

**ENQUADRAMENTO
DAS
UNIDADES DE REABILITAÇÃO
DE
ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS**

RESUMO EXECUTIVO

Julho 2007



Grupo de Trabalho:

J.M. de Abreu Nogueira

Coordenador do grupo de trabalho. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Isabel Lestro Henriques

Representante da Coordenação Nacional das Doenças Cardio-Vasculares

A. Faria Gomes

Engenheiro. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

António Lencastre Leitão

Neurologista. Hospital de Évora

Agradece-se a colaboração da Sra. **Dr.ª Margarida Santos** (Administradora Hospitalar. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados), Sra. **Dr.ª Ana Girão** (Médica. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados).

Na sequência do documento da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares “Vias verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral”, encontram-se em desenvolvimento respostas imediatas e organizadas para o tratamento do episódio agudo dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC),” com a consequente necessidade de estas respostas serem complementadas com recursos de reabilitação intensiva.

Por despacho de Sua Excelência a Senhora Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, foi constituído um grupo de trabalho com a incumbência de caracterizar unidades especializadas, que respondam às necessidades de reabilitação destes doentes, após a alta das unidades de agudos, definindo-se as suas características logísticas e técnicas.

A. Efectuou-se o enquadramento de cuidados das unidades de convalescença da RNCCI, no capítulo 2.

Com o enquadramento de conceitos internacionais mais recentes, podemos considerar as unidades de convalescença como: unidades destinadas a pessoas que apresentam uma doença crónica, ou se encontram em fase de recuperação de um processo agudo, com perda de autonomia potencialmente recuperável.

Estas unidades estão orientadas para o restabelecimento das funções, actividades ou capacidade alteradas em consequência de processos patológicos prévios (médicos, cirúrgicos ou traumatológicos); constituem um dos recursos intermédios entre a alta hospitalar e o domicílio; são utilizáveis para a recuperação de situações agudas e nos casos de reagudização de processos crónicos; são consideradas, actualmente, como um recurso de saúde absolutamente necessário na garantia da continuidade do processo de cuidados.

O seu objectivo principal é a recuperação da independência funcional. Assim, tem como finalidade restabelecer, tanto quanto possível, as funções ou actividades afectadas, total ou parcialmente, por diferentes patologias.

Uma unidade de convalescença possibilita a realização de avaliações integrais e multidisciplinares, com intervenções reabilitadoras, com uma maior intensidade de cuidados que os prestados no domicílio ou em outro tipo de resposta de redes de cuidados continuados.

Importa ainda referir que, conforme ao disposto no nº4 do Artigo 34, deste Decreto-Lei, as unidades da RNCCI podem, segundo 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.

B. Relativamente ao AVC, no capítulo 3 abordou-se a demografia e os dados epidemiológicos disponíveis na literatura nacional e internacional.

Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico., evidenciam que os AVC são a terceira causa mais frequente de morte nos países industrializados; o número de mortes por A.V.C. representa 10% da totalidade das mortes (9% para sexo masculino e 11% para sexo feminino). Em 1999, a taxa de mortalidade variava entre 59/100 000, no continente Americano e 115/100 000 na Europa.

Segundo dados da European Stroke Initiative (EUSI): Na Europa as taxas de mortalidade anual variam entre 63,5 e 273,4/100.000 mortes. O AVC é a primeira causa de morbilidade e incapacidade prolongada na Europa, assim como noutros países industrializados. A incidência do AVC varia nos diferentes países europeus, estimando-se entre 100 e 200 novos casos/100.000 habitantes/ano, o que implica uma enorme sobrecarga económica.

Quanto à situação em Portugal e de acordo com os dados do Alto Comissariado da Saúde em estudo realizado em 2007:

- Em 2005, a taxa de mortalidade padronizada por AVC, antes dos 65 anos, apurada para Portugal Continental foi de 11,6‰,
 - Houve uma diminuição de 11,4% relativamente ao valor do ano anterior (13,1‰).
 - Ainda assim, estas taxas situaram-se bastante acima do melhor valor europeu de 2004 (França: 5,6‰).
 - As taxas de mortalidade por género decresceram de 2004 para 2005 (variação relativa: -11,0%, para o género masculino; -11,9% para o feminino).
 - Em 2004 a taxa de mortalidade por AVC era mais baixa na Região Centro (11,4‰). No entanto, de 2004 para 2005, a taxa aumentou nesta Região, passando para 12,2‰ (aumento relativo: 7,0%).
 - Nas outras Regiões as taxas decresceram, entre 2004 e 2005, com variações maiores no Alentejo e no Norte (decréscimos relativos de cerca de 20%).
 - Para o sexo masculino, a taxa de mortalidade por AVC antes dos 65 anos aumentou apenas na Região Centro: de 15,5‰ (valor regional mais baixo, em 2004) para 17,0‰, correspondendo a um aumento relativo de 9,7%.
 - Decréscimo relativo mais relevante observou-se na Região Norte (-17,7%).
 - Algarve passou a ser a Região com menor taxa de mortalidade por AVC (14,4‰), em 2005.
 - Para o sexo feminino, nas Regiões Centro e Algarve as taxas em 2005 aumentaram cerca de 4%, relativamente aos valores de 2004.
 - Nas restantes Regiões registaram-se decréscimos da taxa, destacando-se o Alentejo com variação relativa de -41,7% (de 9,6 para 5,6‰).
 - A letalidade intra-hospitalar por AVC tem vindo, de um modo geral, a diminuir (diminuição de 1,9% entre 2004 e 2006), passando de 15,5% para

