



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Curso Técnico Superior Profissional
em Gerontologia

Bruna Tatiana Oliveira Cerqueira

julho | 2021





Instituto Politécnico da Guarda

Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto

Curso Técnico Superior Profissional de Gerontologia

Relatório de Estágio

Bruna Tatiana Oliveira Cerqueira

Guarda, julho 2021

Elementos Identificativos

1. Aluno

Bruna Tatiana Oliveira Cerqueira

Número: 1703934

2. Estabelecimento de Ensino

Instituto Politécnico da Guarda

Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto

3. Associação acolhedora do estágio

Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia

6270-498 Seia

Telefone: 238 315 642

Fax: 238 320 788

Email: geral.seia@ulsguarda.min-saude.pt

4. Duração do estágio

Início: 8 de março de 2021

Fim: 28 de junho de 2021

Total de 750 horas

5. Supervisor do estágio

Enf. Ana Isabel Batista

6. Orientador de estágio no Instituto Politécnico da Guarda

Prof.a Doutora Rosa Branca Tracana

Agradecimentos

Começo por agradecer ao Instituto Politécnico da Guarda e aos docentes da ESECD, que me ajudaram e deram apoio ao longo deste ciclo que está agora a terminar. Com grande clareza, mostraram-me ao longo desta caminhada, o lado que não conhecia da Gerontologia, de como proceder para dar um bem-estar à pessoa idosa respondendo às suas necessidades quotidianas das mais diversas índoles, de saúde, cognitiva e emocional, de proteção e assistência social, mudando assim a minha vida tanto a nível profissional como pessoal.

Antes de mais gostaria de agradecer à minha orientadora Prof. Rosa Branca Tracana tendo desde logo mostrado total disponibilidade para me ajudar. Não poderia deixar de agradecer pela sua dedicação, paciência e preciosos conselhos.

Ao Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia, instituição que me acolheu para a realização do estágio.

Agradeço à minha mãe que sempre me deu força e coragem para seguir em frente e lutar por aquilo que quero. Ao meu irmão e família, agradeço toda a força, insistência, coragem e apoio que me deram durante este período da formação em contexto de trabalho.

Ao meu supervisor, Enf. Ana Isabel Batista, que desde cedo abraçou a minha proposta de realizar o meu estágio em tão nobre instituição, bem como a todas as pessoas que partilhei experiências e conhecimentos.

Fico grata aos meus amigos, por todo o carinho que me deram, em todos os momentos deste percurso, pois eles são a nossa segunda família.

Resumo

Este relatório pretende descrever todas as atividades realizadas ao longo do estágio no Hospital Nossa Senhora da Assunção em Seia tendo como objetivo mostrar o trabalho desenvolvido estabelecendo os objetivos e as estratégias a aplicar em face dos públicos que se nos apresentam.

Assim, e no âmbito deste estágio curricular, foram desenvolvidos e aplicados múltiplos conhecimentos adquiridos ao longo da formação em Técnicas de Gerontologia, nomeadamente aqueles que concernem a pessoa idosa e as múltiplas patologias que apresentam em contexto de emergência hospitalar.

Fui integrada na equipa das urgências. Durante o estágio pude contactar e analisar situações onde os doentes tinham idades iguais ou superiores a 65 anos, respondendo assim a todos os tópicos presentes no meu plano de estágio.

Assim, são apresentados os elementos que melhor descrevem este período de estágio – 8 de março a 28 de junho, nomeadamente aqueles que concernem a caracterização da instituição de acolhimento, a justificação teórica que suporta a prática da gerontologia como disciplina importante para a sociedade e a pessoa idosa, nomeadamente as respostas sociais e a prática de socorro em contexto hospitalar.

Palavras-chave: Envelhecimento, Urgência, Gerontologia, Técnico de Gerontologia.

Índice

Elementos identificativos	I
Agradecimentos	II
Resumo	III
Índice de figuras	VI
Índice de tabelas	VII
Índice de gráfico	VIII
Lista de siglas	IX
Introdução.....	1
CAPÍTULO I – CIDADE DE SEIA E HOSPITAL NOSSA SENHORA DA ASSUNÇÃO.....	3
1.1. Cidade de Seia.....	4
1.2. Hospital de Seia.....	7
1.2.1. Missão.....	9
1.2.2. Visão.....	10
1.2.3. Valores e Princípios.....	10
1.2.4. Objetivos.....	11
CAPÍTULO II – ENVELHECIMENTO, DOENÇAS E URGÊNCIAS.....	12
2.1. Envelhecimento	13
2.1.1. Principais Doenças.....	14
2.1.2. Respostas Sociais	23
2.1.3. Urgências.....	27
2.1.4. O Idoso no Serviço de Urgência.....	33
2.2. Técnico de Gerontologia.....	34
CAPÍTULO III – ESTÁGIO	35
3.1. Atividades realizadas	37
3.1.1. Higiene e conforto	37
3.2.2. Troca de fralda.....	39
3.2.3. Levante	40
3.2.4. Posicionamentos	41
Bruna Cerqueira nº1703934	IV

3.2.5. Alimentação.....	42
3.2.6. Transferência entre macas	44
3.2.7. Raio x.....	44
3.2.8. Análises	45
3.2.9. Ecografias	45
3.2.10. Preparação cadáveres.....	45
Reflexão final	47
Bibliografia.....	48
Webgrafia	49
Anexos.....	47
ANEXO I.....	51
ANEXO II.....	50

Índice de Figuras

Figura 1 - Cidade de Seia	4
Figura 2 – Mapa do concelho de Seia.....	5
Figura 3 - Hospital da Misericórdia.....	8
Figura 4 - Hospital antes da remodelação	8
Figura 5 - Novo Hospital Nossa Senhora da Assunção.....	9
Figura 6 - Jovem e Idosa.....	14
Figura 7 - Cérebro normal e cérebro com Alzheimer.....	15
Figura 8 - Idoso com Parkinson.....	16
Figura 9 - Catarata Ocular	17
Figura 10 - Administração de Insulina em caneta	18
Figura 11 - Obstrução de uma artéria	19
Figura 12 - Osso normal vs osso com osteoporose	20
Figura 13 - Idosa com depressão	20
Figura 14 - AVC Isquémico	21
Figura 15 - AVC Hemorrágico	22
Figura 16 - Cadeia de Sobrevivência.....	23
Figura 17 - Plano de trabalho	51

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Urgência e Emergência	28
Tabela 2 - Características das pulseiras	30
Tabela 3 - Horário	50

Índice de Gráfico

Gráfico 1 - Índice de envelhecimento em Seia.....	6
---	---

Lista de Siglas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTeSP – Curso Técnico Superior Profissional

ESECD – Escola Superior de Educação Comunicação e Desporto IPG – Instituto Politécnico da Guarda

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

Introdução

O presente relatório descreve as observações realizadas durante o estágio curricular (anexo 1) no âmbito do Curso Técnico Superior Profissional (CTeSP) de Gerontologia, realizado no Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia.

O envelhecimento surge associado a um processo marcado por alterações a nível biológico, psicológico e social, que podem refletir-se ao nível do comportamento do idoso, no tipo de atividades que mantém, bem como nas interações sociais. O envelhecimento é ainda um processo que ocorre ao longo do tempo, de forma progressiva, e que varia de indivíduo para indivíduo, pois sabe-se que as pessoas não envelhecem todas da mesma forma. No entanto, para além das perdas e limitações que podem advir com o envelhecimento, este é também visto como uma fase de maior maturidade e experiência de vida. É, no entanto, com o envelhecimento patológico que aspetos negativos tendem a surgir, como a incapacidade, a dependência, imaturidade e tristeza. Na sociedade atual, o envelhecimento tem sido considerado um importante fenómeno social, devido ao aumento da longevidade, redução da taxa de natalidade, levando conseqüentemente, ao aumento da população idosa e da longevidade (Lopes, 2010 *cit* Moreira & Nogueira, 2008; Hartmann, 2008; Couto, 2005; Ferreira-Alves & Novo, 2006).

O funcionamento dos Serviços de Urgência tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde. Por múltiplas razões, os Serviços de Urgência transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada no SNS e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros Serviços de Ação Médica, do Ambulatório e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Este relatório comporta três capítulos. No primeiro capítulo faremos um enquadramento teórico e institucional do estágio, definindo a missão da instituição. No segundo capítulo é caracterizado o envelhecimento populacional no concelho de Seia e das respostas sociais ao envelhecimento. Abordaremos as condições de habitabilidade dos idosos especificando sobre aqueles que vivem sozinhos, dos seus cuidadores e dos que são institucionalizados. As principais patologias de base e a principal medicação também

serão temas abordados neste capítulo. Por fim, no terceiro e último capítulo, faremos uma abordagem geral do estágio apresentando os diferentes contextos de atuação durante o mesmo. Finalizamos com uma reflexão final, bibliografia e anexos

Para a elaboração deste relatório foram efetuadas diversas pesquisas, nomeadamente no que concerne o suporte papel e digital, assim como *webgrafia*.

**Capítulo I – Cidade de Seia e Hospital
Nossa Senhora da Assunção**

No presente capítulo será apresentada a Instituição onde foi realizado o estágio curricular no âmbito do Curso Superior Tecnológico de Gerontologia. Será feita uma breve caracterização da cidade de Seia e do Hospital Nossa Senhora da Assunção, local onde o estágio foi realizado, referindo a sua missão, a sua visão, os valores e princípios e os seus objetivos.

1.1. Cidade de Seia

Seia é uma cidade portuguesa do distrito da Guarda (figura 1), situada na província da Beira Alta, região do Centro (Região das Beiras) e sub-região da Serra da Estrela, segundo os últimos anuários estatísticos de 2019 a cidade de Seia tem 22 323 habitantes, sendo 10% jovens com menos de 15 anos, 61,1% população em idade ativa entre o 15 e os 64 anos, e 28,8% é a percentagem de idosos com mais de 65 anos. (PORDATA, 2021)



Figura 1 - Cidade de Seia

Fonte: Jornal o Interior

Seia é a segunda maior cidade do Distrito da Guarda, pertence à Comunidade Intermunicipal das Beiras e Serra da Estrela e fica sensivelmente equidistante entre as cidades da Guarda e Viseu. Seia é, juntamente com Covilhã e Manteigas, um dos concelhos que partilham o ponto mais elevado de Portugal Continental (a Torre da Serra da Estrela com 1 993 metros de altitude) e o segundo ponto mais alto de todo o país, apenas atrás da Montanha do Pico, nos Açores. O concelho de Seia (figura 2) abrange

uma grande parte da Serra da Estrela e é também o único de Portugal onde existe uma estância de esqui natural, a Estância de Esqui Vodafone, localizada dentro dos limites da freguesia de Loriga.



