



IPG Politécnico
da Guarda
Escola Superior
de Educação,
Comunicação e Desporto

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Curso Técnico Superior Profissional
em Gerontologia

Joana Fermino da Costa

julho | 2017





IPG

Politécnico
|da|Guarda

Polytechnic
of Guarda

Relatório de Estágio

ULS Guarda E.P.E- Serviço Medicina Setor B

Curso Técnico Superior Profissional de Gerontologia

Joana Fermino da Costa

Guarda, Julho 2017

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

(Fernando Pessoa, s.d)

Ficha Identificação

Nomes: Joana Fermino da Costa

Nº: 5008583

Morada: Rua Dr. António Ponces de Carvalho nº5 1ºdto,6110-217 Vila de Rei

Email: joanaferminocosta@gmail.com

Curso: Curso técnico superior Profissional de Gerontologia

Estabelecimento de Ensino: Instituto Politécnico da Guarda

- Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto

Entidade de Acolhimento: Unidade Local de Saúde E.P.E

Morada: Avenida Rainha D. Amélia

Telefone Geral: (+351) 271200353

Email: sec.medicinaulsguarda.min-saude.pt

Local de estágio: Guarda

Serviço: Medicina B

Docente Orientador da ESECD: Professora Maria de Fátima Saraiva da Silva Costa Bento

Orientadores da Entidade de Acolhimento: Enfermeiro Chefe da Medicina Davide Coutinho (Mestre em Ciências de Enfermagem)

Data da realização do estágio

Início: 1 março 2017

Fim: 1 de julho 2017

Duração: 750 horas

Agradecimentos

Com a finalização deste Relatório de Estágio não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que me ajudaram nesta caminhada tão importante da minha vida pessoal e profissional.

Em primeiro lugar, quero agradecer a Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto do Instituto Politécnico da Guarda, pela formação ministrada. Ao corpo docente e não docente, em particular à Diretora do Curso, Professora Coordenadora Principal Eduarda Ferreira.

Um obrigada muito especial à minha orientadora de estágio, Professora Adjunta Fátima Bento, pelo enriquecimento do vocabulário e por toda a disponibilidade, paciência e ajuda.

Um agradecimento ao meu supervisor na ULS Guarda E.P.E., Enfermeiro Chefe Davide Coutinho, por todo o apoio prestado.

Agradeço também à Assistente Operacional, Maria João Castro, por toda a atenção e disponibilidade, e também a todos, em particular os idosos, que na ULS Guarda E.P.E se cruzaram comigo e que contribuíram para o resultado final deste estágio.

Agradeço ainda aos meus amigos que se mantiveram do meu lado, dando-me força e ânimo durante o período de estágio, sem esquecer os meus colegas de curso, que de uma maneira ou de outra, me acompanharam ao longo destes anos letivos, ajudando-me sempre que precisei.

A toda a minha família, sobretudo aos meus pais, por tudo o que proporcionaram, pois nem sempre estive presente e apesar disso permaneceram sempre do meu lado.

Obrigada por tudo!

Resumo

O presente relatório de estágio insere-se na Unidade Curricular de Estágio (750 horas), da componente de formação “ Em contexto de Trabalho”, conforme estabelecido no plano de formação do Curso Técnico Superior Profissional de Gerontologia da Escola Superior de Comunicação, Educação e Desporto do Instituto Politécnico da Guarda (DR 2º Série, nº 13, 20 de janeiro de 2016), e tem como finalidade apresentar, descrever e analisar o contexto onde decorreu o estágio, as rotinas desenvolvidas, assim como as estratégias e metodologias utilizadas no decurso do mesmo.

O estágio decorreu na ULS Guarda E.P.E no Serviço de Medicina B, na cidade da Guarda, de 1 de março até dia 1 de Julho de 2017, e permitiu a identificação de circunstâncias e características do envelhecimento e os fatores biopsicossociais relacionados com o mesmo e o funcionamento das respostas sociais em questão.

Durante este período de estágio, houve a oportunidade de pôr em prática os vários conhecimentos adquiridos ao longo dos dois anos de curso, tal como o acompanhamento psicossocial aos doentes (cuidados pessoais, higiene, nutrição, alimentação e de atividades da vida quotidiana).

Este estágio e todo o contexto envolvente contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Estágio, Envelhecimento, Idosos, Patologias, Unidade Local de Saúde, Medicina B, Técnico Superior Profissional de Gerontologia

Índice Geral

Ficha Identificação	I
Agradecimentos	II
Resumo	III
Índice Geral	IV
Índice de Figuras	VI
Índice de Quadros	VI
Lista de Siglas	VII
Introdução	1
Capítulo I Caracterização da Entidade de Acolhimento	3
1.1 Distrito da Guarda	4
1.2 Abordagem histórica do Hospital Sousa Martins	6
1.3 Serviços prestados na Unidade Local de Saúde da Guarda	7
1.4 Missão	8
1.5 Valores	9
1.6 Visão	9
Capítulo II Envelhecimento e Gerontologia	11
1.1 Envelhecimento	12
1.1.1 Envelhecimento Ativo	12
1.1.2 Pilares do envelhecimento	13
1.1.3 Qualidade de vida dos Idosos	14
1.2 O que é a gerontologia?	15
1.2.1 O técnico superior profissional de gerontologia	15
Capítulo III Estágio	18
1.1 Objetivos gerais e específicos.....	19
1.2 Serviço de Medicina B.....	20

1.3 Altas dos doentes.....	21
1.3.1 Respostas sociais.....	22
2 Rotina Diária.....	24
2.1 Higienização das instalações.....	27
2.2 Tipos de posicionamentos.....	29
2.3 Higiene aos doentes.....	32
2.4 Dietas dos doentes.....	35
3 Caracterização do Público-alvo.....	37
Reflexão final.....	41
Bibliografia.....	42
Webgrafia.....	43
Anexos	

Índice de Figuras

Figura nº 1- Mapa do Distrito da Guarda.....	4
Figura nº 3 Hospital Sousa Martins Atual	6
Figura nº 2- Sanatório do Hospital Sousa Martins	6
Figura nº 4- Pilares do Envelhecimento	13
Figura nº 5 - Explicação de Gerontologia.....	15
Figura nº 6 - Serviço Medicina B	20
Figura nº 7- Multi superfície	27
Figura nº 8- Anios.....	28
Figura nº 9- Tuffi.....	28
Figura nº 10- Pastilhas desinfetantes	28
Figura nº 11- Locais onde pode aparecer úlceras de pressão.....	29
Figura nº 12- Decúbito dorsal	29
Figura nº 13- Decúbito semidorsal.....	30
Figura nº 14- Decubito Lateral.....	31
Figura nº 15- Material de higiene no duche	33
Figura nº 16- Material do banho no leito	34
Figura nº 17- Doença pulmonar obstrutiva crónica.....	37
Figura nº 18- AVC Isquémico.....	39
Figura nº 19- AVC Hemorrágico	39

Índice de Quadros

Quadro Nº 1- População do Distrito da Guarda.....	5
Quadro Nº 2- Índice de envelhecimento da Guarda.....	5
Quadro Nº 3- Cronograma das atividades realizadas	26
Quadro nº 4- Horário das refeições	35

Lista de Siglas

AIT-Acidente vascular isquémico

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CTeSP - Curso Técnico Superior Profissional

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

E.P.E - Entidade Pública Empresarial

HMS - Hospital Sousa Martins

LES- Lúpus Eritematoso Sistémico

OMS - Organização Mundial de Saúde

RNCCI- Rede de cuidados continuados integrados

UCI-AVC- Unidade de cuidados integrados- Acidentes vascular cerebral

UCIP- Unidade cuidados intensivos polivalente

ULS- Unidade Local de Saúde

Introdução

O presente relatório de estágio insere-se na Unidade Curricular de Estágio (750 horas), da componente de formação “ Em contexto de Trabalho”, conforme estabelecido no plano de formação do Curso Técnico Superior de Gerontologia da Escola Superior de Comunicação, Educação e Desporto do Instituto Politécnico da Guarda (DR 2º série nº13, 20 de janeiro de 2016), e tem como finalidade apresentar, descrever, analisar o contexto onde decorreu o estágio, as rotinas desenvolvidas, assim como as estratégias e metodologias utilizadas no decurso do mesmo.

O estágio decorreu no ULS Guarda E.P.E no Serviço de Medicina B, na cidade da Guarda, de 01 de março até dia 1 de Julho de 2017 e teve uma duração de 4 meses. Escolhi este local porque sempre quis estagiar no hospital e localizava-se na localidade onde estudo e permite desenvolver o que aprendi ao longo do curso.

Na entidade que facultou o estágio deparei-me com um ambiente de trabalho onde as pessoas, desde doentes até a equipa de profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, entre outros), têm uma agradável relação, o que permitiu e facilitou a minha interação com as mesmas.

No decurso do estágio, perante todas as atividades que me foram propostas, eu pude aprender a trabalhar com diferentes pessoas. Os objetivos do mesmo foram sobretudo aprender e apreender quais os diversos cuidados a ter com o público-alvo.

Em conjunto com os Enfermeiros Chefes e a Orientadora da Escola estabeleceram-se os seguintes objetivos (anexo I):

Objetivos Gerais

- a) Conhecer o funcionamento e a dinâmica do serviço;
- b) Cooperar com a equipa de profissionais de saúde desse serviço
- c) Conhecer o público-alvo;
- d) Identificar circunstâncias e características do envelhecimento e os fatores que para isso cooperam;
- e) Aplicação dos conhecimentos adquiridos no período escolar em contexto hospitalar;

- f) Acompanhar, encaminhar a pessoa idosa em situações variadas (morte, reabilitação);
- g) Desenvolver as capacidades dos doentes e as atividades fundamentais na relação interpessoal;
- h) Adquirir e mostrar o autocontrolo emocional nas situações que se apresentam.

Objetivos Específicos

- a) Garantir a qualidade de vida de cada doente;
- b) Interação com os doentes do serviço.

Para uma melhor compreensão do documento apresentado, o mesmo está organizado em três capítulos distintos. No primeiro capítulo, podemos encontrar uma descrição pormenorizada sobre o hospital e uma breve abordagem sobre a cidade da Guarda.

No segundo capítulo, é apresentada uma abordagem baseada em diferentes autores, sobre os conceitos de gerontologia, de envelhecimento, de qualidade de vida e os respetivos pilares do envelhecimento.

No terceiro e último capítulo, faço referência ao estágio propriamente dito, onde apresento os objetivos que delinee e os recursos utilizados. Posteriormente, efetuo uma caracterização do público-alvo e das tarefas desenvolvidas.

Por fim, faço uma reflexão final, onde avalio o meu papel enquanto estagiária e a importância do estágio para minha vida pessoal e profissional. Reflito ainda sobre os pontos fortes e fracos do mesmo e do trabalho por mim desenvolvido.

