado

Auto Controlo dor: Aprendizagem de Capacidades para utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor, Não Demonstrada

Auto Controlo dor: Aprendizagem de Capacidades para utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor, Demonstrada

Auto Controlo dor: Aprendizagem de Capacidades para gerir a analgesia, Não Demonstrada

Auto Controlo dor: Aprendizagem de Capacidades para gerir a analgesia, Demonstrada

Auto Controlo dor: Aprendizagem de Capacidades para avaliar a dor, Não Demonstrada

Auto Controlo dor: Aprendizagem de Capacidades para avaliar a dor, Demonstrada

- Assistir a pessoa na identificação de estratégias de alívio da dor
- Ensinar sobre auto - vigilância: dor
- Ensinar sobre auto controlo: dor
- Ensinar sobre auto-administração de medicamentos analgésicos
- Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor
- Ensinar sobre gestão dos analgésicos
- Ensinar sobre regime medicamentoso
- Ensinar sobre resposta aos analgésicos
- Ensinar sobre técnica de distração
- Ensinar sobre técnica de imaginação guiada
- Ensinar sobre técnica de relaxamento
- Incentivar auto controlo: dor
- Incentivar relação dinâmica com pessoas com auto controlo: dor eficaz
- Instruir a pessoa sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor
- Instruir sobre auto - vigilância: dor
- Instruir sobre gestão dos analgésicos
- Treinar a auto - vigilância da dor
- Treinar a pessoa a usar estratégias não farmacológicas para alívio da dor

⁶⁹ “**Autocontrolo** – Volição com as características específicas: disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as actividades de vida. “ (ICN 2005)

Auto Cuidado: Higiene⁷⁰

Auto Cuidado: Higiene: Dependência em grau reduzido

Auto Cuidado: Higiene: Dependência em grau moderado

Auto Cuidado: Higiene: Dependência em grau elevado

Auto Cuidado: Higiene: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene, Não Demonstrado

Auto Cuidado: Higiene: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene, Demonstrado

Auto Cuidado: Higiene: Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene, Não Demonstrado

Auto Cuidado: Higiene: Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene, Demonstrado

Auto Cuidado: Higiene: Aprendizagem de Capacidades para o auto cuidado: higiene, Não Demonstrada

Auto Cuidado: Higiene: Aprendizagem de Capacidades para o auto cuidado: higiene, Demonstrada

Auto Cuidado: Higiene: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene, Não Demonstrada

Auto Cuidado: Higiene: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene, Demonstrada

- Advogar o uso de equipamento adaptativo
- Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: higiene
- Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene
- Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: higiene
- Incentivar auto cuidado: higiene
- Informar sobre equipamento de ajudas técnicas
- Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene
- Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene
- Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene
- Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene
- Orientar no uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene
- Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene
- Treinar o auto cuidado: higiene
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene
- Treinar o uso de estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene
- Dar banho
- Supervisar o auto cuidado: higiene

Auto Cuidado: Uso do Sanitário⁷¹

Auto Cuidado: Uso do Sanitário: Dependência em grau reduzido

Auto Cuidado: Uso do Sanitário: Dependência em grau moderado

Auto Cuidado: Uso do Sanitário: Dependência em grau elevado

⁷⁰ “**Auto Cuidado: Higiene** – é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene.” (ICN 2002)

⁷¹ “**Auto Cuidado: ir ao sanitário** – é um tipo de autocuidado com as características específicas: levar a cabo as actividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar ou evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infecção” ICN (2002).

Auto Cuidado: Uso do Sanitário: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário, Não Demonstrado

Auto Cuidado: Uso do Sanitário: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário, Demonstrado

Auto Cuidado: Uso do Sanitário: Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: uso do sanitário, Não Demonstrado

Auto Cuidado: Uso do Sanitário: Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: uso do sanitário, Demonstrado

Auto Cuidado: Uso do Sanitário: Aprendizagem de Capacidades para o auto cuidado: uso do sanitário, Não Demonstrada

Auto Cuidado: Uso do Sanitário: Aprendizagem de Capacidades para o auto cuidado: uso do sanitário, Demonstrada

Auto Cuidado: Uso do Sanitário: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: uso do sanitário, Não Demonstrada

Auto Cuidado: Uso do Sanitário: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: uso do sanitário, Demonstrada