Figura 2 – Mapa do concelho de Seia

Fonte: Câmara Municipal de Seia

Situada na vertente ocidental da serra da Estrela, a cidade de Seia fica a 550 m de altitude. O clima do concelho é temperado, com temperaturas moderadas no Verão e frio no Inverno, com temperaturas muito baixas e ocorrências de neve, por vezes abundantes, nas partes mais elevadas da Serra da Estrela. Quanto ao regime de precipitações, há uma pequena estação seca, que compreende os meses de Verão de julho e agosto.

A barragem da lagoa Comprida, construída a partir de uma lagoa natural, constitui o principal reservatório de água da serra da Estrela. É a maior das lagoas do maciço superior e o seu potencial hidroelétrico elevado levou à construção da barragem em 1911, sendo uma das primeiras obras de engenharia desta natureza levadas a cabo em Portugal.

No que concerne aos setores de atividade e ao emprego, o setor de atividade com mais expressão é o setor terciário. No entanto, não devemos esquecer a forte tradição industrial no concelho, principalmente no que diz respeito aos têxteis, e à distribuição de energia

elétrica. A produção de queijo é também muito importante no concelho, que produz queijo Serra da Estrela DOP, queijo artesanal e de produção industrial.

Devido à sua localização privilegiada, na vertente ocidental da serra da Estrela, a cidade de Seia é uma das suas entradas naturais e, por isso, um centro turístico de interesse, visitada anualmente por milhares de forasteiros. Possui instalações hoteleiras modernas, estabelecimentos de restauração e lojas locais que são uma grande atração turística para aqueles que procuram produtos regionais. É constituída por um hospital, 10 farmácias e um centro de saúde.

A cidade de Seia é constituída por 22,323 pessoas, sendo 28,8% pessoas idosas sendo o índice de envelhecimento por cada 100 jovens de 298,5 (gráfico 1). Cerca de 9.414 pessoas dependem das pensões da segurança social, tanto por velhice, por invalidez ou para sobrevivência.

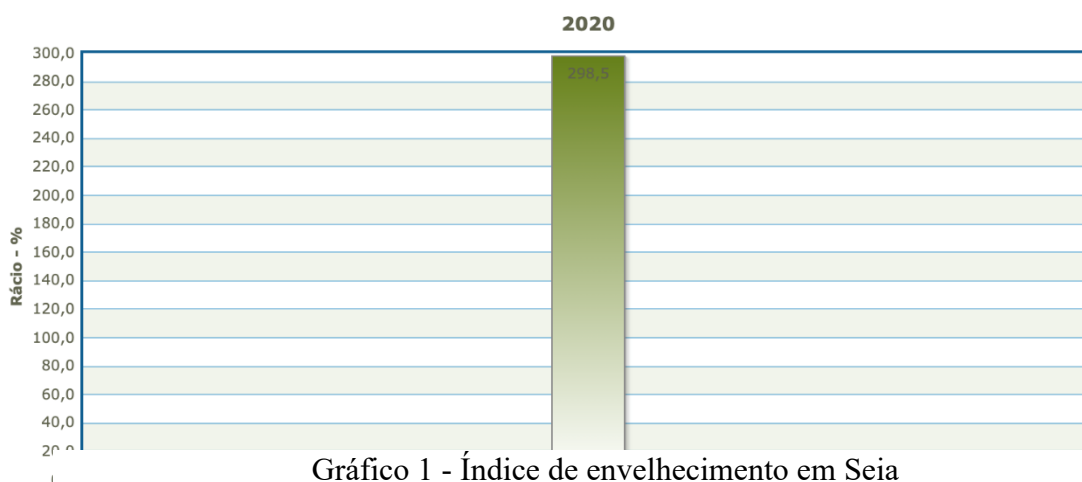


Gráfico 1 - Índice de envelhecimento em Seia

Fonte: PORDATA

A análise destes valores, acima referidos, indica-nos que o envelhecimento apresenta um valor bastante elevado, pelo que Seia teve de criar valências de apoio a estes idosos, tal como referimos de seguida.

O concelho de Seia tem 14 instituições de Centro de Dia, tendo uma capacidade total para 267 utentes. Neste momento o total de utentes que estão nos centros de dia é de 162, tendo ainda capacidade para receber mais 105 pessoas idosas.

Tem 16 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, com uma capacidade total para 755 utentes, neste caso as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas encontram-se cheias.

No que respeita aos Serviços de Apoio Domiciliário (Idosos) tem um total de 6, para um total de 757 utentes, tendo atualmente cerca de 444 que recebem esses serviços, segundo dados deste ano civil.

1.2. Hospital de Seia

A necessidade de hospitalização de doentes fez emergir em 1674 um pequeno hospital (figura 3), que se localizava na Casa do Despacho. Possuía apenas uma cama, um roupão novo, dois lençóis, um travesseiro, uma manta e um tabuleiro.

Posteriormente, devido à exiguidade do espaço para atender os doentes, foi adquirida uma nova casa, com funções hospitalares, em frente à Igreja da Misericórdia. Essa casa foi vendida em 1911, devido ao seu estado de degradação.

O projeto de um novo hospital começou em 1916 (figura 4), com a compra de um terreno. A grandiosa obra do Hospital de Seia foi iniciada e concluída na gestão do Provedor João Dias Júnior, sendo inaugurado em 1930, devidamente equipado. (Figueiredo, 2013)

O hospital é um estabelecimento de saúde cujo objetivo principal é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia. A sua atividade é o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, que pode ser desenvolvida em regime de internamento ou de ambulatório.

O Hospital de Nossa Senhora da Assunção foi criado em 1992, pelo Decreto-Lei n.º 18/92, de 5 de Fevereiro, com o objetivo de melhorar o acesso aos cuidados de saúde por parte das populações desta área geográfica do interior, prestando, diretamente às populações, serviços na área do internamento do ambulatório, em permanente articulação e complementaridade com outras instituições de saúde existentes na zona. As primeiras referências ao Hospital de Seia, então pertencendo à Santa Casa da Misericórdia de Seia, sendo esta fundada em 1571 sob o reinado de Sebastião I de

Portugal, datam já de 1617, constatando-se, desde então, a permanente presença da instituição na vida comunitária.



Figura 3 - Hospital da Misericórdia

Fonte: Figueiredo, 2013



Figura 4 - Hospital antes da remodelação

Fonte: CM Seia

Pelo facto do concelho de Seia se encontrar em contiguidade geográfica com outros concelhos, a sua área de atração é composta pelos concelhos de Seia, Gouveia e Fornos de Algodres.

O Hospital Nossa Senhora da Assunção em Seia foi recentemente remodelado (figura 5) sendo, presentemente, constituído por 4 pisos:

- i) **no piso -1** encontra-se a morgue, a farmácia do hospital, os arquivos o refeitório e cozinha;

- ii) **o piso 0** é constituído pelo serviço de urgências, unidade de curta duração onde tem 8 macas, laboratório de análises, sala de raio x e sala de ecografia e tem um bloco operatório;
- iii) **o piso 1** é constituído por o serviço de cuidados paliativos constituído por 11 camas, serviço de convalescença;
- iv) **o piso 2** tem o serviço de medicina que tem um total de 24 camas, e tem também a unidade de cirurgia de ambulatório constituída por 9 camas.



Figura 5 - Novo Hospital Nossa Senhora da Assunção

Fonte: ULS Guarda

1.2.1. Missão

A missão centra-se na promoção da saúde e na prevenção e tratamento da doença, de forma integrada, coordenada e humanizada, no tempo adequado e com eficácia, eficiência, efetividade e qualidade à população da sua área de influência, de acordo com as melhores práticas, procurando a obtenção de ganhos em saúde em parceria com os doentes e contribuindo para a sustentabilidade do SNS.

Desenvolve, ainda, o ensino, a investigação clínica, a formação de recursos humanos e a especialização técnica dos seus quadros. (ULS Guarda, 2021)

1.2.2. Visão

Constitui-se como uma referência na prestação de cuidados de saúde de excelência, integrados e coordenados, promovendo e desenvolvendo a formação e a investigação. (ULS Guarda, 2021)

1.2.3. Valores e Princípios

No desenvolvimento da sua atividade, o Hospital Nossa Senhora da Assunção e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes Valores:

- **Qualidade:** excelência dos serviços prestados à população, garantindo as melhores 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 verdadeiramente 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.

O Hospital Nossa Senhora da Assunção adota os seguintes Princípios que norteiam o seu comportamento e atuação:

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

(ULS Guarda, 2021)

1.2.4. Objetivos

O Hospital Nossa Senhora da Assunção tem como referencial comum o primado do cidadão, a conciliação das estratégias de saúde (regionais e nacionais) e a otimização dos recursos disponíveis.

Deve prosseguir uma cultura orientadora de cuidados personalizados e de excelência, tendo por objetivos:

- Promover a obtenção de ganhos em saúde, prestando serviços contínuos e efetivos com valor acrescentado;
- Garantir um standard mínimo de cuidados a todos os utentes;
- Prevenir a doença e promover a saúde através do maior enfoque na prevenção, no diagnóstico e tratamento precoces e na educação dos doentes;
- Alcançar a plena integração de cuidados nas suas dimensões organizacional, clínica, administrativa, financeira, informática, normativa e sistémica;
- Assumir uma visão holística da prestação de cuidados partilhada e reconhecida por colaboradores, parceiros e utentes;
- Garantir o fácil acesso dos doentes aos cuidados de saúde adequados e em tempo útil;
- Assegurar o ajustamento da oferta de cuidados às necessidades da população;
- Garantir a prestação de cuidados com equidade e igualdade a todos os doentes;
- Assegurar uma prestação de cuidados pautada pelo humanismo, no respeito pelos direitos dos doentes e dos profissionais;
- Garantir aos profissionais uma formação contínua adequada à melhoria do desempenho assistencial e ao progresso e realização profissionais;
- Potenciar uma cultura interna focada na aquisição de competências transversais e no trabalho de equipa;
- Desenvolver o ensino e a investigação científica qualificados.