No decorrer do estágio e para a elaboração deste documento foram consultados essencialmente livros, manuais, artigos de imprensa e revistas da especialidade, indicados e disponibilizados pelos docentes ao longo do curso.

Capítulo I

Caraterização

da

Entidade de Acolhimento

1.1 Distrito da Guarda

O distrito da Guarda distribui-se por uma área de 5 535 Km² (6% da área de Portugal) e é constituído por 14 municípios: Aguiar da Beira, Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Meda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa (figura nº1).

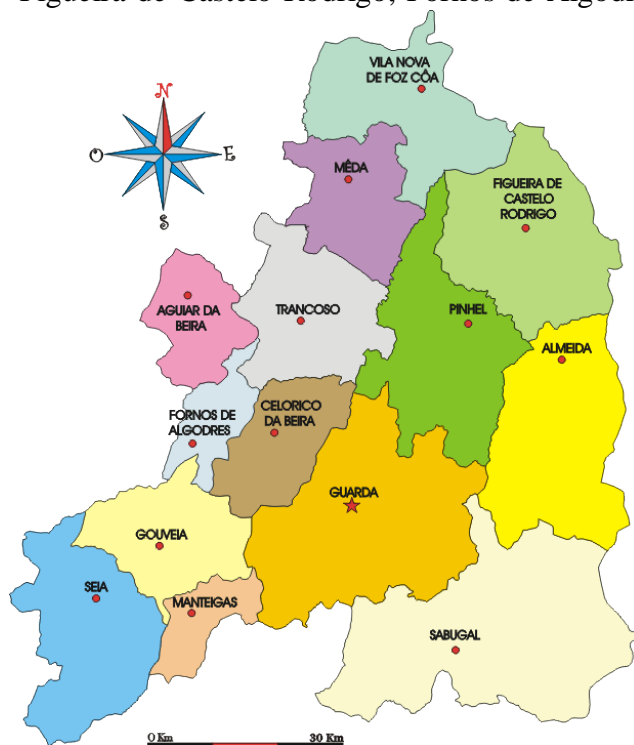


Figura nº 1-Mapa do Distrito da Guarda

Fonte: <https://freguesiadesantaefemia.wordpress.com>

Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa (figura nº1). É limitado a Norte pelo distrito de Bragança, a Sul pelo distrito de Castelo Branco, a Este por Espanha e a Oeste pelos distritos de Viseu e Coimbra. A sua capital é a Guarda. O distrito da Guarda é composto por 336 freguesias e nele estão implantadas 19 vilas e 8 das 151 cidades portuguesas: Guarda, Trancoso, Seia, Sabugal, Pinhel, Gouveia, Meda e Vila Nova de Foz Côa.¹

A cidade da Guarda pertence à sub-região Beiras e Serra da Estrela NUT II e apresenta uma população de cerca de 40408 mil habitantes, como podemos visualizar no quadro nº1. Em relação ao índice de envelhecimento, na cidade da Guarda o mesmo é alto com o valor de 177,9 (quadro nº 2).

¹http://www.ccdrc.pt/index.php?option=com_docman&view=download&id=1717&Itemid=739

Quadro Nº 1- População do Distrito da Guarda

População residente			
Anos	2001	2011	2016
Portugal	10 362 722	10 557 560	10.325.452
Beiras e Serra da Estrela	258 013	235 052	220.364
Guarda	43 811	42 371	40 408

Fonte:<http://www.podata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente-359>

Quadro Nº 2-Índice de envelhecimento da Guarda

Índice de envelhecimento			
Anos	2001	2011	2016
Portugal	101,6	125,8	148,7
Beiras e Serra da Estrela	173,5	227,3	263,6
Guarda	119,8	149,2	177,9

Fonte:<http://www.podata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

1.2 Abordagem histórica do Hospital Sousa Martins

Ligado ao nome do Hospital da cidade mais alta de Portugal está o Dr. Sousa Martins que, em 1881, ao fazer uma expedição à Serra da Estrela considerou este local ótimo para o tratamento da tuberculose. Em sua honra, e pela sua dedicação à causa da tuberculose, veio a ser dado a esse sanatório o nome “Sousa Martins”.

Sensibilizada pelos problemas da tuberculose em Portugal, a rainha D. Amélia permitiu e patrocinou a criação de um sanatório na Guarda e que foi inaugurado a 18 de maio de 1907, sendo o primeiro diretor o Dr. Lopo de Carvalho. Igualando-se este sanatório aos das famosas estâncias de cura da tuberculose pulmonar da Europa, entre elas a de Davos, na Suíça, para a época, o Sanatório Sousa Martins era considerado como uma moderníssima Unidade de Saúde, dotada de bastante conforto. Tinha capacidade para receber à volta de mil doentes distribuídos por pavilhões e acolhia pessoas de todos os níveis sociais (Figuras nºs 2 e 3).

Figura nº 3-Sanatório do Hospital Sousa Martins



Figura nº 2 Hospital Sousa Martins Atual



Fonte: <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/csh1/>

Com o decorrer dos tempos e com a descoberta dos antibióticos, a incidência da tuberculose foi diminuindo e deixando de ser um problema sério para a saúde pública. Os doentes passaram a ter a possibilidade de fazer tratamentos em casa. Assim sendo, a existência dos sanatórios deixou de ser pertinente, acabando mesmo por serem extintos a 5 de novembro de 1974.

Nas últimas décadas, a ULS Guarda funcionou como hospital distrital, com múltiplas especialidades. Em 2008, foi constituída a ULS Guarda E.P.E, tendo como atividade principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população.

Para além do Hospital de Sousa Martins, esta nova estrutura tutela o Hospital Nossa Senhora de Assunção, em Seia, e todos os Centros de Saúde do distrito, à exceção do de Aguiar da Beira (Anexo III).

1.3 Serviços prestados na Unidade Local de Saúde da Guarda

Os Serviços Clínicos deste Hospital encontram-se organizados em Departamentos, Serviços e Unidades, integrando Consultas Externas, Urgência, Internamento e Hospital de Dia.

Nas Consultas Externas estão disponíveis as seguintes especialidades:

- Anestesiologia;
- Cirurgia Geral;
- Dermatologia;
- Fisioterapia;
- Gastroenterologia;
- Ginecologia;
- Medicina;
- Neurologia;
- Ortopedia;
- Otorrino;
- Pneumologia;
- Obstetrícia;
- Oftalmologia.

No Serviço de Internamento, encontram-se as especialidades que se seguem:

- Cardiologia;
- Cirurgia Mulheres;
- Cirurgia Homens;
- Pneumologia;
- Ortopedia Mulheres;

- Ortopedia Homens;
- Ginecologia;
- UCIP- Unidade cuidados intensivos polivalente
- Medicina A;
- Medicina B;
- Obstetrícia;
- Otorrino/Oftalmologia;
- Psiquiatria;
- Pediatria;
- UCI-AVC;- Unidade de cuidados integrados- Acidentes vascular cerebral
- Gastroenterologia Mulheres
- Gastroenterologia Homens

1.4 Missão

A Missão da ULS Guarda E.P.E traduz-se na prestação de cuidados de saúde à comunidade, numa ótica de melhoria contínua, através da prossecução de padrões de excelência nos cuidados aos utentes, nomeadamente através de:

- a) Prestação da melhor qualidade de cuidados e serviços à comunidade, na prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias humanas;
- b) Cooperação e participação com os estabelecimentos de ensino superior, a nível regional, nacional e internacional, no apoio e fomento da educação dos profissionais de saúde, bem como, da investigação e pesquisa nas áreas clínicas;
- c) Atracção e manutenção de profissionais motivados e com elevadas competências técnicas;
- d) Participação ativa na comunidade envolvente, com vista ao incremento dos níveis de saúde e bem-estar dos atuais e potenciais utentes²

² <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/csh1/>

1.5 Valores

No desenvolvimento da sua atividade, a ULS Guarda E.P.E e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:

- **Qualidade:** excelência dos serviços prestados à população, garantindo as melhores práticas e competências, científicas e técnicas;
- **Humanismo:** respeito pela dignidade humana, procurando cuidados de saúde centrados nos doentes e nas suas necessidades, sem prejuízo dos direitos dos doentes e dos colaboradores internos;
- **Integração:** oferecer uma prestação de cuidados coordenados entre todas as unidades orgânicas que acrescente valor;
- **Acessibilidade:** assegurar a todos os doentes os cuidados necessários, no tempo e lugar adequados;
- **Sustentabilidade:** utilização dos recursos com eficiência, através de um posicionamento competitivo assente no médio/longo prazo.

No desenvolvimento da sua atividade, a ULS Guarda E.P.E e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes princípios:

- Legalidade;
- Igualdade;
- Proporcionalidade;
- Colaboração;
- Boa-fé.

1.6 Visão

A ULS Guarda E.P.E pretende constituir-se como uma organização de vanguarda e de referência na prestação de cuidados de saúde, sendo reconhecida por:

- Superar as expectativas dos utentes e profissionais, através de uma melhoria contínua da qualidade e de desenvolvimento do capital humano;

- Mobilizar o sistema organizacional segundo os princípios da estrutura em rede a fim de oferecer serviços de excelência assistencial, através de um foco integral no cidadão-utente;
- Promover a inovação e a participação na investigação, por intermédio de um desempenho dirigido à formação de profissionais da saúde em diferentes especialidades³

³ <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/csh1/>

Capítulo II

Envelhecimento e Gerontologia

1.1 Envelhecimento

O envelhecimento é composto por um processo biológico inevitável e caracterizado pelo declínio das funções fisiológicas.

Os aspetos biológicos do envelhecimento são: a senescência, o envelhecimento diferencial e o surgimento das principais alterações fisiológicas. Contudo, estas alterações acontecem conforme a vida de cada ser humano. Aspetos como o seu estilo de vida, a sua alimentação, o meio onde mora e convive pode alterar e/ou desenvolver aspetos biológicos diferentes de outros seres humanos.

O envelhecimento percetivo é muito diferencial. Algumas modalidades sensoriais como o olfato são pouco afetadas pela idade; ao contrário outras, como a audição, são gravemente afetadas. A senescência mais especificamente afeta essencialmente o equilíbrio, a audição e a visão.

“o envelhecimento foi também tema de preocupação para filósofos como Platão (427-347 a.C) que considera o envelhecimento uma continuidade dos jovens e adultos” (Sequeira, 2010: 9).

1.1.1 Envelhecimento Ativo

O termo “envelhecimento ativo”, adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no final dos anos 90, procura transmitir uma mensagem mais abrangente do *“Envelhecimento Saudável”* (Paúl e Ribeiro, 2011: 2) e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. A OMS relata que o envelhecimento ativo se aplica tanto aos indivíduos quanto aos grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida das pessoas, inclusive as que estão frágeis fisicamente, incapacitadas e que requerem cuidados.