- Advogar o uso de equipamento adaptativo
- Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: uso do sanitário
- Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário
- Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: uso do sanitário
- Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário
- Informar sobre equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário
- Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário
- Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: uso do sanitário
- Optimizar a fralda
- Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: uso do sanitário
- Treinar o uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário
- Treinar o uso de estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário
- Assistir no auto cuidado: uso do sanitário
- Supervisar o auto cuidado: uso do sanitário
- Optimizar dispositivo urinário

Auto Cuidado: Vestuário⁷²

Auto Cuidado: Vestuário: Dependência em grau reduzido

Auto Cuidado: Vestuário: Dependência em grau moderado

Auto Cuidado: Vestuário: Dependência em grau elevado

Auto Cuidado: Vestuário: Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: vestuário, Não Demonstrado

Auto Cuidado: Vestuário: Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: vestuário, Demonstrado

Auto Cuidado: Vestuário: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário, Não Demonstrado

Auto Cuidado: Vestuário: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário, Demonstrado

⁷² “**Auto Cuidado:Vestuário** - é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos de acordo com a situação e o clima tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir, vestir e despir a roupa pela ordem adequada, apertá-la convenientemente.” ICN (2002).

Auto Cuidado: Vestuário: Aprendizagem de Capacidades para o auto cuidado: vestuário, Não Demonstrada

Auto Cuidado: Vestuário: Aprendizagem de Capacidades para o auto cuidado: vestuário, Demonstrada

Auto Cuidado: Vestuário: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: vestuário, Não Demonstrada

Auto Cuidado: Vestuário: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: vestuário, Demonstrada

- Advogar o uso de equipamento adaptativo
- Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: vestuário
- Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário
- Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: vestuário
- Incentivar o auto cuidado: vestuário
- Informar sobre equipamento adaptativo para o auto cuidado: vestuário
- Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário
- Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: vestuário
- Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o auto cuidado: vestuário
- Orientar no uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: vestuário
- Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: vestuário
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: vestuário
- Treinar o uso de estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário

Deambular⁷³

Deambular: Dependência em grau reduzido

Deambular: Dependência em grau moderado

Deambular: Dependência em grau elevado

Deambular: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para deambular, Não Demonstrado

Deambular: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para deambular, Demonstrado

Deambular: Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de deambulação, Não Demonstrado

Deambular: Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de deambulação, Demonstrado

Deambular: Aprendizagem de Capacidades para deambular, Não Demonstrada

Deambular: Aprendizagem de Capacidades para deambular, Demonstrada

Deambular: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação, Não Demonstrada

Deambular: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação, Demonstrada

- Advogar o uso de equipamento adaptativo
- Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de deambulação
- Ensinar sobre estratégias adaptativas para deambular
- Incentivar a deambulação
- Informar sobre equipamento adaptativo para deambular
- Instruir a utilização de estratégias adaptativas para deambular
- Instruir o prestador de cuidados sobre como assistir no deambular
- Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para deambular
- Orientar no uso do equipamento adaptativo para deambular
- Providenciar equipamento adaptativo para deambular

⁷³ “**Deambular** – é um tipo de autocuidado: actividade física com as características específicas: mudar-se e mover o corpo de um lado para o outro” ICN (2002).

- Treinar o prestador de cuidados a assistir no deambular
- Treinar o uso de estratégias adaptativas para deambular
- Assistir a deambular
- Supervisar a deambular

Dor⁷⁴

Dor: em grau reduzido

Dor: em grau moderado

Dor: em grau elevado

Dor: em grau muito elevado

- Aplicar calor
- Aplicar frio
- Ensinar sobre auto controlo: dor
- Executar a técnica de massagem
- Executar técnica de distração
- Executar técnica de imaginação guiada
- Executar técnica de relaxamento
- Gerir a analgesia
- Gerir o ambiente físico
- Gerir os analgésicos
- Instruir técnica de distração
- Instruir técnica de imaginação guiada
- Instruir técnica de relaxamento
- Massajar partes do corpo
- Monitorizar a dor através de escala de dor

Expectorar⁷⁵

Expectorar: Ineficaz, em grau reduzido

Expectorar: Ineficaz, em grau moderado

Expectorar: Ineficaz, em grau elevado

Expectorar: Conhecimento sobre técnica de tosse, Não Demonstrado

Expectorar: Conhecimento sobre técnica de tosse, Demonstrado

Expectorar: Conhecimento sobre inaloterapia, Não Demonstrado

Expectorar: Conhecimento sobre inaloterapia, Demonstrado

Expectorar: Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia, Não Demonstrado