(ULS Guarda, 2021)

Capítulo II – Envelhecimento, Doenças e Urgências

No presente capítulo será abordado o tema do envelhecimento, algumas doenças associadas ao envelhecimento que os utentes do serviço de urgência apresentavam, algumas das respostas sociais que existem para o idoso, e ainda se pretende caracterizar o serviço de urgência onde o estágio foi realizado bem como o idoso no contexto da urgência.

2.1. Envelhecimento

Atualmente o conceito de envelhecimento, na sociedade portuguesa, encontra-se frequentemente associado a uma fase específica do ciclo de vida, a idade de reforma (65 anos), sendo esta percecionada como o anúncio do início da velhice (Squire, 2002). A idade cronológica associada à idade da reforma é o único parâmetro que a sociedade portuguesa atribuiu na definição da população idosa, uma vez que o seu desenvolvimento sofreu modificações quer no seu sistema de produção de bens, quer a nível laboral a partir do momento que o trabalho começou a ser remunerado. A sociedade atual é denominada como uma sociedade de consumo, que tem como pressuposto considerar as pessoas idosas como incapazes e excluídas do trabalho remunerado, sendo este o único que é valorizado nesta sociedade (Philibert, 1984).

O envelhecimento ocorre progressivamente ao longo do ciclo vital, emergindo assim diversas insuficiências associadas à utilização da idade cronológica como medida do mesmo (Sequeira, 2010). Neste sentido, a adoção de uma abordagem de ciclo de vida é fundamental na compreensão do envelhecimento, dando ênfase aos acontecimentos que ocorreram durante a vida, abandonando a ideia de que o envelhecimento possa ser encarado como algo que comece a partir de uma determinada idade e acomodado a limites cronológicos precisos.

O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à sua morte. Este é um fenómeno pessoal e de variabilidade individual, ou seja, que varia de indivíduo para indivíduo, e que está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Jacob 2013; Sequeira, 2010).

A nível biológico (senescência) (figura 6), ocorrem um conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais (Sequeira, 2010), que resultam na perda gradativa da capacidade de funcionamento dos órgãos e sistemas, e na conseqüente alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se um aumento gradual do risco de desenvolver comorbidades, e da probabilidade de morrer. Estas alterações nem sempre se convertem em incapacidades, e a ocorrência e intensidade com que ocorrem variam de pessoa para pessoa (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002).

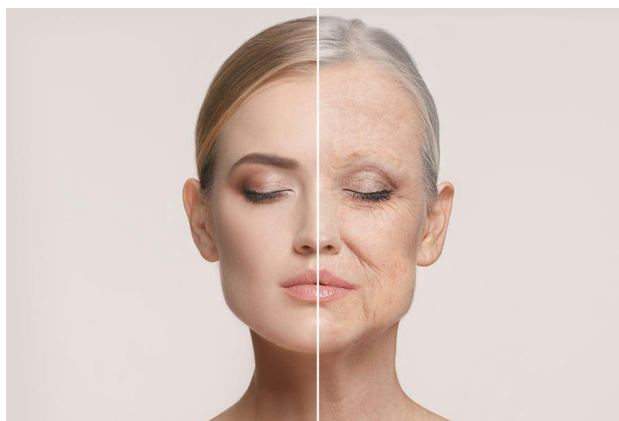


Figura 6 - Jovem e Idosa

Fonte: Psicoativo.pt

O envelhecimento psicológico resulta das repercussões psicológicas das alterações. Na dimensão cognitiva, podem verificar-se perdas de memória ou uma maior dificuldade no raciocínio. Por outro lado, as pessoas mais idosas estão também sujeitas a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais (Squire, 2002; Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002).

2.1.1. Principais Doenças

O idoso vai tendo alterações no que diz respeito à sua imunidade e conseqüentemente apresenta um maior risco de infeção, sendo assim, a hipótese de ter um melhor envelhecimento está relacionado com hábitos saudáveis tais como uma boa alimentação, higienização, assim como as suas características pessoais.

Para evitar doenças crónicas e ter uma boa qualidade de vida é preciso ter uma alimentação adequada, principalmente nessa idade. Lazer, atividades físicas leves ao ar livre em horários recomendados pelos médicos e outras ações podem ajudar a ter uma vida longa e com saúde. No entanto, sabemos que há doenças que acabam por aparecer, sendo umas mais comuns que outras, tal como as que apresento de seguida.

As doenças que serão contextualizadas no ponto seguinte, foram as principais doenças que os utentes, que estiveram em contexto da urgência e UICD, apresentavam.

2.1.1.1. Alzheimer

É uma doença degenerativa progressiva do cérebro (figura 7), caracterizada por uma perda das faculdades cognitivas. É uma forma de demência que se caracteriza por um declínio geral em todas as áreas da atividade mental.

É uma doença que provoca deficiência cognitiva, afetando principalmente a memória para reter novas informações. À medida que a doença evolui outras funções cognitivas vão se perdendo tal como a orientação, a linguagem, a sua função social e habilidade em realizar as tarefas motoras.

Esta doença é constituída por 3 estágios, sendo o primeiro um estágio leve, o segundo estágio já é um estágio moderado e o terceiro e último estágio é um estágio grave.

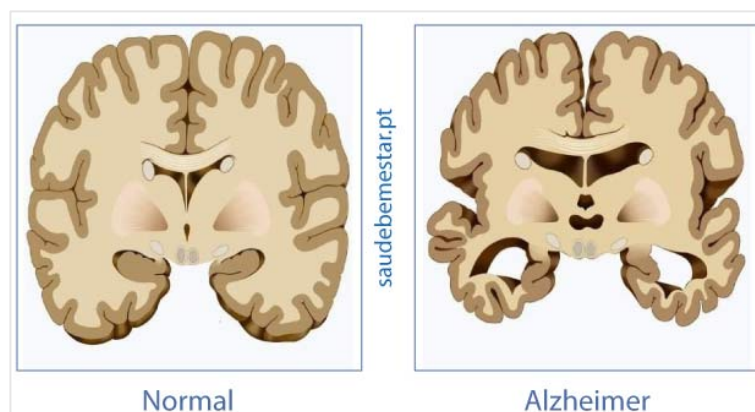


Figura 7 - Cérebro normal e cérebro com Alzheimer

Fonte: saudebemestar.pt

2.1.1.2. Parkinson

É uma doença neuro degenerativa de progressão lenta que afeta principalmente a motricidade (figura 8). É caracterizada pelo tremor quando os músculos estão em repouso (tremor de repouso), aumento no tônus muscular (rigidez), lentidão dos movimentos voluntários e dificuldade de manter o equilíbrio (instabilidade postural). Em muitas pessoas, o pensamento torna-se comprometido ou desenvolve-se demência.



Figura 8 - Idoso com Parkinson

Fonte: Tuasaude

2.1.1.3. Cataratas

A catarata ocular caracteriza-se pela perda progressiva da transparência do cristalino (lente natural do olho, transparente que permite a focagem dos objetos de longe e de perto, denominada de acomodação). Não é mais de uma opacificação da lente natural do olho. Qualquer alteração na constituição do cristalino altera a formação das imagens na retina e conseqüentemente na visão.

Os sintomas iniciais como a visão turva, diminuição da visão noturna e fotofobia (sensibilidade à luz) podem ser muito ténues numa primeira fase, agravando-se a sintomatologia com o decorrer do tempo (veja mais informação em sintomas). Ou seja, o cristalino torna-se opaco (turvo) com a idade, instalando-se de uma forma lenta e progressiva, afetando, desta forma, a visão. Esta causa (o envelhecimento) é a mais comum no surgimento da catarata no olho, contudo podem existir outras para além do envelhecimento, como veremos adiante (figura 9).

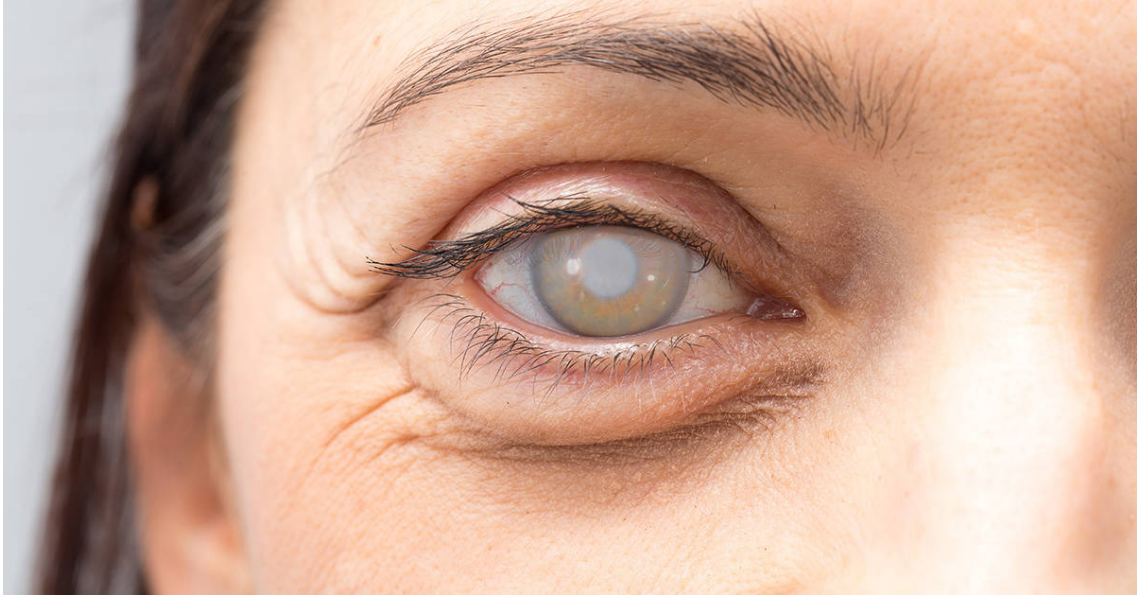


Figura 9 - Catarata Ocular

Fonte: Melhor visão

2.1.1.4. Diabetes

A diabetes é uma condição crónica (de longa duração) que ocorre quando o corpo não produz insulina suficiente ou não a consegue utilizar. A insulina é uma hormona produzida no pâncreas, necessária para retirar a glicose do sangue para as células do corpo, onde é utilizada para produzir energia. Quando a insulina está em falta ou não atua adequadamente, os níveis de glicose no sangue sobem. A diabetes é diagnosticada através de testes sanguíneos que apresentam níveis elevados de glicose no sangue. Com o tempo, os níveis elevados de glicose no sangue (conhecido como hiperglicemia) podem provocar danos em vários tecidos do corpo, originando problemas limitadores e potencialmente fatais.