1.1.2 Pilares do envelhecimento

Segundo a OMS, o envelhecimento ativo assenta em três pilares que são: Saúde, Segurança e Participação (Figura nº4).

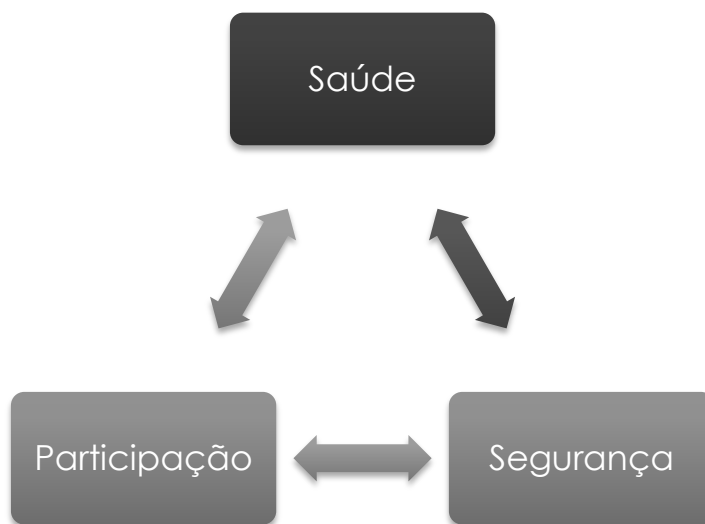


Figura nº 4- Pilares do Envelhecimento

Fonte: Ribeiro e Paúl (2011:4)

Relativamente à saúde, salientam-se os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crónicas e de declínio funcional que são mantidos baixos, e os fatores de proteção elevados, ou seja, as pessoas desfrutam maior quantidade e maior qualidade de vida. Poucos idosos precisam constantemente de tratamentos médicos e serviços. Aqueles que realmente precisam de assistência devem ter acesso a toda uma gama de serviços sociais e de saúde que atendam às necessidades e aos direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento.

No que respeita à participação social, o mercado de trabalho, o emprego, a educação, as políticas sociais e de saúde e os programas apoiam a participação integral em atividades socioeconómicas, culturais e espirituais, conforme os direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências. Os indivíduos continuam a contribuir para a sociedade com atividades remuneradas e não remuneradas enquanto envelhecem.

Na segurança, as políticas e os programas abordam as necessidades e os direitos dos idosos à segurança social, física e financeira. Ficam asseguradas a proteção, dignidade e assistência aos mais velhos que não podem mais se sustentar e proteger. As famílias e as comunidades são auxiliadas nos cuidados aos seus membros mais velhos.

1.1.3 Qualidade de vida dos Idosos

A qualidade de vida não se esgota no tempo. Muitas pessoas estão preocupadas e questionam-se sobre a melhor forma de ter uma boa qualidade de vida no presente. Contudo, a qualidade de vida deve também ser encarada como um objetivo futuro e duradouro. A longevidade é cada vez maior. Porém, por vezes, com uma qualidade de vida reduzida.

Muitos tratamentos médicos permitem-nos melhorar a nossa condição de saúde. Todavia, muitas vezes à custa de terapêuticas que nos debilitam e reduzem a qualidade de vida. Devemos, pois, procurar uma boa qualidade de vida em todas as fases da nossa vida, cientes de que é no idoso que, muitas vezes, observamos os maiores problemas.

Perante as alterações demográficas que se começaram a verificar, nos últimos tempos, em que a população está cada vez mais envelhecida, torna-se imperioso proporcionar aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida.

Mediante a subjetividade do conceito de qualidade de vida do idoso, torna-se necessário orientar as políticas para um envelhecimento bem-sucedido, o que para a maioria dos idosos está relacionado ao bem-estar, à felicidade e à realização pessoal.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,2005:2) a saúde é “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades*”.

Geralmente, saúde e qualidade de vida são dois temas muito relacionados, uma vez que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e esta é fundamental.⁴

⁴ <http://www.saudebemestar.pt/pt/blog-saude/qualidade-de-vida/>
<http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who>

1.2 O que é a gerontologia?

A preocupação com o envelhecimento humano sempre foi motivo de inquietações. O aumento da população idosa propulsionou a necessidade de estudos sobre o tema.

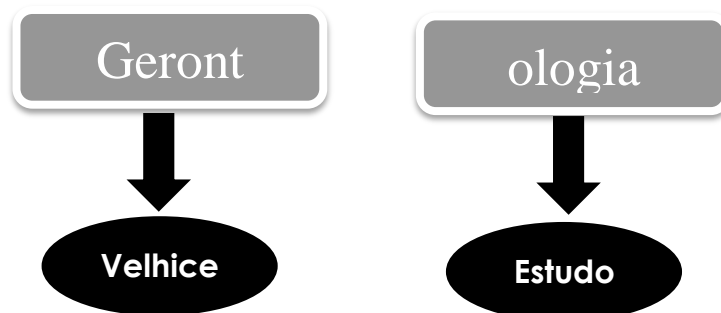


Figura nº 5 - Explicação de Gerontologia

Fonte:http://nuted.ufrgs.br/oa/ingeronto/gerontologia/ParaImprimir_Modulo1.pdf

A gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento nas suas diversas dimensões e tem como objetivo estudar as mudanças biológicas, psicológicas e socioculturais envolvidas no mesmo processo (Correia, 2006). Apresenta diferentes perspectivas e é considerada multidisciplinar, envolvendo vários técnicos (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros).

1.2.1 O técnico superior profissional de gerontologia

O técnico superior profissional de gerontologia contribui, de forma autônoma ou sob orientação, para o bem-estar da pessoa idosa, respondendo às suas necessidades cotidianas no que se refere ao estado de saúde, cognitivo e emocional, proteção e assistência social (Diário da República, 2.^a série — N.º 13 — 20 de janeiro de 2016, Aviso nº559/2016) (Anexo III).

As suas atividades principais são:

- a) Diagnosticar os impactos sociais, económicos e culturais do envelhecimento populacional na sociedade;
- b) Assegurar as necessidades fisiológicas básicas da pessoa idosa;

- c) Conceber e desenvolver ações de educação e saúde, respeitando a identidade social e cultural da pessoa idosa;
- d) Conceber e desenvolver projetos de animação, visando a estimulação das capacidades cognitivas, afetivas, sensoriais e motoras;
- e) Acompanhar e prestar apoio psicossocial à pessoa idosa;
- f) Assegurar a comunicação com a pessoa idosa, com a família, com a comunidade, organizações e instituições;
- g) Atuar em conformidade com as normas da instituição, de ética e deontologia;
- h) Organizar espaços, planejar e desenvolver sistemas administrativos com o objetivo de otimizar o funcionamento das instituições;
- i) Gerir recursos humanos e materiais de instituições para a pessoa idosa.

As aptidões e atitudes de um técnico superior profissional de Gerontologia são as que se seguem:

- a). Identificar, selecionar e analisar indicadores estatísticos da realidade demográfica do envelhecimento à escala regional e nacional;
- b). Propor a reorganização de espaços, criar um sistema administrativo e fazer planeamento de acordo com os recursos físicos e humanos existentes;
- c). Adequar os recursos humanos e materiais às necessidades do grupo com o qual está a trabalhar;
- d). Aplicar técnicas diferenciadas de comunicação;
- e). Promover o envelhecimento ativo da população idosa;
- f). Colaborar com equipas multidisciplinares na promoção da saúde;
- g). Selecionar as metodologias e as técnicas apropriadas aos contextos e públicos-alvo;
- h). Utilizar plataformas digitais que fomentem a integração e as dinâmicas de grupo;
- i). Planejar e acompanhar atividades de desenvolvimento pessoal e social para a pessoa idosa;
- j). Produzir e apresentar relatórios técnicos.

Atitudes:

- a). Demonstrar capacidade de aprendizagem contínua;
- b). Demonstrar capacidades de comunicação e de estabelecer relações com os clientes, fornecedores e outros prestadores de serviços;
- c). Demonstrar capacidade de trabalhar em equipa;
- d). Demonstrar capacidade de gerir as prioridades com flexibilidade na gestão do tempo;
- e). Demonstrar capacidade de resolução de problemas;
- f). Demonstrar capacidade de liderança;
- g). Demonstrar positividade e proatividade;
- h). Demonstrar autonomia na tomada de decisão;

Capítulo III

Estágio

1.1 Objetivos gerais e específicos

Apresentamos de seguida os objetivos gerais e específicos delineados para o estágio.

Objetivos Gerais

- a) Conhecer o funcionamento e a dinâmica do serviço;
- b) Cooperar com a equipa de profissionais de saúde desse serviço;
- c) Conhecer o público-alvo;
- d) Identificar circunstâncias e características do envelhecimento e os fatores que para isso cooperam;
- e) Aplicação dos conhecimentos adquiridos no período escolar em contexto hospitalar;
- f) Acompanhar, encaminhar a pessoa idosa em situações variadas (morte, reabilitação);
- g) Desenvolver as capacidades dos doentes e as atividades fundamentais na relação interpessoal;
- h) Adquirir e mostrar o autocontrolo emocional nas situações que se apresentam.