Expectorar: Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia, Demonstrado

Expectorar: Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções, Não Demonstrado

Expectorar: Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções, Demonstrado

Expectorar: Aprendizagem de Capacidades para tossir, Não Demonstrada

Expectorar: Aprendizagem de Capacidades para tossir, Demonstrada

Expectorar: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para executar a

⁷⁴ **“Dor** – Percepção com as características específicas: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.” (ICN 2005)

⁷⁵ **“Expectorar** – é um tipo de limpeza das vias aéreas com as características específicas: expulsão do muco, material muco purulento ou líquidos, da traqueia, brônquios e pulmões por meio da tosse ou escarro.” (ICN 2002)

inaloterapia, Não Demonstrada

Expectorador: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para executar a inaloterapia, Demonstrada

Expectorador: Aprendizagem de Capacidades para executar inaloterapia, Não Demonstrada

Expectorador: Aprendizagem de Capacidades para executar inaloterapia, Demonstrada

Expectorador: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para aspirar as secreções, Não Demonstrada

Expectorador: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para aspirar as secreções, Demonstrada

- Aspirar secreções
- Aspirar secreções da cavidade nasal
- Aspirar secreções da cavidade oral
- Aspirar secreções pelo traqueostoma
- Ensinar o prestador de cuidados sobre a aspiração de secreções
- Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia através de inalador
- Ensinar sobre a técnica de tosse
- Executar cinesiterapia respiratória
- Executar inaloterapia através de inalador
- Incentivar ingestão de líquidos
- Instruir a técnica de tosse
- Instruir o prestador de cuidados sobre inaloterapia através de inalador
- Instruir o prestador de cuidados sobre a aspiração de secreções
- Instruir sobre inaloterapia através inalador
- Planear ingestão de líquidos
- Treinar a técnica de tosse
- Treinar inaloterapia através de inalador
- Treinar o prestador de cuidados a aspirar as secreções
- Treinar o prestador de cuidados a executar inaloterapia
- Vigiar a expectoração

Papel de Prestador de Cuidados⁷⁶

Papel de Prestador de Cuidados: Não Adequado

Papel de Prestador de Cuidados: Envolvimento na interação com a pessoa dependente, Não Demonstrado

Papel de Prestador de Cuidados: Envolvimento na interação com a pessoa dependente, Demonstrado

- Apoiar o prestador de cuidados na tomada de decisão
- Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados
- Elogiar envolvimento do prestador de cuidados
- Encorajar o envolvimento da família
- Encorajar o prestador de cuidados a exprimir as suas emoções
- Encorajar o prestador de cuidados a participar em grupos de suporte
- Encorajar o prestador de cuidados para o desempenho do papel de prestador de cuidados
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio

⁷⁶ **"Papel do prestador de cuidados** – é um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de confiar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família. " (ICN 2002)

- Facilitar a adaptação do prestador de cuidados a novos estilos de vida
- Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados
- Incentivar relação dinâmica do prestador de cuidados com a comunidade
- Incentivar relação dinâmica do prestador de cuidados com a família
- Incentivar relação dinâmica do prestador de cuidados com os serviços de saúde
- Informar o prestador de cuidados sobre prestação de serviços na comunidade
- Orientar o prestador de cuidados para a prestação de serviços na comunidade
- Planear encontro com o prestador de cuidados

Pé Equino⁷⁷

Risco de Pé Equino

Pé Equino

Pé Equino: Conhecimento sobre exercícios músculo-articulares activos, Não Demonstrado

Pé Equino: Conhecimento sobre exercícios músculo-articulares activos, Demonstrado

Pé Equino: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino, Não Demonstrado

Pé Equino: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino, Demonstrado

Pé Equino: Aprendizagem de Capacidades para executar exercícios músculo-articulares activos, Não Demonstrada

Pé Equino: Aprendizagem de Capacidades para executar exercícios músculo-articulares activos, Demonstrada

Pé Equino: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir o pé equino, Não Demonstrada

Pé Equino: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir o pé equino, Demonstrada

- Aliviar roupas de cama através de equipamento
- Aplicar tala plantar
- Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para o pé equino
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino
- Ensinar sobre exercícios musculartoarticulares activos
- Executar técnica de exercitação musculartoarticular activa-assistida
- Executar técnica de exercitação musculartoarticular passiva
- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculartoarticulares activos
- Instruir o prestador de cuidados a prevenir o pé equino
- Monitorizar amplitude do movimento articular do tornozelo
- Posicionar o pé
- Treinar o prestador de cuidados a prevenir o pé equino
- Vigiar o movimento articular do pé