Diabetes tipo 1

Na diabetes tipo 1, o sistema imunitário do corpo ataca as células produtoras de insulina no pâncreas. Como resultado, o corpo deixa de produzir qualquer insulina (figura 10). O motivo pelo qual isto ocorre não é totalmente conhecido. A doença pode afetar pessoas de qualquer idade, mas geralmente ocorre em crianças ou jovens adultos.

Diabetes tipo 2

A diabetes tipo 2 é o tipo de diabetes mais comum. Geralmente ocorre em adultos, mas tem surgido cada vez mais em crianças e adolescentes. Na diabetes tipo 2, o corpo pode produzir insulina, mas torna-se resistente à mesma, fazendo com que esta não atue adequadamente. Com o tempo, os níveis de insulina podem tornar-se demasiado baixos para serem eficazes. A resistência à insulina e os baixos níveis de insulina, em conjunto, conduzem a níveis de glicose no sangue elevados na diabetes tipo 2.



Figura 10 - Administração de Insulina em caneta

Fonte: Atlas da Saúde

2.1.1.5. Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (cardio = coração; vasculares = vasos sanguíneos) afetam o sistema circulatório, ou seja, o coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares).

As doenças cardiovasculares (DCV) são de vários tipos, sendo as mais preocupantes a doença das artérias coronárias (artérias do coração) e a doença das artérias do cérebro. Quase todas são provocadas por aterosclerose, ou seja, há uma obstrução devido a gordura que se acumula nas paredes da veia ou artéria.

Quando a aterosclerose aparece nas artérias coronárias, pode causar sintomas e doenças como a angina de peito, ou provocar um enfarte do miocárdio. Quando se desenvolve nas artérias do cérebro, pode originar sintomas como, por exemplo, alterações de memória, tonturas ou causar um acidente vascular cerebral (AVC).

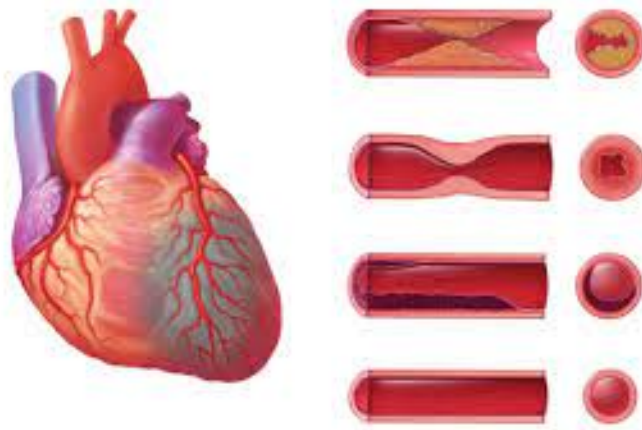


Figura 11 - Obstrução de uma artéria

Fonte: Sociedade Europeia de Cardiologia

2.1.1.6. Osteoporose

É caracterizada pela diminuição da massa óssea e deterioração da arquitetura do osso, conduzindo ao aumento do risco de fratura (figura 12). Esta definição baseia-se essencialmente na quantificação da densidade mineral óssea avaliada por meios diagnósticos adequados. As fraturas osteoporóticas afetam mais frequentemente as mulheres pós-menopáusicas e os indivíduos idosos e representam um grave problema de

saúde pública devido à sua elevada prevalência, às consequências médicas que acarretam, à diminuição da qualidade de vida e aos custos económicos e sociais que comportam.

Estes tipos de fraturas resultam, em regra, de traumatismos de baixa energia, a maioria das vezes causados por uma queda no mesmo plano. No caso das fraturas vertebrais, não existe habitualmente um traumatismo evidente.

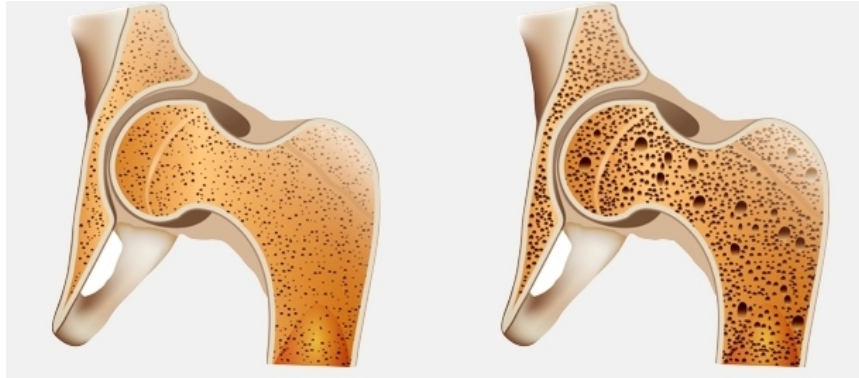


Figura 12 - Osso normal vs osso com osteoporose

Fonte: Tua Saúde

2.1.1.7. Depressão

A depressão é uma perturbação mental persistente que afeta negativamente a forma como a pessoa se sente, pensa e age. Provoca sentimentos de tristeza e/ou perda de interesse e prazer nas atividades lúdicas habituais e diminui de forma significativa a capacidade funcional da pessoa, quer a nível profissional, quer a nível social. A depressão induz assim um sofrimento intenso, podendo conduzir, em última instância, ao suicídio.

A depressão é assim diferente das flutuações do humor reativas aos acontecimentos e desafios do dia-a-dia (figura 13). Habitualmente estas flutuações ocorrem num curto período de tempo e não afetam a capacidade funcional da pessoa.



Fonte: PsiqWeb

Figura 13 - Idosa com depressão

2.1.1.8. Acidente Vascular Cerebral

Um **acidente vascular cerebral (AVC)** é a perda da função neurológica súbita por uma lesão vascular no território de irrigação do cérebro, sendo este superior a 24 horas. O **AVC** pode ser de dois tipos, pode ser isquêmico que é o que acontece em 80% dos idosos, e os outros 20% é para o AVC hemorrágico.

As principais causas do AVC isquêmico (figura 14) é a **trombose cerebral**, isto é, quando um coágulo de sangue se forma numa artéria principal em direção ao cérebro, outra causa é a **embolia cerebral**, isto é, quando existe um bloqueio causado pelo coágulo bolha de ar glóbulo de gordura (embolismo) se forma num vaso sanguíneo em alguma parte do corpo e é levado na corrente sanguínea para o cérebro, outra causa é o **bloqueio** nos pequenos vasos sanguíneos da parte mais profunda do cérebro.



Figura 14 - AVC Isquêmico

Fonte: Tua Saúde

As principais causas do AVC hemorrágico (figura 15) é a **hemorragia intracerebral** isto acontece quando um vaso sanguíneo rebenta dentro do cérebro, a outra causa é quando ocorre uma **hemorragia subaracnoide**, isto acontece quando um vaso sanguíneo na superfície do cérebro sangra para a área entre o cérebro e o crânio que é chamado por espaço subaracnoide.



Figura 15 - AVC Hemorrágico

Fonte: Tua Saúde

Os principais sintomas e sinais são:

- Perda da sensibilidade e ou movimento de um dos lados do corpo;
- Desvio da comissura labial;
- Fala arrastada ou um discurso incompreensível;
- Visão subitamente enublada ou perda de visão;
- Cefaleias intensas e súbitas;
- Incontinência urinária;
- Comportamento repetitivo;
- Sonolência.

2.1.1.9. Paragem Cardiorrespiratória

A paragem cardiorrespiratória (PCR) é um acontecimento repentino e consiste na interrupção ou falência súbita das funções cardíaca e respiratória. Em consequência a pessoa:

- fica inconsciente
- não responde
- não respira ou não respira normalmente

A PCR é um fator fundamental para a ativação dos serviços de emergência e, neste último caso, para o rápido início de manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) (figura 16).



Figura 16 - Cadeia de Sobrevivência

Fonte: Cardiologianet

Com o aparecimento destas doenças, que são muitas das vezes condicionantes para a vida da pessoa, a maioria, através dos seus familiares, tenta receber ajuda recorrendo a algumas respostas sociais. Estes tipos de respostas são essenciais pelo que existem diversas. Assim serão referidas, seguidamente, aquelas que existem no concelho de Seia.

2.1.2. Respostas Sociais

As redes sociais contribuem para a capacidade adaptativa do indivíduo, bem como para a manutenção da sua própria saúde física e mental (Sluzky, 1996), podendo genericamente, caracterizar-se, como afirmam, Dunst & Trivette, (1990), como sendo o conjunto de recursos fornecidos por outros indivíduos, representando assim a totalidade das relações que o indivíduo tem ao seu dispor. Podem dividir-se em duas grandes categorias:

- i) As **informais**, incluem simultaneamente os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, conselheiros espirituais, etc.) e os grupos sociais (clubes, associações, igrejas, etc.), que são passíveis de fornecer apoio nas atividades quotidianas em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos.

- ii) As **formais**, incluem tanto as organizações sociais formais (hospitais, instituições, programas governamentais, serviços, etc.), como os profissionais que as assistem (Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, etc.).