Objetivos Específicos

- a) Garantir a qualidade de vida de cada doente;
- b) Interação com os doentes do serviço;

1.2 Serviço de Medicina B

O Serviço onde o estágio se concretizou foi na Medicina B da ULS Guarda E.P.E na Guarda e localiza-se na parte mais antiga do Hospital. Durante o estágio houve uma mudança relativamente ao nome do serviço. Devido ao facto de passar a ter o mesmo Enfermeiro Chefe, este serviço passou a designar-se apenas Medicina, mas anteriormente era o sector B. O Serviço engloba (figura nº6):

- Gabinete da enfermeira/o chefe
- Copa
- Quartos (9 quartos com 4 pessoas cada, o quarto 5 é constituído por 2 quartos de isolamento com apenas uma pessoa e o quarto 8 está a ser contruído para ser outro de isolamento)
- Sala de Enfermagem
- Sala Técnica
- Quarto 18 (onde colocamos os cadáveres)
- Sala dos Médicos
- Quarto dos Médicos
- Sala dos Limpos (onde estão os rastadeiras, bacias, os sacos e os carros da volta)
- Sala dos Sujos (onde estão os sacos do lixo, roupa suja e onde despejamos as diureses)
- “*Stock*” (onde se encontra todo o material necessário)
- Sala do Equipamento (onde estão os monitores, elevador e as cadeiras de rodas)

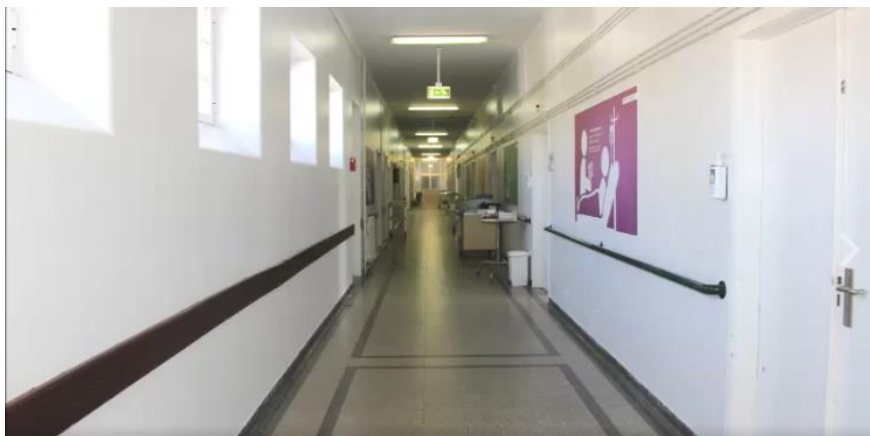


Figura nº 6 -Serviço Medicina B

Fonte: www.facebook.com/UnidadeLocalSaudeGuarda/

A equipa multidisciplinar do Serviço modifica de turno para turno. Em relação ao horário da manhã, que é das 8h às 16h encontram-se seis Enfermeiros, cinco Assistentes Operacionais e vários Médicos. Das 16h às 23:30h a equipa é formada por quatro Enfermeiros, duas Assistentes Operacionais e um Médico de urgência tal como de noite. O turno da noite é das 23:30h às 8h e conta com uma equipa já mais reduzida que é composta por três Enfermeiros, uma Assistente Operacional e um Médico.

1.3 Altas dos doentes

A alta hospitalar possibilita a partida do indivíduo do hospital, sendo um procedimento que abrange todas as formas pelas quais o paciente pode deixar o hospital. É consequente da vontade do médico, da vontade do próprio paciente ou, ainda, em resultado de morte. O planeamento da alta é um processo que se inicia no momento da admissão, continuando até ao momento da saída do doente (alta hospitalar).

A decisão da alta clínica compete ao médico responsável pelo doente, que deverá ser articulada com a equipa multidisciplinar. O plano de alta, realizado pelo enfermeiro, facilita uma configuração ordenada, tendo como objetivo incrementar determinados cuidados, atendendo às condições específicas de cada paciente.

No Serviço da Medicina B a maioria dos doentes eram idosos e após a alta eram transferidos para diversas respostas sociais para garantir a qualidade de vida, tal como estabelecido na Constituição da República Portuguesa “*As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.*” (CRP, Artigo 72º).⁵

⁵http://www.cmodivelas.pt/anexos/areas_intervencao/acao_social/rede_social/documentos/Guia%20Pr%C3%A1tico%20Respostas%20Sociais%20%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Adulto%20-%20Pessoas%20Idosas.pdf

1.3.1 Respostas sociais

Das várias respostas sociais existentes, destacamos aquelas a que recorremos mais durante o estágio e cujas finalidades passamos a apresentar.

O Lar de Idosos consiste num alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas em situação de risco de perda da sua independência ou autonomia (Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de Fevereiro). São seus objetivos:

- a) Acolher pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e /ou de saúde não lhes permita viver em casa;
- b) Prestar os cuidados adequados à satisfação das necessidades dos utentes, tendo em vista a manutenção da sua autonomia e independência;
- c) Proporcionar alojamento temporário como forma de apoio à família;
- d) Preservar e incentivar as relações familiares;⁶
- e) Encaminhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação.

As Residências Seniores são apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas com autonomia total ou parcial (Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de Fevereiro). Os objetivos são:

- a) Dar alojamento temporário ou permanente;
- b) Garantir às pessoas idosas uma vida confortável num ambiente calmo e humanizado;
- c) Prestar serviços adequados às necessidades das pessoas idosas;
- d) Estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento;
- e) Preservar e incentivar as relações familiares.⁷

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias (Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho). Têm direito aos cuidados continuados integrados as pessoas nas seguintes situações:

⁶http://www.cmodivelas.pt/anexos/areas_intervencao/acao_social/rede_social/documentos/Guia%20Pr%C3%A1tico%20Respostas%20Sociais%20%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Adultas%20-%20Pessoas%20Idosas.pdf

- 1) Dependência funcional temporária (por estar a recuperar duma doença, cirurgia, etc.);
- 2) Dependência funcional prolongada;
- 3) Idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença);
- 4) Incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social;
- 5) Doença severa, em fase avançada ou terminal.⁷

Os objetivos da RNCCI são:

- a) Melhorar as 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) Atuar através do apoio, do acompanhamento e do internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- c) Melhorar, de forma contínua, a qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- d) Apoiar os familiares, ou prestadores informais, na sua formação e qualificação para melhorar a prestação dos cuidados;
- e) Prevenir lacunas em serviços e equipamentos, em consequência da progressiva cobertura a nível nacional das necessidades das pessoas em situação de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

⁷ <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>

2 Rotina Diária

Para completar as 750 horas propostas pelo curso, foi a partir de um horários estipulados de uma assistente operacional.(Anexo IV)

O Turno da manhã, que decorre das 8 h às 16h, começa às 8h com a chamada “passagem do turno” para as pessoas que vão fazê-lo. Neste momento, os profissionais que fizeram o turno anterior (o da noite) passam todas as informações respeitantes ao que ocorreu no seu turno. De seguida, começamos com as higiene aos doentes com o auxílio da cadeira de banhos, com o respetivo material necessário. Aos doentes acamados, a higiene é feita por uma auxiliar e um enfermeiro na cama com uma bacia com água, gel de banho e esponjas.

Às 9h começamos a servir o pequeno-almoço aos doentes. Caso esteja na função da copa, à mesma hora distribuímos o mesmo com a respetiva identificação nas etiquetas e plano, verificando sempre se está correto. Por volta das 12h 30m, com os enfermeiros responsáveis pelos quartos, “damos a volta”, onde mudamos a fralda, caso necessário. Também, se for preciso, deitamos os doentes na cama. Após isso, tiramos as diureses aos doentes que estão algaliados, apontando logo a seguir esta informação no documento apropriado (Anexo IV). Se as tarefas que nos foram destinadas forem na copa, nesse período retiramos os lixos da sala técnica e dos carros da medicação.

A partir das 14h a auxiliar/assistente operacional que está na copa limpa o chão do corredor antes de chegarem as visitas e as restantes auxiliares aguardam que as visitas entrem a partir das 14h 30m. Cada auxiliar fica responsável pelo seu quarto para fazer o controlo de visitas, verificando se estão mais de duas pessoas a visitar o doente. Às 15h30m chega o lanche e servimo-lo aos pacientes.

A pessoa que ficar na copa durante o turno, tem a responsabilidade de levar as colheitas seja de sangue, urina, entre outras, ao laboratório e ir buscar a medicação pedida pelos enfermeiros. Existe uma exceção aos fins-de-semana em que vai buscar as cassetes da medicação para o dia e também é responsável por ir buscar e distribuir as águas para os doentes. Todas a segundas-feiras, tem de ir ao arsenal buscar o material em falta para a semana (seringas, soros, sondas entre outros).

No turno da tarde (16h às 23h30m), começa-se às 16h com a “passagem de turno”, exatamente como no turno da manhã. Após isso, distribuímos um conjunto que é constituído por fralda, esponjas e lençóis para cada um dos doentes. Caso os lanches não

tenham chegado no turno da manhã, uma auxiliar acaba a distribuição, enquanto a outra serve os lanches.

Ao concluir aquela tarefa, começamos a “dar a volta” pelos quartos dos doentes, verificando se necessitam de mudar a fralda. Também efetuamos os posicionamos, ou seja, caso estejam sentados perguntamos se querem continuar assim ou deitar-se. Neste turno, a profissional que se encontra na copa também ajuda na “volta”, mas caso haja necessidade de ir a farmácia ou ao laboratório é essa pessoa que se desloca.

Às 18h as visitas começam a entrar. A partir das 19 h chega o jantar e começamos logo a servi-lo a quem necessita. Conjuntamente com o jantar chegam as ceias, que são servidas à hora fixada para tal. Logo após o jantar, damos a segunda “volta”, repetindo o mesmo percurso e funções como na primeira.

No intervalo entre as 21h e as 22h, os enfermeiros distribuem a medicação, enquanto as auxiliares/assistentes operacionais, onde me incluo, repõem o *stock* (seringas, cateteres, lancetas, soros, entre outros) para as colegas que vêm fazer o turno da noite e outra ia apontando na respetiva folha de preenchimento de diureses o respetivo valor (anexo IV). Após os enfermeiros acabarem a distribuição e administração dos medicamentos, retira-se os lixos dos carros utilizados.

Por volta das 22h e 30m fornecemos a ceia, em que os pacientes “pastosos” comem iogurtes e os “gerais” comem bolachas, com leite ou chá ou mesmo iogurte. Às 23h e 30 min damos por concluído o turno.

O turno da noite, das 23h 30m às 8h começa também com a “passagem de turno”. Antes da “volta” pelos quartos, verificamos se o *stock* foi repostado. Caso não tenha sido repostado, repômo-lo e colocamos os sacos necessários no varão (sacos pretos, brancos e cinzentos).

Por volta das 00h dá-se a primeira “volta” pelos quartos. Muda-se as fraldas e posicionam-se os clientes/utentes e aplica-se a sonda aos utentes com sonda nasogástrica o que é a responsabilidade dos enfermeiros.

Às 6h efetua-se a segunda “volta”, onde se mudam as fraldas, posicionam-se os utentes e despejam-se e anotam-se as diureses. No final limpam-se os carros da medicação, retirando os lixos e repõe-se o material necessário no carro da volta. As 8h termina o turno.







De acordo com o que referi anteriormente, elaborei um cronograma com as atividades realizadas nos três tipos de turno durante o período de estágio curricular (quadro nº 3).