Posicionar-se⁷⁸

Posicionar-se: Dependência em grau reduzido

Posicionar-se: Dependência em grau moderado

⁷⁷ "**Pé Equino** – é um tipo de movimento articular com as características específicas: flexão plantar do pé, arqueamento da articulação do tornozelo na direcção do solo, pé descaído, arqueando-o e impedindo-o de tocar no chão na tentativa da marcha; marcha sobre os dedos do pé (o pé não pode ser mantido na posição normal nem em dorsiflexão), associado a repouso prolongado na cama sem o alinhamento adequado e à pressão do pé de roupa de cama pesada." (ICN 2002)

⁷⁸ "**Virar-se** – Autocuidado com as características específicas: mover e mudar o corpo de um lado para o outro e de frente para trás." (ICN 2005)

Posicionar-se: Dependência em grau elevado
Posicionar-se: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar, Não Demonstrado
Posicionar-se: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar, Demonstrado
Posicionar-se: Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento, Não Demonstrado
Posicionar-se: Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento, Demonstrado
Posicionar-se: Aprendizagem de Capacidades para se posicionar, Não Demonstrada
Posicionar-se: Aprendizagem de Capacidades para se posicionar, Demonstrada
Posicionar-se: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionar-se, Não Demonstrada
Posicionar-se: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionar-se, Demonstrada

- Advogar o uso de equipamento adaptativo
- Ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica de posicionamento
- Ensinar sobre estratégias adaptativas para o posicionar-se
- Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: posicionar-se
- Incentivar a pessoa a posicionar-se
- Informar sobre equipamento adaptativo para o posicionar-se
- Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o posicionar-se
- Instruir o prestador de cuidados sobre como assistir no posicionar-se
- Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar
- Orientar no uso do equipamento adaptativo para o posicionar-se
- Providenciar equipamento adaptativo para o posicionar-se
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no posicionar-se
- Treinar o uso de estratégias adaptativas para o posicionar-se
- Supervisar o posicionamento
- Posicionar a pessoa
- Assistir no posicionamento

Queda⁷⁹

Risco de Queda

Queda

Queda: Conhecimento sobre equipamentos de prevenção de quedas, Não Demonstrado

Queda: Conhecimento sobre equipamentos de prevenção de quedas, Demonstrado

Queda: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas, Não Demonstrado

Queda: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas, Demonstrado

Queda: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir quedas, Não Demonstrada

Queda: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir quedas, Demonstrada

Queda: Aprendizagem de Capacidades para utilizar equipamento de prevenção de quedas, Não Demonstrada

Queda: Aprendizagem de Capacidades para utilizar equipamento de prevenção de quedas, Demonstrada

⁷⁹ "Cair – Actividade executada pelo próprio com as características específicas: descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições." (ICN 2005)

- Assistir a pessoa a identificar condições de risco para a queda
- Assistir o prestador de cuidados a identificar condições de risco para a queda no domicílio
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio
- Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas
- Ensinar sobre prevenção de quedas
- Gerir o ambiente físico
- Instruir o prestador de cuidados sobre utilização de equipamento para prevenção das quedas
- Limitar actividade física
- Manter grades da cama
- Supervisar as actividades da pessoa
- Treinar a utilização de equipamento para prevenir as quedas
- Treinar o prestador de cuidados na utilização de equipamento para prevenir as Quedas

Stress do Prestador de cuidados⁸⁰

Risco de Stress do Prestador de cuidados

Stress do Prestador de cuidados

Stress do Prestador de cuidados: Papel de Prestador de Cuidados, Não Desejado

Stress do Prestador de cuidados: Papel de Prestador de Cuidados, Desejado

Stress do Prestador de cuidados: Bem-estar do prestador de cuidados, Não percebido