Assim são diversas as respostas que podemos encontrar, tais como:

i. Serviço de Apoio Domiciliário

O **Serviço de Apoio Domiciliário** (S.A.D.) é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

Consiste em assegurar aos indivíduos e famílias satisfação de necessidades básicas, prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar e por fim colaborar na prestação de cuidados de saúde.

ii. Centro de Convívio

Resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade. Tem como principais objetivos prevenir a solidão e o isolamento, incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local, fomentar as relações interpessoais e entre as gerações e contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições.

iii. Centro de Dia

O **Centro de Dia** é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou

o seu agravamento. De entre os serviços prestados pelo Centro de Dia, salienta-se também a possibilidade do desenvolvimento do Serviço de Apoio Domiciliário.

Simultaneamente, o Centro de Dia é uma resposta que possibilita aos utentes novos relacionamentos assim como elos de ligação com o exterior, através do estabelecimento de contactos com os colaboradores, voluntários, clientes e pessoas da comunidade. Atendendo assim a qualidade da intervenção dever ser uma exigência a ter em conta permanentemente na gestação desta Resposta Social.

iv. Centro de Noite

Resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por viverem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite. Os seus principais objetivos é acolher durante a noite pessoas com autonomia, assegurar o bem-estar e segurança do utilizado, e fomentar a permanência do utilizador no seu meio habitual de vida.

v. Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas

A resposta **Acolhimento Familiar** constitui-se como uma medida de proteção para crianças, jovens, pessoas com deficiência, em situação de dependência e idosos, que se encontrem numa condição de vulnerabilidade e cujos direitos, num determinado momento, podem estar seriamente comprometidos. Acolher é sinónimo de cuidar e de garantir, ainda que temporariamente, a satisfação das necessidades do outro, mas é, sobretudo, o compromisso e o empenho para com o seu bem-estar e crescimento pessoal.

Ao refletir sobre o acolhimento familiar como mais uma alternativa de proteção e de desinstitucionalização, necessariamente discutimos as mudanças de conceção do papel da família, outras perspetivas sobre a construção de novas formas de relacionamento afetivo e a necessidade de qualificar cada vez mais esta resposta social. Acolher é assim também, sinónimo de capacitação para o cuidar, para a prestação de um serviço de qualidade que envolve não só dedicação pessoal, mas particularmente, o conhecimento e a sensibilidade

no que respeita ao contexto social, às problemáticas familiares e às características individuais de quem, numa determinada fase da sua vida, necessita desta resposta social.

vi. Residência

Resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos. Os seus objetivos são proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.

vii. Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

É fundamental que a estrutura residencial se constitua como um contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efetivas necessidades específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os clientes são o centro de toda a atuação e que o meio familiar e social de um indivíduo é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas com mais idade, de acordo com os seus desejos e interesses. Assim o exige a perspetiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos.

A partir dos determinantes do envelhecimento ativo identificados na II Assembleia Mundial das Nações Unidas (Madrid, 2002) – fatores sociais, fatores pessoais, saúde e serviços sociais, fatores do meio físico, fatores económicos e fatores comportamentais – é requerida para as estruturas residenciais uma abordagem holística e integrada na sua conceção, na organização e prestação dos seus serviços.

Para além das repostas sociais, existem também respostas a nível de saúde, uma dessa resposta é o Hospital. Um dos serviços que dá maior resposta a nível de saúde urgente ou emergente é o serviço de urgências, local onde foi realizado este estágio.

2.1.3. Urgências

O serviço de urgência é, muitas das vezes, a linha da frente no que diz respeito ao contato do doente com o serviço de saúde, verificando-se uma afluência crescente e um aumento das exigências de qualidade a par da necessidade da redução de custos. Urgências são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.

O funcionamento dos Serviços de Urgência tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde. Por múltiplas razões, os Serviços de Urgência transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada no SNS e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros Serviços de Ação Médica, do Ambulatório e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. As múltiplas intervenções feitas, nos últimos 20 anos, na organização e distribuição dos Serviços de Urgência não resolveram as múltiplas disfunções existentes e, atualmente, verificam-se mais de dez milhões de urgências por ano (11 174 959 em 1999). Destas, pelo menos 50% não carecem de um atendimento em Serviço de Urgência Hospitalar, com todas as consequências que daí advêm para todos os intervenientes: Para os cerca de 50% dos doentes que carecem, efetivamente, de cuidados de urgência há um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados, pelo desvio dos recursos humanos, por um lado, e um obstáculo à especialização dos profissionais, por outro.

O conceito de “emergência e urgência médica” está definido no despacho 18459/2006 como qualquer “situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”. Neste despacho não se faz distinção entre urgência e emergência. Na definição adotada a utilização do termo súbito é demasiado restritiva, porque existem muitas situações emergentes que não são súbitas.

A principal diferença entre esses dois estados é que uma emergência apresenta ameaça **imediate** para a vida enquanto a urgência é uma ameaça em um **futuro próximo**, que pode vir a se tornar uma emergência se não for solucionada.

A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNU) distingue estes dois conceitos, definindo como **urgência** uma situação clínica “que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”, e por **emergência** uma situação em que “existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”. Esta comissão faz a distinção com as situações agudas ou agudizadas que não implicam intervenção corretiva em curto espaço de tempo e não deveriam estar contidas nos objetivos assistenciais dos serviços de urgência (SU). Na distinção entre urgência e emergência feita pela CRRNU infere-se que a emergência é uma subcategoria da urgência (tabela 1).

A Medicaid americana define emergência médica como uma condição médica (incluindo parto emergente), que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) para que a ausência de cuidados médicos imediatos possa, com muita probabilidade, fazer perigar a saúde do doente, comprometer gravemente a função de órgão ou provocar a disfunção de um órgão ou parte dele. (Franz K.V.,2009)

Tabela 1 - Urgência e Emergência

	Emergência	Urgência
O que é?	Situação onde a vida, a saúde, a propriedade ou o meio ambiente enfrentam uma ameaça imediata.	Uma urgência não apresenta um risco imediato de vida, porém pode se transformar em uma emergência se não for solucionada rapidamente.
Aparecimento	De forma súbita e imprevista.	Pode haver previsão.
Solução	Deve ser imediata.	Deve ser em curto prazo.
Exemplos de caso	Grandes hemorragias, paragem respiratória e paragem cardíaca.	Luxações, entorses, fraturas (dependendo da gravidade).

A emergência é considerada uma situação em que a vida, a saúde, a propriedade ou o meio ambiente enfrentam uma ameaça imediata. Em situações de emergência, devem ser tomadas medidas súbitas, para evitar que a situação se agrave.

A definição de emergência varia de acordo com os órgãos que respondem às situações de emergência, como bombeiros, ou pronto-socorro em hospitais. O governo é responsável por estabelecer os padrões, pois são eles que gerenciam as emergências.

Tipos de emergências:

- **Perigo para a vida:** quando a vida está em perigo devido a desastres naturais. É a mais alta prioridade, uma vez que a vida humana é considerada a coisa mais importante;
- **Perigo para a saúde:** quando alguém precisa imediatamente de alguma ajuda em relação à sua saúde, para que sua vida não esteja em perigo no futuro próximo;

2.3.1.1.Triagem de Manchester

A triagem de Manchester no serviço de urgência permite identificar os doentes mais graves e assegurar que recebem cuidados rápidos, dada a procura.

A **Triagem de Manchester** atribui pulseiras com cores, desde o vermelho (emergente) até ao azul (não-urgente). Antes deste sistema, os utentes eram atendidos por ordem de chegada, salvo algumas exceções de carácter urgente.

Mas, a partir do momento em que a triagem de Manchester foi implementada nos serviços de urgência hospitalar, a situação mudou e a ordem de atendimento passou a basear-se no nível de gravidade dos casos apresentados pelos utentes.

O enfermeiro faz uma observação e regista alguns parâmetros que permitem atribuir uma cor correspondente a um grau de prioridade e sugerir um tempo de espera, até à primeira observação médica.

Cores das pulseiras de triagem

O sistema de triagem de Manchester é constituído por cinco cores, consoante o grau de gravidade e o tempo previsto para o atendimento do utente. Aos doentes com problemas mais graves é atribuída a cor **vermelha**, que corresponde a um atendimento imediato. Essas cores são utilizadas nas pulseiras atribuídas ao paciente no hospital.

Os casos muito urgentes recebem a cor **laranja**, para serem atendidos num espaço de tempo de dez minutos, enquanto a cor **amarela** significa um caso urgente, sendo estimado o atendimento no prazo de uma hora.

As cores **verde** e **azul** são atribuídas às situações que apresentam menor gravidade (pouco ou não-urgentes) e, como tal, são os casos que demoram mais tempo a serem atendidos, podendo levar entre duas a quatro horas, respetivamente.

Na tabela seguinte encontra-se um resumo do significado desta tipologia:

Tabela 2 - Características das pulseiras de triagem

Grau de prioridade	Cor	Caraterística	Tempo de esperar para observação clínica
Emergência	Vermelho	Caso gravíssimo. Risco de morte	Imediato
Muita urgência	Laranja	Caso grave com risco de vida	10 minutos
Urgência	Amarelo	Gravidade moderada sem risco imediato	60 minutos
Pouca urgência	Verde	Pode aguardar atendimento	120 minutos
Não urgente	Azul	Caso para atendimento na unidade de saúde mais próxima da residência ou aguardam atendimento de acordo com horário de chegada.	240 minutos

2.1.3.2. Prioridade do Utente

É importante frisar que o sistema de triagem de Manchester não pretende estabelecer diagnósticos, mas sim realizar uma triagem de prioridades, de acordo com critérios bem estabelecidos por este protocolo.

Assim, o principal **objetivo é assegurar que os doentes mais graves são atendidos primeiro.**

A **triagem de prioridades** constitui, ainda, uma etapa crucial na abordagem e gestão de qualquer situação em que o número de doentes excede a capacidade de resposta das equipas, seja durante o funcionamento normal dos serviços de saúde ou em situações de exceção.

Depois do acolhimento, o enfermeiro identifica de forma clara o motivo da vinda à urgência através da identificação da queixa. Depois seleciona um quadro entre 50 disponíveis (que seja o mais adequado entre vários possíveis para aquela queixa).