15,2%. Esta diminuição foi mais relevante nos indivíduos do sexo masculino (3,4%) do que nos do feminino (1,2%).

Nem todas as Regiões apresentaram, no entanto, esta tendência:

- A Região Centro e Alentejo registaram um aumento na letalidade intra-hospitalar por AVC durante este período (7,7% e 5%, respectivamente).
- Nas restantes Regiões verificou-se um decréscimo, principalmente no Algarve onde a letalidade intra-hospitalar por AVC diminuiu 20,4%, permanecendo no entanto a Região com os valores mais elevados em 2006.

Os doentes que sobrevivem ao episódio agudo, apresentam algum grau de incapacidade, com sobrecarga dos cuidadores, embora não existam dados tão precisos, quanto os da mortalidade.

Num estudo levado a efeito pela Direcção-Geral da Saúde em 1996, verificou-se que 13,8% dos doentes já tinham uma incapacidade muito grave antes do AVC, 59,3% eram independentes e 15,0% apresentavam uma incapacidade ligeira. Três meses após o AVC, constatou-se que 24,0% tinham ficado gravemente incapacitados, 30,8% ficaram independentes e 18,2% ficaram com incapacidade ligeira.

No mesmo documento é referido que em média, há entre 20 000 e 25 000 internamentos por AVC por ano.

C. Efectuou-se uma análise de vários modelos de cuidados pós agudos para o AVC, a nível internacional, detalhada no capítulo 4.

Uma resposta integrada para AVC envolve três funções críticas: assegurar interacção efectiva e colaboração entre serviços, prevenção, transporte, tratamento e reabilitação em determinada localidade ou região; promover o uso de abordagem organizada, standardizada em cada componente do sistema; identificar medidas de processo e de resultados, incluindo mecanismos de avaliação, para que todo o sistema evolua e se aperfeiçoe, em melhoria contínua de qualidade.

No que diz respeito a cuidados pós-agudos e prevenção secundária, deverão garantir: abordagem organizada de modo a que todos os doentes recebam cuidados apropriados; abordagem que assegure a prevenção secundaria em relação a todos os factores de risco modificáveis, para todos os doentes com história de AVC; educação de doentes com AVC e família/cuidadores sobre factores de risco e sinais de alerta; transição organizada quando o doente passa para cuidados ambulatoriais.

No que diz respeito a reabilitação, deverá verificar-se que: todos os doentes com deficits residuais têm uma avaliação para reabilitação, durante a hospitalização; exista avaliação periódica dos níveis de serviços de reabilitação e recursos; exista adequação do local de cuidados em função das necessidades funcionais do doente; se assegure alta e transição adequada nos diversos níveis do sistema.

A OMS estabelece como objectivo para 2015, que aos 90 dias pós AVC, 70% dos indivíduos afectados sejam independentes nas Actividades de Vida Diária (AVD). Para o atingir será necessário que todos os doentes com AVC tenham acesso a um contínuo de cuidados organizados desde a fase aguda até à reabilitação e prevenção secundária

D. Definiram-se as características destas unidades, no que diz respeito a planeamento do número de camas, localização, articulação, critérios de admissão e exclusão, metodologia de trabalho, recursos humanos necessários, bem como recomendações de instalações e equipamentos, presentes no capítulo 7.

As unidades de reabilitação de AVC, no contexto da convalescença, devem entender-se como uma das respostas do conjunto de tipologias de cuidados que contemplam a RNCCI em cada área territorial e como um recurso de apoio à recuperação pós-hospitalar. A nível internacional, alguns autores sugerem, como ideal, 12 camas por 100.000 habitantes, o que, a nível nacional indicaria cerca de 1200 camas.

Por outro lado, a DGS definiu que as Unidades AVC de agudos deveriam ter para 300-400 doentes/ano, 4-6 camas.