Quadro N° 3- Cronograma das atividades realizadas

	<u>Turno da Manhã</u>	<u>Turno da tarde</u>	<u>Turno da Noite</u>
<u>8h</u>			
<u>8:30Hh</u>			
<u>11h</u>			
<u>12h</u>			
<u>13:30h</u>			
<u>14:30h</u>			
<u>15:30h</u>			
<u>16H</u>			
<u>16:30h</u>			
<u>17h</u>			
<u>18h</u>			
<u>18:30h</u>			
<u>19h</u>			
<u>21h</u>			
<u>22h</u>			
<u>23:30</u>			
<u>00h</u>			
<u>3h</u>			
<u>6h</u>			
<u>7h</u>			

Fonte: Própria

Legenda

-  Horário da refeição
-  Passagens de turno, conclusão do turno
-  Despejar as diureses
-  Higiene aos doentes
-  “Voltas” com o auxílio dos enfermeiros
-  Distribuição do material necessário para as higiene

2.1 Higienização das instalações

No serviço em questão as assistentes operacionais são as principais responsáveis pela higienização dos quartos. Todas as manhãs, após o término das higienes aos doentes, começa-se com a limpeza de cada mesinha de cabeceira, camas e rampas, ou seja, tudo o que pertence ao doente no período de internamento, sempre com os produtos adequados (figura nº7).

Em relação aos quartos infetados, fazemos exatamente o mesmo processo, mas com o produto de limpeza diferente (Figura nº8). A diferença desses quartos é que as empregadas de limpeza não entram para limpar. Por isso mesmo, somos “nós” assistentes operacionais que ficamos responsáveis também pela limpeza do chão. Utilizamos um balde de água com as pastilhas desinfetantes (Figura nº9). No final da limpeza, o lixo infetado é colocado nos potes amarelos junto com o lixo dos carros da medicação. Já no pote vermelho colocamos os potes de corte, perfurantes, que após estarem cheios são levados para o local próprio.

Caso fosse necessário desinfetar algum cadeirão ou equipamento como os monitores era utilizado o tuffi (figura nº10).

Para uma melhor higiene e desinfeção existem as seguintes regras gerais:

- Panos verdes para limpar as copas
- Panos azuis (limpar os restantes)
- Panos brancos (limpar os Infetados)



Figura nº 7- Multi superficie

Fonte:<https://www.higimaia.com/produtos/detergentes/multisuperficies/multisuperficies-agisol/>



Figura nº 8- Anios

Fonte: <http://polypharma90.com/en/surfaces-treatment/44-anios-ddsh-750-ml.html>



Figura nº 9- Tuffie

Fonte: <http://www.efap.com.au>



Figura nº 10-Pastilhas desinfetantes

Fonte:http://www.promedes.cl/opencart2/upload/index.php?route=product/product&product_id=118

- Sacos do lixo pretos para lixo geral
- Sacos cinzentos para a roupa suja
- Sacos do lixo brancos para lixo contaminado
- Sacos laranja para a roupa infetada
- Potes vermelho - colocar os cortantes como, por exemplo, frascos de vidro da medicação
- Potes amarelos - colocar o lixo infetado

2.2 Tipos de posicionamentos

Para os doentes que estão no período de acamamento, um bom posicionamento é uma mais-valia, pois irá facilitar a manutenção da integridade da pele, da força muscular e do movimento.

Quando o posicionamento não é o mais adequado pode-se criar úlceras de pressão (úlceras do decúbito ou escara), que são lesões cutâneas produzidas devido a pressão sobre o colchão, cadeira de rodas ou outro objeto rígido durante esse período de tempo. As pessoas acamadas devem ser mudadas de posição de 2 em 2 horas, Os posicionamentos mais comuns são decúbito dorsal, decúbito lateral e decúbito semi lateral. Quando estamos a realizar um tipo de decúbito devemos ter sempre almofadas, para pormos nas partes mais suscetíveis a pressão.

Localizações mais comuns das úlceras de pressão

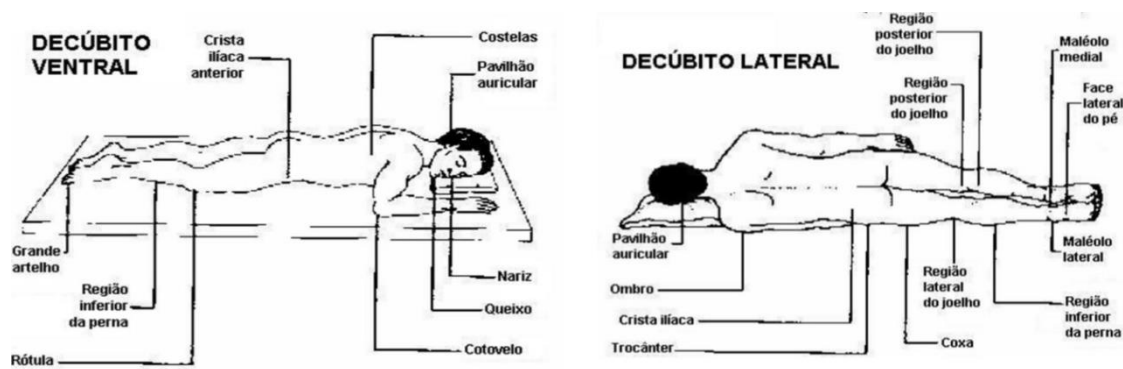


Figura nº 11- Locais onde pode aparecer úlceras de pressão

Fonte: <http://ulcerap.blogspot.pt/>

Decúbito dorsal – DD;



Figura nº 12-Decúbito dorsal

Fonte: caminhoscomplementares.blogspot.com

- a) O procedimento e solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades;
- b) Explicar a pessoa em questão o que iremos fazer;
- c) Caso esteja acamado ter sempre cuidado com a roupa da cama enrodilhada;
- d) Posicionar a pessoa de forma que fique centrada na cama;
- e) Colocar almofada para apoio da cabeça e nos pés, conforme a figura nº13;
- f) Posicionados ao longo do corpo com os cotovelos em extensão.

Decúbito semidorsal (direito/esquerdo) – DSD (D/E):

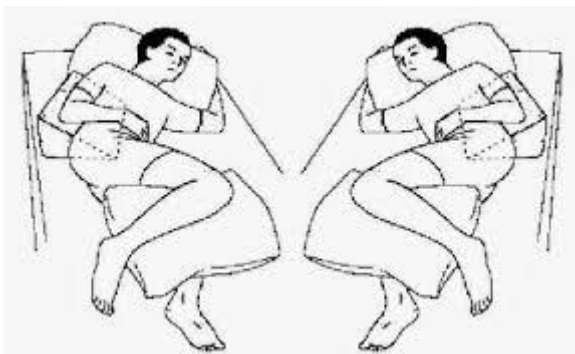


Figura nº 13- Decúbito semidorsal

Fonte:<http://www.concursoefisioterapia.com/2009/07/ulceras-de-pressao.html>

- a) O procedimento e solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades;
- b) Explicar à pessoa em questão o que iremos fazer;
- c) Caso de acamado ter sempre cuidado com a roupa da cama enrodilhada;
- d) Colocamos a pessoa mais a beira da cama para que possa viras seja para o lado direito ou esquerdo;
- e) Colocamos almofadas na cabeça, na coluna e nos membros superiores, ou seja na zona dos joelhos;
- f) Ter sempre muito cuidado se o braço do lado que ficou virado não fica de baixo do tronco para garantir o conforto da pessoa, conforme a figura nº14 (Carinhas, *et al.*, 2013).

Decúbito lateral (direito/esquerdo) – DL (D/E):

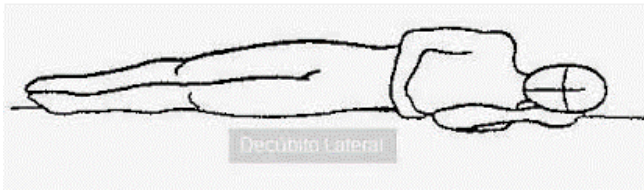


Figura nº 14-Decubito Lateral

Fonte: <http://3.bp.blogspot.com/>

- a) O procedimento e solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades;
- b) Explicar a pessoa em questão o que iremos fazer;
- c) Caso de acamado ter sempre cuidado com a roupa da cama enrodilhada;
- d) Posicionar a pessoa de forma que fique centrada na cama;
- e) Posicionar a cabeça sobre a almofada, que deve ter a mesma altura que a distância do ombro ao pescoço, conforme a figura nº14.

2.3 Higiene aos doentes

O banho do duche, só é efetuado ao doente caso não haja qualquer tipo de restrição em contrário e, caso seja possível, o banho é dado no leito. A partir do momento em que o doente consiga ajudar no levantar, é dado banho no duche. Este método é o melhor para garantir uma boa higiene. Os procedimentos são os seguintes (Fonseca, 2013):

- 1) Higienizar as mãos e calçar as luvas, colocar máscara e o avental descartável;
- 2) Explicar o procedimento ao paciente;
- 3) Identificar se há restrições/limitações na atividade física do paciente;
- 4) Evitar corrente de ar, fechando janelas e portas;
- 5) Eliminar todos os obstáculos existentes na casa de banho;
- 6) Preparar todo o material necessário como toalha, pijama ou camisa de dormir, fralda e esponjas e levar para a casa de banho;
- 7) Regular a temperatura da água;
- 8) Não deixar o doente sozinho;
- 9) Auxiliar sempre a pessoa durante o banho;
- 10) Ao lavar, começar sempre pela parte mais limpa para a mais suja, que são os genitais e o anal;
- 11) Secar muito bem principalmente as dobras como o cotovelo, joelhos, axilas e virilhas;
- 12) Hidratar a pele com creme hidratante e de seguida vestir o doente
- 13) Por fim pentear

Os Materiais utilizados no banho de duche podem ser observados na figura nº 15



Figura nº 15-Material de higiene no duche

Fonte: <http://ortogil.pt/pt/ms/ms/higiene-6300-864-guarda/ms-90043996-p-12/>

: <http://4.bp.blogspot.com>

Relativamente ao banho do leito, tem como objetivo realizar a higiene corporal no paciente acamado, a inspeção da pele e mucosas. O processamento é o que a seguir se indica:

- 1) Higienizar as mãos e calçar as luvas;
- 2) Explicar o procedimento ao paciente;
- 3) Identificar se há restrições/limitações na atividade física do paciente;
- 4) Reunir os materiais e encher a bacia com água morna;
- 5) Evitar corrente de ar, fechando janelas e portas;
- 6) Abaixar as grades laterais mais próximas e auxiliar o cliente a posicionar-se próximo ao lado da cama onde irá estar. Manter o paciente em decúbito dorsal;
- 7) Retirar os travesseiros, ou outros materiais em contacto com o doente;
- 8) Proporcionar privacidade e manter sempre um lençol em cima do paciente;
- 9) Desprender a roupa de cama;
- 10) Limpar os olhos do paciente no sentido do canto interno para o externo;
- 11) Lavar o doente sempre da parte mais limpa (cara) para a parte mais suja (rabo)

- 12) Limpar sempre muito bem a parte das pregas como as axilas e as virilhas para não causar qualquer tipo de feridas;
- 13) Hidratar a pele do paciente, fazendo massagem com movimentos circulares ou longitudinais, sem fricção;
- 14) Trocar as roupas da cama do cliente, conforme a técnica de arrumação de cama e colocar fralda descartável (se necessário) ou calcinha/cueca;
- 15) Vestir o paciente com camisola ou pijama;
- 16) Pentear os cabelos do cliente (a lavagem dos cabelos pode ser feita antes ou após a higiene do corpo). Inspeccionar as regiões de proeminências ósseas para avaliar a integridade do couro cabeludo;
- 17) Limpar, cortar ou aparar as unhas, se necessário;
- 18) Por fim higienizar a boca (*tantun* verde e uma escova).