Esses quadros contêm várias questões que devem ser colocadas ao doente pela ordem apresentada e podem ser específicos para a situação em causa. Cabe ao profissional que realiza a triagem escolher o fluxograma que melhor se adequa à queixa principal do doente. Por exemplo, no quadro de dispneia (falta de ar), surgem perguntas como: *a respiração é ineficaz? O doente emite um estridor (som que pode ser inspiratório ou expiratório)? Existe dor precordial (dor pesada no centro do peito, que pode irradiar para o braço esquerdo ou para o pescoço)?...*

O enfermeiro percorre, então, a lista de questões, realizando a medição de parâmetros fisiológicos, como a temperatura, atribuindo no final o respetivo grau de prioridade. Se, após a observação inicial, existir agravamento do doente durante o período de espera, o doente pode ser reavaliado, podendo ser alterada a cor anteriormente atribuída.

2.1.3.3. Serviço de Urgências do Hospital Nossa Senhora da Assunção Seia

O Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia, no qual o estágio foi realizado, pertence à Unidade Local de Saúde da Guarda (ULS). Há várias valências dentro deste hospital, no entanto o estágio incidiu no Serviço de Urgências.

O Serviço de Urgência é um serviço multidisciplinar e multiprofissional constituído por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais (TAS) e Técnicos de serviço administrativos. Este serviço funciona 24 horas por dia no atendimento de adultos, pois cada profissional de saúde trabalha por turnos onde o **turno da manhã** começa às 08:00h e termina às 16:00h, o **turno da tarde** tem início às 15:30 e termina às 23:30h e o **turno da noite** das 23:30h às 08:30h.

Neste serviço de urgências existem 2 médicos durante 24h, no turno da manhã, assim como 2 enfermeiros e uma auxiliar. No turno da tarde trabalham 2 enfermeiros e 1 auxiliar e no turno da noite 1 enfermeiro e 1 auxiliar.

No serviço da **Unidade Internamento de Curta Duração (UICD)** existe uma médica de internamento durante 12h, no turno da manhã há 2 enfermeiros e 2 auxiliares. No turno da tarde 2 enfermeiros e 1 auxiliar e no turno da noite estão escalados 1 enfermeiro e um auxiliar que é o mesmo que está destinado ao serviço de urgências.

Se o doente for independente e conseguir andar este entra no Serviço de Urgência através da porta principal, dirigindo-se à zona da secretaria onde irá efetivar a sua ficha de presença. No caso de doentes acamados ou que vêm através da ambulância com os bombeiros ou com a SIV, dão entrada pela zona de transferência onde se faz uma avaliação prévia para de seguida se fazer a transferência da maca onde o doente está para uma maca do Serviço de Urgência, ou para uma cadeira de rodas se as condições do doente assim deixarem.

Existe um espaço destinado à triagem dos doentes, que entram pela porta de acesso ao serviço após serem chamados pelo enfermeiro que está a fazer a triagem. A zona adjacente é a sala de espera dos utentes com pulseira azul ou verde ou com pulseira amarela ou laranja que lá esperam até serem vistos pelo enfermeiro/médico, conforme as necessidades do doente.

Devido à situação pandémica que estamos a viver atualmente, existe ainda uma zona de urgência respiratória (Covid) para onde são encaminhadas todas as pessoas suspeitas de estar infetadas com Covid19 (temperatura superior a 38°C, e ou dispneia e ou tosse de novo).

O Serviço de Urgência é constituído por dois gabinetes médicos, duas casas de banho para a higiene dos doentes, sala de tratamento, sala de urgência (preparação de medicação, pensos, colheita de análises, entre outros procedimentos), sala de emergência/ reanimação (esta sala está preparada com o material necessário para receber doentes que estão a precisar de cuidados emergentes- tais como ventilador, eletrocardiógrafo, rampa de aspiração – e vítimas de paragem cardiorrespiratória); há um serviço de internamento com

duas salas – UICD 1 e 2 Unidades de internamento de curta duração, para onde vão os doentes que carecem de internamento ou os doentes que estão a aguardar vaga nos serviços de internamento, como por exemplo o Serviço de medicina, cada unidade é constituída por 4 camas. Por uma questão de logística e melhor acomodação de doentes, também ali são alocados doentes que ficam em observação ao cuidado do serviço de urgência.

O stock de material serve de apoio a todo o serviço, bem como a copa e os vestiários. A Equipa de enfermagem e de Assistentes Operacionais são comuns aos dois Serviços: Urgência e UICD.

2.1.4. O Idoso no Serviço de Urgência

O serviço de urgências tem como objetivos garantir a qualidade dos serviços prestados e o seu impacto na sociedade e garantir as metas de produtividade propostas para o serviço. Tem capacidade para admitir, estabilizar e/ou encaminhar doentes críticos do foro médico, cirúrgico psicológico e orto traumatológico em situações de desastre e/ou de emergências.

As relações interpessoais entre utentes e profissionais de saúde tornam-se, muitas das vezes, exaustivas ao ponto de se refletir na forma de cuidar.

Os nossos idosos estão cada vez mais isolados e entregues a si próprios o que faz com que cheguem ao serviço de urgência fragilizados. Os familiares, amigos, vizinhos que os levam ao serviço por vezes podem desconhecer a sua realidade.

Nos idosos o internamento suscita-lhe várias emoções e conflitos e faz com que eles tenham uma certa dificuldade em expressar esses sentimentos, levando a um estado de exaustão que tem como consequência a depressão. Esta depressão leva muitas das vezes a uma desorientação comprometendo a sua qualidade de vida pois o hospital para eles é um mundo completamente desconhecido onde existem espaços e pessoas que eles não conhecem. Este “mundo estranho” faz com que se sintam inquietos pois foram afastados do seu ambiente habitual. Para além desta situação há casos em que têm restrições nas visitas o que dificulta ainda mais a sua situação, tal como aconteceu e acontece neste momento atual de pandemia COVID-19.

Cuidar do idoso no serviço de urgência requer uma atenção especial e individualizada. Cada doente é um ser único, logo tem a sua individualidade.

O estágio foi realizado neste serviço, o que me permitiu contactar com vários idosos entre os 65 e os 100 anos, alguns deles com algumas doenças referidas anteriormente.

2.2. Técnico de Gerontologia

O crescimento da população de idosos e o aumento da expectativa de vida fazem com que o mercado necessite cada vez mais destes técnicos. Este curso Técnico Superior Profissional (TeSP) foi criado pelo Decreto-Lei nº43/2014 de 18 de março.

O Técnico Superior Profissional em Gerontologia é o profissional que, integrado numa equipa multiprofissional, será capaz de contribuir para a satisfação das necessidades da pessoa idosa, como ser biopsicossocial, promovendo a sua segurança, bem-estar e qualidade de vida.

Capítulo III – Estágio

O estágio realizado foi de 750h no Hospital Nossa Senhora da Assunção em Seia, tendo início no dia 8 de março de 2021 e término no dia 28 de junho de 2021. O horário foi rotativo (anexo II) onde pude experienciar os três turnos, manhã, tarde e noite.

Os *objetivos gerais* durante a realização do estágio foram os seguintes:

- Assumir um compromisso legal e ético na minha prática;
- Desenvolver e demonstrar competências instrumentais e interpessoais na gestão e prestação de cuidados ao doente;
- Demonstrar competências sistémicas na gestão e prestação de cuidados ao doente;
- Ser a principal responsável pela minha aprendizagem;
- Analisar/avaliar a minha evolução ao longo do ensino clínico.

Os *objetivos específicos* durante a realização do estágio foram os seguintes:

- Ser pontual e assídua;
- Garantir a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral;
- Identificar práticas e risco e adotar medidas apropriadas;
- Praticar de acordo com as normas deontológicas e da instituição;
- Explicar todos os procedimentos e suas finalidades ao utente, reduzindo a ansiedade e apelando à sua colaboração, sempre que possível.
- Desenvolver e demonstrar competências instrumentais e interpessoais na gestão e prestação de cuidados ao doente:
- Ser correta na maneira de ser e estar;
- Respeitar o utente (direitos, confidencialidade, privacidade, autonomia);
- Contribuir para um trabalho de equipa eficaz;
- Trabalhar em colaboração com outros profissionais.
- Revelar boa integração na equipa multidisciplinar;
- Promover o conforto com a alternância de decúbitos e o levante, prevenindo o aparecimento de úlceras de pressão;
- Vestir vestuário adequado ao idoso mantendo a sua temperatura corporal;

- Colaborar na higiene dos doentes eliminando os resíduos corporais e assegurando a proteção da pele;
- Evitar perigos ambientais e impedir que prejudique os outros;
- Comunicar com os doentes promovendo a expressão de emoções, necessidades, receios e opiniões;
- Trabalhar de forma a obter realização e satisfação;
- Dar alimentação aos doentes e ver se eles comem e bebem bem;
- Colaborar numa urgência e ou emergência.

3.1. Atividades realizadas

Para a realização das atividades descritas nos pontos seguintes, contei com a colaboração dos vários elementos que constituem a equipa de enfermagem, e com os vários assistentes operacionais que constituem a equipa do serviço de Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e urgência.

3.1.1. Higiene e conforto

Esta atividade era realizada com os utentes da UICD. Era minha função, das auxiliares e da equipa de enfermagem a prestação de cuidados de higiene ao utente. Sendo executada habitualmente no início do turno da manhã e sempre que necessário.

i. Doentes que necessitam de ajuda total

Estes doentes recebem ajuda da auxiliar e de um elemento da equipa de enfermagem.