Alguns autores sugerem que cerca de 1/3 a 3/5 dos doentes que sofreram AVC agudo têm mRS entre 2 e 5 e têm indicação para reabilitação intensiva (em que a média do internamento, que varia com a gravidade do mRS, seria aproximadamente de 18 a 30 dias)

Assumindo as anteriores premissas, poderemos, por exemplo, estabelecer um cálculo com base na fórmula seguinte:

N.º AVC (definidos pela indicação para admissão na UAVC) $\times \frac{1}{3} \times 18$ ou $30 / 365$

Assim, seriam criadas para cada 6 camas de Unidades de AVC de agudos,

7 camas de U Convalescença de AVC para 400 doentes /ano, para 18 dias de media de internamento

11 camas de U Convalescença de AVC para 400 doentes /ano, para 30 dias de media de internamento

A programação do número de camas deve ser efectuado em cenário de contenção e não de pressão, atendendo a que é necessário avaliar em permanência o impacto da prevenção primária em curso, bem como dos dados obtidos no decurso da implementação, monitorização e avaliação das Unidades instaladas.

No que diz respeito à localização os critérios das unidades de convalescença de AVC a instalar, no âmbito dos equipamentos do SNS, devem incluir: áreas de influencia de Hospitais com unidades de agudos de AVC; zonas de maior prevalência; referenciação/internamentos na RNCCI, de AVC, identificando-se zonas de maior numero de referenciação para a patologia.

A articulação no âmbito do AVC, dadas as particularidades relacionadas com a patologia, os Serviços hospitalares ou unidade de AVC agudos devem designar elemento, que tem como função participar na EGA, na referenciação dos doentes com AVC para as unidades de convalescença de AVC.

Neste tipo de unidades não são admitidos doentes provenientes directamente do ambulatório.

Assim, a referenciação é exclusivamente de proveniência hospitalar.

Os circuitos de referenciação para as unidades de convalescença de AVC integradas na RNCCI, seguem os definidos para a Rede, devendo a Equipas Coordenadoras Locais (ECL) considerar as prioridades definidas pela Equipas de Gestão de Altas (EGA), de acordo com os critérios de admissão e exclusão aprovados.

Os critérios de admissão e exclusão encontram-se detalhados no ponto 7.4

Baseado nas recomendações internacionais relativamente a recursos humanos, para as Unidades de Convalescença de AVC de 30 camas a afectação de recursos humanos, por áreas, e com presença diária, deverá ser:

Unidades de 30 camas	N.º de Profissionais
Médica (Neurologia, Fisiatria, Medicina Interna)	3
Enfermagem	9 (turnos de 2-2-1)
Fisioterapia	4,5
Terapia Ocupacional	3,5
Terapia da Fala	1,5
Psicólogo com formação específica	1
Outros incluindo Dietista	0,5
Assistente Social	1
Auxiliar de Acção Médica	14 (turnos de 3-3-2)
Pessoal com perfis profissionais que garantam o funcionamento dos componentes logísticos da Unidade de Convalescença (serviços internos ou de <i>outsourcing</i>).	

E. A conclusão da análise aconselha o seu enquadramento na RNCCI, no âmbito da tipologia de unidades de convalescença, com justificação presente no capítulo 8.

No desenvolvimento de estratégia para AVC, refere-se internacionalmente que os cuidados sub agudos são uma forma distinta, mas um parceiro dos cuidados de agudos, que se focam nos problemas (necessidades) e não no diagnóstico, na complexidade e em cuidados mais prolongados, do que nos de curta duração, sendo também bastante distintos de cuidados residenciais.

O paradigma descrito é o paradigma subjacente à RNCCI, diferente do paradigma hospitalar.

A incidência de AVC em Portugal, a complexidade das patologias envolvidas no AVC, a prevalência de sequelas de AVC, associado à evidência existente da efetividade das Unidades de AVC (com equipa interdisciplinar usando protocolos baseados nas melhores práticas) na redução de incapacidade funcional pós - AVC, consolidam a necessidade da criação de Unidades de Reabilitação de AVC, no âmbito da RNCCI – Unidades de Convalescença para AVC.

Assim, embora com inserção em estabelecimentos hospitalares do SNS, estas Unidades têm o enquadramento da RNCCI, devendo ser dela parte integrante.

Alguns Hospitais de nível 1 podem enquadrar-se para reconversão neste tipo de Unidades. O cenário dos Hospitais de nível1 encontra-se em documento já elaborado - *AVALIAÇÃO DE UNIDADES DE INTERNAMENTO PARA INTEGRAÇÃO NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS - HOSPITAIS DE NÍVEL 1*

Nos dados disponíveis para 2005, a percentagem de episódios de AVC no total de episódios de todos os hospitais, tem um peso de cerca de 2%.

Nos Hospitais de nível 1 o peso de episódios de AVC no total de episódios representa cerca de 3,7%.