Os Materiais do banho no leito podem ser observados na figura nº16.



Figura nº 16- Material do banho no leito

Fonte: <http://4.bp.blogspot.com>

<http://appsisecommerces3.s3.amazonaws.com>

2.4 Dietas dos doentes

Os horários das refeições no Hospital constam no quadro nº 4. São sempre cumpridos, pelo facto de a maioria dos doentes ser pessoas idosas, não podendo estar muitas horas sem comer devido às suas patologias.

Horas	Refeição
8.30h	Pequeno-Almoço
12h	Almoço
15:30h	Lanche
19h	Jantar
22h	Ceia

Quadro nº 4- horário das refeições

Fonte: Própria

Cada doente internado tem um tipo de dieta, em função do respetivo problema de saúde de cada um. Os tipos de dietas mais frequentes são (anexo V):

A Dieta Normal ou Geral em que o utente pode comer de tudo, sem qualquer tipo de restrições. Normalmente esta dieta já tem pouco teor gorduras e açúcar.

A Dieta Pastosa que apresenta algumas restrições devido ao facto do doente em questão ter problemas de aglutinação. Por isso mesmo, as refeições vêm moídas ou batidas ou em puré. Na ULS Guarda E.P.E, normalmente ou vem peixe ou carne moída, acompanhando com sopa e fruta batida, e no pequeno-almoço e lanche papas Maizena.

A Dieta Pastosa Hipo glucídica é igual à dieta pastosa, mas com exceção do pequeno-almoço e o lanche, em que as papas vêm sem teor de açúcar.

A Dieta a partir de sonda Naso gástrica, ou seja, Sonda/Sonda Hipo glucídica que só é colocada quando o doente não come ou se encontra em estado vegetal, como coma. Nesta dieta é dado suplementos que contêm todos os nutrientes necessários a uma refeição.

A Dieta Líquida facilita a mastigação, deglutição e digestão. É aconselhável que seja por pouco tempo de uso e é dividida em dieta líquida (à base de chás, sumo de frutas e gelatinas para proporcionar líquidos). Este tipo de dieta deve ser complementado nutricionalmente para atingir a satisfação calórica, pois é uma dieta pobre em nível de nutrientes.

3 Caracterização do Público-alvo

O público-alvo com quem trabalhei ao longo dos quatro meses de estágio foram doentes com idades compreendidas entre os 18 e os 100 anos. Todos pertenciam ao distrito da Guarda e tinham diversas patologias, mas as mais frequentes eram o Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a Cirrose Hepática, o Cancro, as Demências Alzheimer e Parkinson e doenças a nível gastrointestinal. Durante o estágio, houve três casos inéditos: o primeiro foi um rapaz de 24 anos e o segundo foi uma rapariga de 19 anos em que ambos tinham tido uma embolia pulmonar, por terem uma mutação genética e, por último, uma rapariga a quem foi diagnosticado Lúpus.

Quanto aos doentes idosos que davam entrada no Serviço, muitos deles vinham de diversas respostas sociais, tais como: lares, unidades de cuidados continuados, residências seniores, entre outras. Por conseguinte, no Relatório apresentamos apenas, as patologias mais frequentes.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) “é uma doença pulmonar que obstrui as vias aéreas, tendo dificuldade de respirar. Esta patologia refere-se a um grupo de doenças pulmonares como a bronquite crónica e enfisema” (Eliopoulos, 2011:)

A bronquite crónica (Figura nº 17) é uma inflamação nos brônquios enquanto o enfisema é a perda de elasticidade nos alvéolos

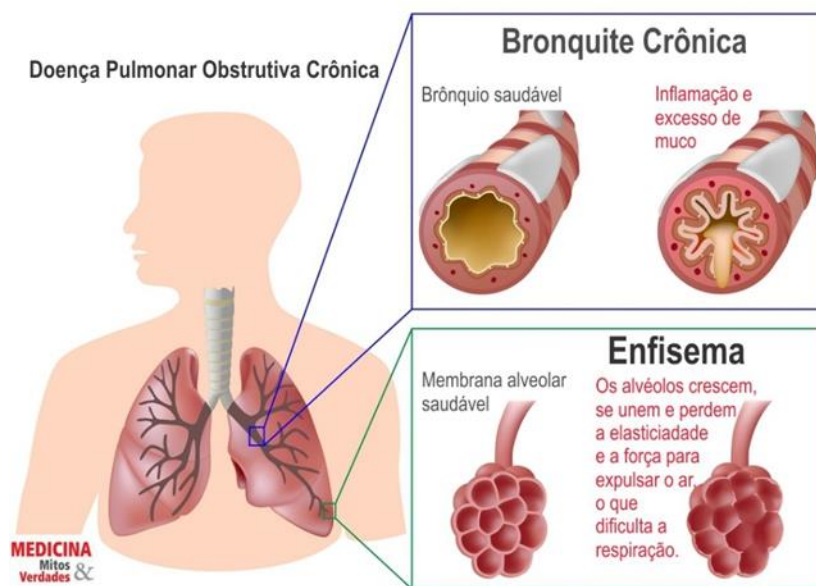


Figura nº 17- Doença pulmonar obstrutiva crónica

Fonte: <http://imgur.com/hplojaz>

Existem três fatores principais que estão associados ao risco de vir a desenvolver a doença pulmonar obstrutiva crónica e que são os seguintes: o tabaco (entre 80 a 90% dos casos); a exposição a gases, poeiras ou produtos químicos poluentes no contexto de uma atividade profissional e a história familiar (problema hereditário).

Na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), os sintomas surgem lentamente e pioram de forma gradual e progressiva, sobretudo se o doente continuar a ter o estilo de vida que tinha como fumar. Os principais sintomas são: tosse crónica; pieira; dificuldade em respirar (dispneia) durante o esforço (por exemplo, ao subir escadas); limitação para o exercício físico e cansaço.⁸

O Cancro é uma doença na qual as células do nosso organismo, por terem sofrido mutações no seu DNA, se dividem sem controlo e adquirem propriedades durante esse processo de divisão descontrolada de invadir outros tecidos e de não morrer. As células de cancro têm a capacidade de se espalharem pelo organismo usando os sistemas circulatório e linfático, dando origem a metástases. As células cancerosas são débeis e tem menor índice reprodutor do que as células sãs do nosso corpo: *“O cancro é a segunda causa de morte na população idosa, sendo responsável por 20% das mortes neste grupo etário”* (Correia, 2006:197).⁹

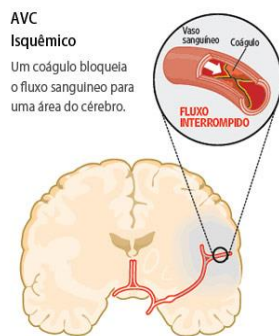
O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é umas das doenças mais frequentes nas pessoas idosas, mas hoje em dia têm aparecido cada vez mais casos em jovens. *“O acidente vascular cerebral é a terceira principal causa de mortalidade nos países industrializados, as pessoas que sofrem de hipertensão, que tenham antecedentes familiares de doenças cardíacas e AVC.”* (Cawood,1999: 45). Um AVC ocorre quando o fornecimento de sangue a uma parte do cérebro é impedido por uma obstrução, que se designa de AVC Isquémico.¹⁰

⁸ <https://www.saudecuf.pt/mais-saude/artigo/dpoc-sabe-o-que-e>

⁹ <https://www.saudecuf.pt/oncologia/o-cancro/o-que-e-o-cancro>

¹⁰ <http://www.associacaoavc.pt/Informacao/Menu2/Page2.php>

O AVC Isquêmico (AIT) (figura nº 18) acontece quando um coágulo bloqueia a artéria que transporta o sangue para o cérebro. Pode ser provocado por:

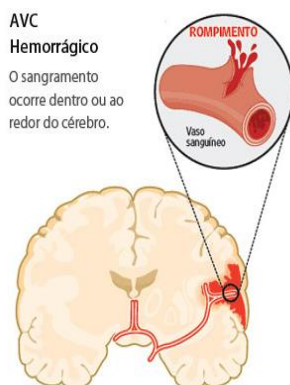


- Uma trombose cerebral, quando um coágulo de sangue se forma numa artéria principal em direção ao cérebro.
- Uma embolia cerebral, quando o bloqueio causado pelo coágulo, glóbulo de gordura (embolismo) se forma num vaso sanguíneo em alguma parte do corpo e é levado na corrente sanguínea para o cérebro

Figura nº 18- AVC Isquêmico

Fonte: <http://uploads.consultaremedios.com.br.s3.amazonaws.com>

O AVC hemorrágico (figura nº 19) é um derrame, quando um vaso sanguíneo sofre uma ruptura, causando assim uma hemorragia e pode ser provocado por:



- Uma hemorragia intra-cerebral,
- Uma hemorragia subaracnóidea
- AVC hemorrágico pode ser causado a partir de um AIT¹¹

Figura nº 19- AVC Hemorrágico

Fonte: <http://uploads.consultaremedios.com.br.s3.amazonaws.com>

¹¹ <http://www.associacaoavc.pt/Informacao/Menu2/Page2.php>

Os sintomas de um AVC incluem: paralisia num lado do corpo; fraqueza num lado do corpo; problemas de comunicação e perda de visão ou visão turva.

No que diz respeito às demências mais frequentes, *“A doença de alzheimer é uma doença do sistema nervoso central que manifesta predominantemente após os 65 anos de idade por demência, devido a perda de várias faculdades mentais que interferem nas atividades da vida diária. O maior fator de risco desta doença é a idade e o estilo de vida de cada um”* (Garrett, 2007: 7).

Já *“A doença de Parkinson é uma degeneração de algumas partes do sistema nervoso que causa tremores quando os músculos se encontram em repouso. Os movimentos tornam-se lentos e descoordenados tornando-se rígidos e tensos”* (Beers, M, 2006:351) A doença de Parkinson afeta uma em cada cem pessoas com mais de 65 anos. Nesta doença os gânglios basais degeneram.

Estes são células nervosas localizadas no encéfalo o que tem como missão realizar os movimentos coordenados.