Antes de começar o procedimento reunimos o material necessário e dele constam: duas esponjas de banho, gel de banho, roupa lavada para vestir, toalha, fralda, duas bacias e lençóis lavados. O procedimento a seguir é o seguinte:

1. Começar por instalar o doente de barriga para cima (decúbito dorsal) e com o resguardo posicioná-lo para o lado que vamos dar o banho na cama, colocá-lo ele de forma a ficar confortável para tomar banho;
2. Retirar o travesseiro e cobertores, mas manter um lençol por cima da pessoa para evitar gripes e resfriados e garantir a privacidade;

3. Limpar os olhos com uma gaze molhada ou uma esponja de banho limpa e umedecida, sem sabonete, começando do canto interno do olho para fora. É de fora para o canto interno; **O princípio orientador do procedimento é lavar da parte mais limpa para a mais suja.**
4. Lavar o rosto e as orelhas com uma esponja de banho húmida, evitando que a água vá para os olhos ou entre nos ouvidos;
5. Secar o rosto e olhos com uma toalha seca e macia;
6. Colocar sabonete líquido na água, destapar os braços e a barriga e, utilizando a esponja de banho molhada em água e sabão, lavar os braços, começando pelas mãos em direção às axilas, e depois continuava-se lavando o peito e a barriga;
7. Secar os braços e a barriga com a toalha e depois colocar de novo o lençol por cima, deixando, desta vez, as pernas descobertas;
8. Lavar as pernas com a esponja molhada com água e sabão, desde os pés até às coxas;
9. Secar bem as pernas com a toalha, tendo especial atenção para secar entre os dedos dos pés para não ficar com micose;
10. Lavar a região íntima, iniciando pela frente e passando para trás em direção ao ânus. Para lavar a região do ânus, virar a pessoa de lado, aproveitando para dobrar o lençol molhado em direção ao corpo, colocando um seco sobre a metade da cama que está livre;
11. Secar bem a região íntima e, ainda com a pessoa deitado de lado, lavar as costas com a outra esponja umedecida e limpa para não contaminar as costas com restos de fezes e urina;
12. Deitar a pessoa sobre o lençol seco e retirar o resto do lençol molhado, esticando o lençol seco sobre toda a cama;
13. Vestir a pessoa com roupa adequada à temperatura que está dentro do quarto, para que não tenha frio, mas para que também não esteja com muito calor.

ii. Nos doentes que precisam de ajuda parcial

Estes doentes recebem ajuda da auxiliar e se for necessário será requerida a ajuda de um elemento da equipa de enfermagem. É necessário decidir com o doente, sempre que adequado, onde e como vai decorrer a higiene do doente: no WC ou na cama.

Então antes de começar o procedimento é reunido o material necessário que consiste em duas esponjas de banho, gel de banho, roupa lavada a vestir, toalha e fralda se necessário.

O procedimento é o seguinte:

1. Começar por retirar o calçado, a roupa, a fralda caso a/o utente possuísse;
2. Com muito cuidado pedíamos para se agarrar a nós e se sentasse na cadeira de banho;
3. Começar por lavar a cabeça, logo de seguida o corpo e por fim as partes genitais;
4. Quando se terminava secávamo-la/o e era colocada a fralda, vestida a roupa lavada e finalmente o utente era levado para quarto onde esperava pelo pequeno-almoço;
5. Se o utente tivesse capacidade para ficar sentado num cadeirão ou cadeira de rodas então seria nele colocado.

iii. Nos doentes independentes

1. Se o/a utente tivesse roupa sua tomava banho quando queria, se não tivesse roupa sua, a roupa era-lhe fornecida;
2. Enquanto o doente tomava banho fazíamos-lhe a cama de lavado;
3. Quando chegava do banho colocava a roupa que tinha tirado dentro do seu cacifo correspondente ao número da sua maca.

3.2.2. Troca de fralda

A troca de fralda era realizada em utentes que se encontravam na UICD, por vezes esta atividade também era realizada em contexto da urgência. Há cuidados a ter com os utentes que usam fraldas, devido ao risco muito acrescido de infeções urinárias caso a urina ou fezes permaneça muito tempo na fralda, e, também, aos odores associados à urina e fezes. Há também o risco de desenvolverem problemas cutâneos desde eritema das fraldas a úlceras por excesso de humidade.

Assim, antes de começar o procedimento é reunido o material necessário que engloba o saco do lixo, a fralda nova e o material de higiene as esponjas. A troca da fralda nos doentes totalmente dependentes era feita por uma auxiliar e um enfermeiro para evitar que o utente caísse da cama. O procedimento a utilizar era o seguinte:

1. Descolar a fita adesiva da fralda, e a dobra para dentro de forma que a aba fique por baixo. Posiciona-se de forma delicada para esse lado;
2. Descola a outra fita do lado oposto e com uma manípula retira-se a maior parte da sujeira da região genital em direção ao ânus para evitar infecções urinárias;
3. Virar a pessoa para um dos lados da cama;
4. Limpar de novo a parte do ânus com outra manípula umedecida em água e sabão;
5. Em seguida a região deve ser bem seca para evitar possíveis feridas;
6. Retirar a fralda suja para trás.
7. Colocar um creme hidratante e colocar a fralda limpa assim como as fitas adesivas da fralda de modo que o doente se sinta confortável.

Caso a cama seja articulada, é aconselhável que esteja elevada ao nível do quadril do cuidador e completamente na horizontal, para facilitar a troca da fralda.

3.2.3. Levante

A técnica do levante era realizada em utentes que se encontravam em contexto de UICD, no entanto, por vezes, também era realizada em utentes em contexto da urgência.

Pessoas que estão acamadas muitas horas por dia precisam ser levantadas da cama regularmente para evitar atrofia musculares e articulares, assim como prevenir o aparecimento de feridas na pele, conhecidas como escaras. O procedimento a adotar nesta situação era:

1. Colocar a cadeira de rodas ou a poltrona ao lado da cama e trave as rodas da cadeira, ou encoste a poltrona na parede, para que ela não ande;
2. Com a pessoa ainda deitada, arrasta-se para a beira da cama, colocando os dois braços por baixo do corpo;
3. Colocar o braço debaixo das costas na altura dos ombros;
4. Com a outra mão, segurar na axila e sentar a pessoa na cama. O cuidador deve dobrar as pernas e manter as costas retas, esticando as pernas enquanto levanta a pessoa até à posição de sentada;

5. Manter a mão suportando as costas da pessoa e puxar os joelhos para fora da cama, rodando-o para que fique sentada com as pernas penduradas na beira da cama;
6. Arrastar a pessoa até a beira da cama de forma que os pés fiquem apoiados no chão. **Atenção:** para garantir a segurança é muito importante que a cama não possa deslizar para trás. Por isso, se a cama tiver rodas, é importante travar as rodas. Nos casos em que o piso permite o deslizamento da cama, pode-se tentar encostar o lado oposto à parede;
7. Abraçar a pessoa por baixo dos braços e, sem deixá-la deitar novamente, segure-a por trás, no cóis da calça;
8. Levantar a pessoa ao mesmo tempo que rodamos o corpo, em direção à cadeira de rodas ou poltrona, e deixe cair o mais lentamente possível sobre o assento;
9. Para deixar a pessoa mais confortável ajuste a posição, puxando-o contra as costas da cadeira, ou a poltrona, passando os braços ao seu redor como um abraço.

3.2.4. Posicionamentos

A técnica de posicionamentos era realizada em utentes que se encontravam no contexto da UICD. O posicionamento/alternâncias de decúbito é essencial para a pessoa com alterações da mobilidade, com o objetivo de prevenir complicações associadas à imobilidade, como por exemplo as úlceras de pressão assim como proporcionar conforto e promover a autonomia da pessoa.

São descritas, nos pontos a seguir, as diferentes técnicas utilizadas.

i) Decúbito Dorsal

1. O idoso é ser colocado de costas, com as pernas estendidas ou ligeiramente fletidas para provocar o relaxamento dos músculos abdominais;
2. São colocadas almofadas de baixo dos braços, debaixo dos joelhos e dos pés;
3. Os braços podem estar estendidos ao longo do tronco ou ligeiramente fletidos sobre o abdómen;
4. O lençol que vai cobrir o idoso deve estar solto na cama.

ii) Decúbito Lateral

1. O idoso fica deitado com o lado direito/esquerdo para baixo, pernas ligeiramente fletidas e braços para frente ligeiramente fletidos;
2. Coloca-se uma almofada dobrada em forma de rolo nas costas do utente, coloca-se outra almofada por debaixo do joelho do utente e outra debaixo do pé do utente para evitar úlceras de pressão;
3. O lençol que vai cobrir o idoso deve estar solto na cama.

iii) Decúbito Semi-dorsal

1. O idoso fica deitado em posição dorsal, pernas estendidas e braços ligeiramente fletidos;
2. De seguida devem ser colocadas as almofadas do lado que se pretende aliviar a pressão;
3. O lençol que vai cobrir o idoso deve estar solto na cama.

3.2.5. Alimentação

Esta atividade consistia em auxiliar no processo de alimentação aos utentes que se encontravam no contexto da UICD e quando adequado no serviço de urgência. É fundamental verificar se o doente recebe a dieta correta, conforme prescrita pelo seu médico assistente.

i) Doentes que necessitam de ajuda total e ou têm sonda naso-gástrica

Nestes doentes a alimentação é realizada por um auxiliar ou por alguém da equipa de enfermagem. Se o utente estiver com a cabeça elevada, começa-se por baixar a maca, e puxar o doente para cima tanto com o resguardo como pelo corpo do doente e era posicionado de uma forma correta para se alimentar sem se engasgar. A cabeceira era elevada e colocado um babete para evitar que o doente se sujasse. Em seguida era colocado um tabuleiro com a respetiva alimentação sobre a mesa do doente e iniciava-se e a alimentação com a respetiva medicação que era distribuída por os enfermeiros.

No fim da alimentação limpávamos a cavidade oral do doente, retirávamos o babete e íamos limpar a mesa do doente e mantê-la ordenada.

ii) Doentes que precisam de ajuda parcial

Estes doentes normalmente apenas têm auxílio da parte do pessoal auxiliar, no entanto quando não o conseguem realizar então é solicitada ajuda da parte da enfermagem. Inicia-se por ajudar o doente a instalar-se na cama a ficar de forma confortável para comer e para evitar que este se engasgue e colocado um babete.

A alimentação era colocada sobre a mesa numa posição adequada e confortável para o idoso, se for necessário os alimentos eram cortados e colocados os medicamentos de forma que o idoso os conseguisse ingerir. O idoso era incentivado a comer pela sua própria mão a só se este não conseguisse é que dávamos a comida na boca. No fim da alimentação informávamos o enfermeiro responsável pelo doente referindo se ele se alimentou bem. Se não acontecia essa situação então seria explicado qual o motivo, por ele referido, para essa falta de apetite ou se eventualmente não gostou da comida ou qual a outra dificuldade.