Stress do Prestador de cuidados: Bem-estar do prestador de cuidados, Percebido

Stress do Prestador de cuidados: Suporte, Não percebido

Stress do Prestador de cuidados: Suporte, percebido

- Apoiar o prestador de cuidados
- Apoiar o prestador de cuidados na tomada de decisão
- Assistir o prestador de cuidados na identificação das vantagens do desempenho do papel de prestador de cuidados
- Assistir o prestador de cuidados na recuperação do papel de prestador de cuidados
- Assistir o prestador de cuidados no estabelecimento de objectivos da prestação de cuidados
- Avaliar a aceitação do papel de prestador de cuidados
- Elogiar envolvimento do prestador de cuidados
- Elogiar o prestador de cuidados
- Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel de prestador de cuidados
- Encorajar o envolvimento da família
- Encorajar o prestador de cuidados a exprimir as suas emoções
- Encorajar o prestador de cuidados a participar em grupos de suporte
- Ensinar o prestador de cuidados sobre o papel de prestador de cuidados
- Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados
- Facilitar a expressão de emoções relativas ao papel de prestador de cuidados
- Incentivar o prestador de cuidados a assumir o papel de prestador de cuidados
- Informar o prestador de cuidados sobre prestação de serviços na comunidade
- Informar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde
- Optimizar resultados obtidos no desempenho do papel de prestador de cuidados
- Planear encontro com o prestador de cuidados
- Validar conhecimento do prestador de cuidados sobre papel de prestador de Cuidados

⁸⁰ "**Stress do prestador de Cuidados** – é um tipo de coping com as características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta as exigências da prestação de cuidados." (ICN 2002)

Transferir-se⁸¹

Transferir-se: Dependência em grau reduzido

Transferir-se: Dependência em grau moderado

Transferir-se: Dependência em grau elevado

Transferir-se: Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência, Não Demonstrado

Transferir-se: Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência, Demonstrado

Transferir-se: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir, Não Demonstrado

Transferir-se: Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir, Demonstrado

Transferir-se: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência, Não Demonstrada

Transferir-se: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência, Demonstrada

Transferir-se: Aprendizagem de Capacidades para se transferir, Não Demonstrada

Transferir-se: Aprendizagem de Capacidades para se transferir, Demonstrada

- Advogar o uso de equipamento adaptativo
- Ensinar estratégias adaptativas para o transferir-se
- Ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica de transferência
- Incentivar a pessoa a transferir-se
- Informar sobre equipamento adaptativo para o transferir-se
- Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o transferir-se
- Instruir o prestador de cuidados a assistir na transferência
- Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para se transferir
- Orientar no uso do equipamento adaptativo para o transferir-se
- Providenciar equipamento adaptativo para o transferir-se
- Treinar o prestador de cuidados a assistir na transferência
- Treinar o uso de estratégias adaptativas para o transferir-se
- Executar técnica de transferência
- Transferir a pessoa
- Assistir a pessoa na transferência
- Instruir a pessoa a transferir-se

Úlcera de Pressão⁸²

Risco de Úlcera de Pressão

Úlcera de Pressão: em grau reduzido

Úlcera de Pressão: em grau moderado

Úlcera de Pressão: em grau elevado

Úlcera de Pressão: em grau muito elevado

Úlcera de Pressão: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão, Não Demonstrado

Úlcera de Pressão: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão, Demonstrado

Úlcera de Pressão: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão, Não Demonstrada

⁸¹ "Transferir-se – é um tipo de autocuidado: actividade física com as características específicas: mover o corpo, deslocando-o entre a cama e a cadeira." (ICN 2002)

⁸² "Úlcera de Pressão – Úlcera com as características específicas: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada." (ICN 2005)

Úlcera de Pressão: Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão, Demonstrada

- Aliviar zona de pressão através de almofada
- Aplicar colchão anti - úlcera de pressão
- Aplicar creme
- Colocar almofada sob a zona de pressão
- Ensinar a pessoa a usar equipamento para alívio da pressão
- Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a úlcera de pressão
- Ensinar o prestador de cuidados sobre equipamento de prevenção de úlcera de pressão
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão
- Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão
- Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento
- Executar técnica de posicionamento
- Executar tratamento à úlcera de pressão
- Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos
- Instruir o prestador de cuidados a utilizar o equipamento para prevenção de úlceras de pressão
- Instruir o prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão
- Massajar partes do corpo
- Monitorizar risco de úlcera de pressão através de escala
- Monitorizar úlcera de pressão
- Providenciar colchão anti-úlcera de pressão
- Providenciar equipamento para alívio da pressão
- Requerer equipamento de ajudas técnicas
- Treinar o prestador de cuidados a posicionar a pessoa
- Treinar o prestador de cuidados a utilizar o equipamento para prevenção de úlceras de pressão
- Treinar o prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão
- Vigiar a pele
- Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão
- Vigiar sinais de úlcera de pressão