O Lúpus é uma doença autoimune, em que o sistema imunitário é constituído pelas células, como os linfócitos e mediadores como os anticorpos. Normalmente protege o nosso corpo, se vira contra si próprio e o ataca, provocando inflamação e alteração da função do sistema afetado. A inflamação provoca dor, calor, vermelhidão e inchaço. Não existe causa conhecida de lúpus e não existe cura para esta doença.

O lúpus é uma doença crónica, ainda que existam fases em que a doença se encontre inativa e fases de surto, em que a doença está reativa. O lúpus pode associar-se a complicações graves mas, de um modo geral, os tratamentos disponíveis permitem uma boa qualidade de vida ao indivíduo. O sexo feminino é o mais afetado. As idades mais frequentes para o início do lúpus são entre os 18 e os 55 anos. ¹².

Esta doença existe duas formas, o lúpus eritematoso sistémico (LES) e o lúpus discóide. O LES é uma doença mais generalizada, que afeta qualquer órgão ou sistema do corpo. O Lupus discóide é uma forma de Lupus que atinge só a pele, discóide que significa “em forma de disco” e descreve as lesões cutâneas.

¹² <https://www.saudecuf.pt/mais-saude/doencas-a-z/lupus>

Reflexão final

Após o término do período de estágio é chegado o momento de fazer um balanço do que foi esta experiência de quatro meses a trabalhar numa Unidade Local de Saúde (Hospital).

Para primeiro contacto na ULS Guarda E.P.E, foi uma experiência bastante satisfatória, pois conheci e convivi com diferentes tipos de pessoas, seja funcionários ou doentes com diversas patologias e, sem sombra de dúvida, superou as minhas expectativas. Os objetivos propostos para o meu estágio foram todos cumpridos. Apesar de ser um grande desafio, e por vezes um pouco complicado de gerir a nível emocional, devo dizer que lidar com a população idosa é com toda a certeza muito gratificante e enriquecedor.

Efetuei o trabalho proposto com enorme satisfação, visto que já há algum tempo desejava ter este tipo de experiência laboral. Além disso, considero que aprendi muito com as atividades realizadas, aperfeiçoando conhecimentos, aptidões e atitudes.

Durante o estágio houve ainda a oportunidade de refletir sobre uma situação que julgo que poderia ter sido mudada e que se liga ao facto dos doentes independentes estarem separados dos doentes dependentes. Na minha modesta opinião, deviam ser colocados juntos para que houvesse interação entre eles e conseguissem passar o tempo da melhor forma possível embora, segundo as regras estabelecidas no Serviço, isso não seja possível.

Termino com a convicção de que tudo no estágio correu bem. Conheci pessoas novas. Aprendi bastante sobre diversos assuntos, outras formas de trabalhar e de controlar as emoções e, sem precisar de pensar muito, posso afirmar que não descartaria uma oportunidade de trabalhar novamente neste contexto hospitalar no futuro próximo.

Bibliografia

- Beers ,M (2006). *Manual Merck Geriatria*. Barcelona: Oceano.
- Carinhas, M. *et al.* (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cawood, F (1999). *Como cuida do coração e das artérias*. s.e, Editorial Estampa.
- Correia, C (2006). *Introdução à gerontologia*. Lisboa: Graforim.
- Eliopoulos, C. (2011). *Enfermagem Gerontológica São Paulo*, Artimed,
- Fonseca, E. (2013). *Cuidado de higiene Banho: significado nos cuidados de enfermagem. Perspetiva dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Garrett, A (2007). *Alzheimer*. Lisboa: Edição e Conteúdos.
- Martins, S. (2009) *O banho no leito em contexto de internamento hospitalar vivência da pessoa idosa* (Dissertação de Mestrado). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Miranda, J e Silva, J (2006), *Constituição da República Portuguesa*, Estoril, principia editora
- Oliveira, J (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis.
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Editora Clube de Autores,
- Ribeiro, O e Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Lisboa: Lidel.
- Ponce, P (2006). *Manual de urgência e emergência*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C (2010). *Cuidar de idoso com dependência física e mental*. Lousã: Lidel.

Sousa, L, Relvas, A e Mendes, A (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.

Webgrafia

Sites:

<http://www.ulsguarda.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/csh1/>
(Dia:16/02/2017)

<http://www.ulsguarda.min-saude.pt/institucional/organograma/> (Dia:16/02/2017)

http://www.ccdrc.pt/index.php?option=com_docman&view=download&id=1717&Itemid=739 (Dia:16/02/2017)

<http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Quadro>
(Dia:16/02/2017)

http://nuted.ufrgs.br/oa/ingeronto/gerontologia/ParaImprimir_Modulo1.pdf
(Dia:25/02/2017)

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
(Dia:30/04/2017)

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2535374/.../Roteiro_Banho_no_Leito.pdf
(Dia:10/05/2017)

https://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/pt_wtnd_2009/pt_wtnd_2009_24.pdf
(Dia:17/06/2017)

<https://www.saudecuf.pt/mais-saude/artigo/dpoc-sabe-o-que-e> (Dia:20/06/2017)

<http://www.oncomais.pt/cancro/tipos-de-cancro> (Dia:22/06/2017)

<https://www.saudecuf.pt/oncologia/o-cancro/o-que-e-o-cancro> (Dia:22/06/2017)

<http://www.associacaoavc.pt/Informacao/Menu2/Page2.php> (Dia:23/06/2017)

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
(Dia:25/06/2017)

<https://www.saudecuf.pt/mais-saude/doencas-a-z/lupus> (**Dia 30/06/2017**)

<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6631/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sara%20Ramos%2024-06-2015.pdf?sequence=1> (**Dia 09/07/2017**)

http://www.cmodivelas.pt/anexos/areas_intervencao/acao_social/rede_social/documentos/Guia%20Pr%C3%A1tico%20Respostas%20Sociais%20%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Adulta%20-%20Pessoas%20Idosas.pdf (**Dia 09/07/2017**)

<http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci> (**Dia 09/07/2017**)

Figuras:

<https://freguesiadesantaefemia.wordpress.com>

<http://www.ulsguarda.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/csh1/>

http://nuted.ufrgs.br/oa/ingeronto/gerontologia/ParaImprimir_Modulo1.pdf

www.facebook.com/UnidadeLocalSaudeGuarda/

<http://polypharma90.com/en/surfaces-treatment/44-anios-ddsh-750-ml.html>

<https://www.higimaia.com/produtos/detergentes/multisuperficies/multisuperficies-agisol/>

<http://ortogil.pt/pt/ms/ms/higiene-6300-864-guarda/ms-90043996-p-12/>

<http://4.bp.blogspot.com>

<http://4.bp.blogspot.com>

<http://appsisecommerces3.s3.amazonaws.com>

<http://imgur.com/hplojaz>

<http://www.efap.com.au/>

http://www.promedes.cl/opencart2/upload/index.php?route=product/product&product_id=118

<http://ulcerap.blogspot.pt/>

caminhoscomplementares.blogspot.com

<http://www.concursoefisioterapia.com/2009/07/ulceras-de-pressao.html>

<http://www.concursoefisioterapia.com/2009/07/ulceras-de-pressao.html>

<http://uploads.consultaremedios.com.br.s3.amazonaws.com/>

<http://uploads.consultaremedios.com.br.s3.amazonaws.com/>

Anexos

Lista de anexos

Anexo I- Plano de estágio

Anexo II- Decreto lei do curso técnico superior de Gerontologia

Anexo III-Organograma da ULS Guarda

Anexo IV- Folha de preenchimento das diureses

Anexo V - Folha das dietas dos utentes

Anexo VI- Horário de trabalho de cada Mês

Anexo I-Plano de estágio

PLANO DE ESTÁGIO

Cursos de Especialização Tecnológica (CET)
Cursos Técnicos Superiores Profissionais (CTeSP)
Licenciaturas
Mestrados

MODELO

GESP.004.03

Este documento é um complemento do formulário GESP.003 - Convenção de Estágio.

Escola: ESECD ESS ESTG ESTH

Tipologia do Estágio:

Curricular Extracurricular Outro: _____

Ao abrigo de protocolo ou especificidade formativa? Sim. Qual? _____

1. DADOS RELATIVOS AOS INTERVENIENTES NO ESTÁGIO

Estudante: Joana Ferreira da Costa N.º 5008583

Docente orientador: Maria de Fátima Saraiva da Silva Costa Bento

Supervisor: Enfermeiro Chefe Davicle Coutinho

2. PLANO DE ESTÁGIO

Objetivos Gerais

- Conhecer o funcionamento e a dinâmica do serviço;
- Cooperar com a equipa de profissionais de saúde deste serviço;
- Conhecer o público alvo;
- Identificar circunstâncias e características do envelhecimento e os fatores que para isso cooperam;
- Aplicação dos conhecimentos adquiridos no período escolar em contexto hospitalar;
- Acompanhar/encaminhar a pessoa idosa em situação variada (morte, reabilitação);
- Desenvolver as capacidades das doentes e a atividade fundamental na relação interpessoal;
- Adquirir e manter o auto-controle emocional nas situações que se apresentarem.

Objetivos Específicos

- Garantir a qualidade de vida de cada doente;
- Participar no apoio psicossocial dos doentes (cuidados de higiene e pessoais, nutrição e alimentação);
- Demonstrar a interação com os doentes do serviço.

3. ASSINATURAS

O Estudante

O Docente Orientador

O Supervisor

02/06/2017
Data

02/06/2017
Data

01/06/2017
Data

Joana Ferreira Costa
(assinatura)

[Assinatura]
(assinatura)

U.L.S. Guarda, E.P.E.
N.º 500752-990
Enfermeiro Chefe Davicle Coutinho
6301-857-Guarda

**Anexo II-Decreto
lei do curso técnico
superior de
Gerontologia**

Anexo III-Organograma **da ULS Guarda**

ORGANOGRAMA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, E.P.E.

Conselho Consultivo

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Fiscal Único

Serviço de Auditoria Interna

Órgãos de Apoio Técnico

Prestação de Cuidados de Saúde

Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados

Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento

Comissão de Integração de Cuidados de Saúde

Comissão de Ética

Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

Comissão do Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Comissão Técnica de Certificação das Condições para a Interrupção Voluntária da Gravidez

Comissão Médica

Direcção de Enfermagem

Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

Comissão de Coordenação Oncológica

Comissão de Segurança e Saúde no Trabalho

Comissão de Catástrofe e Emergência Interna

Cuidados de Saúde Primários

Departamento de Cuidados Primários
 - C.S. de Almeida - UCSP
 - C.S. de Celorico da Beira - UCSP
 - C.S. de Figueira de Castelo Rodrigo - UCSP
 - C.S. de Formos de Algodres - UCSP
 - C.S. de Gouveia - UCSP e UCC
 - C.S. da Guarda - UCSP e USF
 - C.S. de Manteigas - UCSP
 - C.S. da Mota - UCSP
 - C.S. de Pinhel - UCSP
 - C.S. de Sabugal - UCSP
 - C.S. de Seia - UCSP e UCC
 - C.S. de Trancoso - UCSP
 - C.S. de Vila Nova de Foz Coa - UCSP

Cuidados de Saúde Hospitalares

Departamento de Medicina
 - Serviço de Cardiologia
 - Serviço de Gastroenterologia
 - Serviço de Medicina
 - Serviço de Pneumologia
 - Serviço de Neurologia
 - Serviço de Reumatologia
 - Unidade de AVC's
 - Serviço de Dermatologia
 - Unidade de Oncologia
 - Unidade da Dor
 - Medicina Física e Reabilitação

Departamento de Cirurgia
 - Serviço de Cirurgia Geral da Guarda
 - Serviço de Oftalmologia
 - Serviço de Ortopedia
 - Serviço de Otorrinolaringologia
 - Serviço de Urologia
 - Bloco Operatório
 - Cirurgia Ambulatório

Departamento de Urgência/Emergência e Medicina Intensiva
 - Urgência Geral
 - Serviço de Urgência Básica
 - Unidade Cuidados Intensivos
 - VMER
 - Serviço de Anestesiologia

Departamento de Saúde da Criança e da Mulher
 - Serviço de Ginecologia
 - Serviço de Obstetria
 - Unid. Urgência Obstétrica
 - Serv. Pediatria/Neonatologia
 - Unid. Urgência Pediátrica

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
 - Serviço de Pedopsiquiatria
 - Serviço de Psiquiatria

Cuidados Continuados

RNCCI - Equipas Coordenadoras Locais

Unidades de Internamento Convalescença (UC)
 Paliativos (UCP)

Equipas Hospitalares - Equipas de Gestão de Altas (HSM, HNSA)

Equipas Domiciliárias - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Saúde Pública

Unidade de Saúde Pública

Laboratório de Saúde Pública

Gabinete da Engenharia Sanitária

Apoio Clínico e Técnico

Serviço de Patologia Clínica

Serviço Farmacêutico

Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e Saúde Pública Hospitalar

Unidade de Saúde Ocupacional

Unidade de Esterilização Centralizada

Unidade de Imagiologia

Unidade de Alimentação, Nutrição e Dietética

Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Gabinete do Utente/Cidadão

Unidade de Serviço Social

Serviço de Psicologia Clínica

Unidade de Assistência Espiritual e Religiosa

Apoio à Gestão e Logística

Serviço de Aprovisionamento e Logística

Serviços Financeiros

Serviço de Recursos Humanos

Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes

Serviço de Gestão de Utentes

Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação

Serviço de Estatística, Planeamento e Apoio à Gestão

Unidade de Gestão Hoteleira

Gabinete de Comunicação e Relações Públicas

Gabinete de Gestão da Qualidade

Gabinete Jurídico

Unidade de Formação

Unidade de Ensino, Investigação e Biblioteca

Internato Médico

**Anexo IV-Folha de
preenchimento das
diureses**



ULS - GUARDA
REGISTO DE DIURESE



DATA: __/__/__

Q	CAMA	NOITE	MANHÃ	TARDE
1	27			
	28			
	29			
	30			
2	31			
	32			
	33			
	34			
3	35			
	36			
	37			
	38			
4	39			
	40			
	41			
	42			
5	43			
	44			
6	45			
	46			
	47			
	48			
7	49			
	50			
	51			
8	52			
	ISO 1			
	ISO 2			
9	53			
	54			
	55			
	56			

Anexo V-Folha das dietas dos utentes

Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E

Data: em 12-05-2017 23:40:23-ut.2254

Lista de dietas do serviço

CAMA 28 (entruada a 13/05) → DIETA Geral HG e \$ sal

Hospital Sousa Martins

Especialidade física

Cama	Processo	Data Admissão	Data Alta	Nome do doente				
	Data Início Dieta	Data Fim Dieta	Dieta	Variante(s)	Data Última Alteração	Ajuda	Observações	
MEDICINA B - Internamentos								
027	20020762	28-04-2017 17:12:00						
	04-05-2017 12:57:00		Sonda		04-05-2017 12:58:09	Não	Por sonda	
033	99007997	05-05-2017 17:10:10						
	07-05-2017 13:23:00		Hipoglucidica		07-05-2017 13:36:43	Não		
034	20084521	12-04-2017 23:18:34						
	11-05-2017 13:55:00		Personalizada		11-05-2017 13:55:53	Não		

Suplementos		Data Início	Data Fim	Observações
Pequeno-almoço	Papa Maizena	11-05-2017		
	Suplemento personalizado	11-05-2017		Farinha maizena preparada com leite meio gordo e aromatizada com raspa de limão e canela , com açúcar +2 colheres medida de fantomalt
Meio da manhã	Doce D.I.	11-05-2017		
	Pão de Forma	11-05-2017		
	Suplemento personalizado	11-05-2017		2 fatias de pão de forma 1 D.I de queijo
Almoço	Fruta Assada/Cozida	11-05-2017		
	Pão de Forma	11-05-2017		
	Sobremesa	11-05-2017		
	Sopa de legumes	11-05-2017		
	Suplemento personalizado	11-05-2017		Sopa da dieta pastosa + 2 colheres medida de Protifar Prato da dieta geral com 75g de carne/peixe , acompanhar com brócolos e cenoura cozida + 1 salada de alface, tomate e cebola 1 fatia de pão de forma 1 sobremesa (sem arroz doce , aletria ou gelatina) 1 maça assada
Lanche	Gelatina - Uni.	11-05-2017		

NEUROLOGIA - Internamentos

Suplementos		Data Início	Data Fim	Observações
Pequeno-almoço	Papa Maizena	11-05-2017		
	Suplemento personalizado	11-05-2017		1 farinha maizena preparada com leite meio gordo e aromatizada com raspa de limão e canela , sem açúcar + 2 colheres medida de Fantomalt
Meio da manhã	Bolacha Maria	11-05-2017		
	Fruta cozida S/ casca	11-05-2017		
	Suplemento personalizado	11-05-2017		1 peça de fruta cozida + 3 bolachas maria (triturar tudo)
Almoço	Fruta cozida S/ casca	11-05-2017		
	Gelatina - Uni.	11-05-2017		
	Suplemento personalizado	11-05-2017		Sopa da dieta pastosa + salsa picada - Sem Sal Prato da dieta pastosa hipoglicidica com 45g de carne/peixe - Sem sal- colocar um pouco de salsa picada 1 peça de fruta passada 1 gelatina sem açúcar
Lanche	Papa Maizena	11-05-2017		
	Suplemento personalizado	11-05-2017		1 farinha maizena preparada com leite meio gordo e aromatizada com raspa de limão e canela , sem açúcar + 2 colheres medida de Fantomalt
Jantar	Fruta cozida S/ casca	11-05-2017		
	Suplemento personalizado	11-05-2017		Sopa da dieta pastosa + salsa picada- Sem Sal Prato da dieta pastosa hipoglicidica com 45g de carne/peixe - Sem sal - colocar um pouco de salsa picada 1 peça de fruta passada
Ceia	Bolacha Maria	11-05-2017		
	Iogurte Natural	11-05-2017		
	Suplemento personalizado	11-05-2017		1 iogurte natural + 3 bolachas maria (triturar tudo)

Hospital Sousa Martins							
Especialidade física							
Cama	Processo	Data Admissão	Data Alta	Nome do doente			
	Data Início Dieta	Data Fim Dieta	Dieta	Variante(s)	Data Última Alteração	Ajuda	Observações
NEUROLOGIA - Internamentos							
029	20209274	26-04-2017 0:57:00					
	26-04-2017 12:22:00		Sonda	S/ Sal	26-04-2017 12:23:09	Não	
030	20209223	19-04-2017 15:06:19					
	03-05-2017 16:16:00		Sonda	Hipoglucídica	03-05-2017 16:16:31	Não	
			Suplementos		Data Início	Data Fim	Observações
			Pequeno-almoço	Papa Maizena	03-05-2017		
			Lanche	Papa Maizena	03-05-2017		
			Ceia	logurte Natural	03-05-2017		
031	20098409	24-03-2017 19:04:21					
	20-04-2017 15:28:00		Personalizada		20-04-2017 15:28:57	Não	
			Suplementos		Data Início	Data Fim	Observações
			Pequeno-almoço	Suplemento personalizado	20-04-2017		200ml de produto para pacientes diabéticos por sonda
			Meio da manhã	Suplemento personalizado	20-04-2017		200ml de produto para pacientes diabéticos por sonda
			Almoço	Suplemento personalizado	20-04-2017		sopa de sonda com carne + 2 medidas de protifar + 2 medidas de fantomalte
			Lanche	Suplemento personalizado	20-04-2017		200ml de produto para pacientes diabéticos por sonda
			2º Lanche	Suplemento personalizado	20-04-2017		200ml de produto para pacientes diabéticos por sonda
			Jantar	Suplemento personalizado	20-04-2017		sopa de sonda com peixe + 2 medidas de protifar + 2 medidas de fantomalte
			Ceia	Suplemento personalizado	20-04-2017		200ml de produto para pacientes diabéticos por sonda
032	20000759	28-04-2017 14:32:20					
	11-05-2017 14:01:00		Personalizada		11-05-2017 14:01:57	Não	

**Anexo VI-Horário de
trabalho de cada Mês**

Março de 2017

	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S
Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Turno	M	DC	N	DS	M	M	M	T	T	DC	N	DS	N	M	M	T	T	DC	N	M	M	M	T	T	T	DC	N	DS	F	M	M

M-Manha

T-Tarde

N-Noite

F-Falta

DC-Descanso complementar

DS-Descanso semanal

Total de horas:182 horas

Abril de 2017

	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Turno	N	DS	DC	N	M	DC	M	M	T	T	DC	N	DS	M	M	M	T	T	DC	N	M	M	M	M	M	DC	N	DS	DS	M

M-Manha

T-Tarde

N-Noite

DC-Descanso complementar

DS-Descanso semanal

Total de horas:169 horas

Maio de 2017

	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q
Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Turnos	T	T	M	N	DS	M	M	M	T	T	DC	N	T	M	M	N	T	<u>F</u>	M	N	DS	M	M	M	T	T	M	N	DS	T	M

M-Manha

T-Tarde

N-Noite

DC-Descanso complementar

DS-Descanso semanal

F- Falta (reunião na Escola)

Total de horas: 206 hora

Junho de 2017

	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1
	M	M	M	M	N	DC	M	M	M	T	T	N	DS	M	M	M	M	T	T	M	DS	N	DC	DC	DS	M	M	M	T	DC	N

M-Manha

T-Tarde

N-Noite

DC-Descanso complementar

DS-Descanso semanal

Total de horas: 193 horas