No fim dos passos referidos anteriormente o idoso era ajudado a lavar os dentes e estimulávamos o utente a higienizar as mãos e a cavidade oral. Os tabuleiros eram arrumados assim como a mesa.

iii) Nos doentes independentes

Começava-se por colocar o idoso na posição correta para ele comer e colocava-se o respetivo tabuleiro na sua frente. Durante refeição do utente, havia a indicação de ser supervisionada, para se poderem identificar as faltas ou as dificuldades que poderiam requerer a nossa atenção. No fim da refeição o enfermeiro responsável do doente era informado se o utente tinha ingerido toda a refeição ou não.

No final era limpa a área onde o doente comeu e o utente era sentado ou deitado segundo a sua escolha. Era necessário ter sempre o cuidado de o colocar numa posição confortável e de forma que não ficasse com úlceras de pressão.

3.2.6. Transferência entre macas

A transferência entre macas era realizada no contexto da urgência e por vezes na UICD sobretudo em situações de transferência de serviço ou alta se acamado. A transferência normal era aquela que era realizada entre a maca dos bombeiros para a maca do hospital, por vezes também ocorria da maca do hospital para a dos bombeiros quando eles levavam alguém transferido para outro hospital.

Se fosse um utente proveniente de queda e que viesse em plano duro ou em maca de vácuo, a transferência entre macas deste utente era realizada com a ajuda da maca tesoura.

Se fosse um utente que era totalmente dependente era transferido entre macas com a ajuda do transfer. Se fosse um utente independente tanto podia utilizar uma maca como uma cadeira de rodas, dependendo da gravidade da situação.

3.2.7. Raio x

Os utentes, em contexto de urgência, necessitavam de realizar raios X assim como os que se encontravam em contexto UICD.

Se fosse um doente proveniente de queda normalmente quem levava a maca era um auxiliar com um enfermeiro.

Se fosse um doente que estivesse em maca, mas que não precisasse de cuidados de enfermagem era levado até ao raio x por duas auxiliares.

Se fosse um doente em cadeira de rodas ou independente quem o levava até ao raio X era uma auxiliar.

3.2.8. Análises

As análises são realizadas quase sempre que um utente entra no serviço de urgência daí que o levar as colheitas ao laboratório fosse outra das atividades realizadas no estágio. Salienta-se que esta atividade foi igualmente realizada no contexto da UICD.

O enfermeiro do serviço recolhia as análises, e colocava as respetivas etiquetas de identificação nos tubos de colheita e em seguida eram levados para o laboratório.

Se a recolha de análises feita fosse de alguma suspeita de covid-19, os respetivos tubos eram colocados dentro de um frasco e esse mesmo frasco era levado para o laboratório.

3.2.9. Ecografias

As ecografias também eram solicitadas quer no contexto de urgência quer no de UICD, pelo que era igualmente necessário conduzir os utentes até à sala onde estas se realizavam.

Se fosse um doente que estivesse em maca, era levado até à sala de realização de ecografias por duas auxiliares.

Se fosse um doente em cadeira de rodas ou independente quem o levava até a ecografia era uma auxiliar.

3.2.10. Preparação cadáveres

A preparação de cadáveres era outra das atividades que foi realizada durante o período de estágio, e ocorreu tanto em contexto de urgência como em contexto UICD. O procedimento era o que a seguir se descreve:

1. Colocar o saco próprio para cadáveres sobre a maca própria para os cadáveres;
2. Fechar a boca do doente colocando uma liga a volta do queixo e atar na cabeça;

3. Colocar uma fralda lavada ao utente em questão, se este estiver algaliado com uma sonda, teremos que a tirar, se o utente estiver a ter dejeção, colocar compressas no ânus dele;
4. Colocar o utente dentro do saco de cadáver, colando uma etiqueta com a identificação dele no corpo do utente;
5. Tapar o utente em questão com o véu e colocar uma etiqueta sobre este;
6. Fechar o saco onde foi colocado o cadáver, e identificar este com uma etiqueta;
7. Colocar uma colcha sobre o saco e colar uma etiqueta sobre a colcha;
8. Levar a maca onde está o cadáver do utente até ao piso -1, onde se encontram um enfermeiro e uma auxiliar, ou duas auxiliares, que tratarão dos passos seguintes.

Não foi possível, neste serviço de urgência e UICD, realizar qualquer atividade associada a animação de idosos pois não havia tempo de descanso nem oportunidade para as poder aplicar, pois tratava-se apenas de ajudar a equipa técnica (médicos e enfermeiros) a salvar vidas.

Reflexão Final

O serviço de urgência é uma das áreas hospitalares com maior afluência, onde a procura e o grau de complexidade são elevados e imprevisíveis, o acesso é irrestrito e as exigências são crescentes, assim como a necessidade de gestão de recursos para evitar o colapso das instituições.

Por um lado, temos o acesso dos utentes, motivados pelas suas preocupações e exigências, movidos por crenças pessoais e sociais, com determinadas patologias e expectativas, procurando empatia e respostas por parte dos profissionais de saúde, que devem assegurar uma boa comunicação e prestação de informação e cuidados de qualidade, que contribuam para o grau de satisfação do doente, adesão ao tratamento, procura adequada de cuidados e confiança. Por outro lado, mas não oposto, temos os profissionais de saúde, que têm que ser capazes de se integrar num ambiente dinâmico, multitarefa, em constante mutação, com múltiplas exigências e pressões, que devem ser trabalhadas em equipa, com capacidade de resolução de conflitos, mas que pode ser fonte de prazer se a relação entre os profissionais e a organização for harmoniosa e cada um tiver a oportunidade de ver supridas as suas necessidades e se sentir parte da estrutura organizacional.

No início do meu estágio foram-me apresentados recursos físicos e humanos pela enfermeira chefe do serviço de urgências ao qual fui direcionada para estar com a enfermeira Ana Isabel a qual me ia orientar e em conjunto foi traçado um plano de trabalho.

A nível de rotinas diárias, comecei por me integrar nas tarefas de auxílio dos cuidados pessoais dos doentes, fazendo também algumas atividades na urgência ao longo do dia. O estágio é fundamental e decisivo na vida do estagiário, contudo, não deixa de ser um período de receios, oportunidades, trabalho e dedicação.

Agora que chegou ao fim mais uma etapa da minha vida, não posso deixar de expressar a minha realização, a nível profissional como pessoal. Este permitiu-me iniciar a minha construção como futura Técnica de Gerontologia, fornecendo-me aprendizagens inigualáveis, e possibilitando-me um enorme crescimento enquanto pessoa.

Bibliografia

Figueiredo, D. (2013). Relatório para a obtenção do diploma de especialização tecnológica em técnicas de secretariado clínico. Instituto Politécnico da Guarda.

Lopes, M.G. (2010). Imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento, em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior.

Netto, P. (1996). *Estilo de vida como indicador de saúde na velhice*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa.

Paul, C. (2002). *O bem-estar e satisfação na vida dos idosos*, in Terceira Idade: uma questão para a educação social, Porto, Universidade Portucalense.

Webgrafia

- <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/hospital-nossa-senhora-da-assuncao-2/> (10/03/2021)
- <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-da-guarda-epe/> (10/03/2021)
- <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/institucional/missao-visao-e-valores/> (10/03/2021)
- <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx> (16/03/2021)
- http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%Aancia_e_Urg%C3%Aancia.pdf (17/03/2021)
- <https://www.vidaativa.pt/triagem-de-manchester/> (17/03/2021)
- <https://www.diferenca.com/urgencia-e-emergencia/> (17/03/2021)
- <http://www.seg-social.pt/idosos> (3/4/2021)
- <https://www.diferenca.com/urgencia-e-emergencia/> (4/4/2021)
- https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn (9/4/2021)
- https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Ana%20Veloso.pdf (9/4/2021)
- <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf> (16/4/2021)
- <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/Idosos-urgencia.pdf> (17/4/2021)
- <https://pt.scribd.com/document/85259574/14-necessidades-Virginia-Henderson> (17/4/2021)
- <http://www.cartasocial.pt/> (3/07/2021)
- <https://www.podata.pt/Municipios> (3/07/2021)

Anexos

Anexo I


 IPG Politécnico da Guarda Polytechnic of Guarda	PLANO DE TRABALHO Ensino Clínico Estágio Cursos Técnicos Superiores Profissionais (CTeSP) Licenciaturas Mestrados	MODELO GESP.004.06 Ano Letivo 2020 / 2021
	Este documento é um complemento do formulário GESP.003 - CONVENÇÃO.	
Escola: <input checked="" type="checkbox"/> ESECD <input type="checkbox"/> ESS <input type="checkbox"/> ESTG <input type="checkbox"/> ESTH Tipologia: <input type="checkbox"/> Curricular <input type="checkbox"/> Extracurricular <input type="checkbox"/> Outro: _____ Ao abrigo de protocolo ou especificidade formativa? <input type="checkbox"/> Sim, Qual? _____ Informação adicional (se aplicável) Designação: _____ Ano curricular: _____ Semestre: _____ <input type="radio"/> 1.º período <input type="radio"/> 2.º período <input type="radio"/> 3.º período		
Regime específico COVID-19? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
1. IDENTIFICAÇÃO DOS INTERVENIENTES Estudante: <u>Bruna Tatiana Oliveira Cerqueira</u> N.º de estudante: <u>1703934</u> Docente orientador(a): <u>Rosa Branca Carneira Tracana Pereira</u> Supervisor(a)/Tutor(a): <u>Ana Joabel Branquinho Batista Maz Alves</u>		
2. PLANO DE TRABALHO <ul style="list-style-type: none"> * Ser pontual e assídua; * Garantir a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral; * Identificar práticas e riscos e adotar medidas apropriadas; * Praticar de acordo com os normas deontológicas e da instituição; * Explicar todos os procedimentos e suas finalidades ao utente, reduzindo a ansiedade e apelando à sua colaboração sempre que possível; * Desenvolver e demonstrar competências instrumentais e interpessoais na gestão e prestação de cuidados ao doente; * Ser correta na maneira de ser e estar; * Respeitar o utente (direitos, confidencialidade, privacidade, autonomia); * Contribuir para um trabalho de equipa eficaz; * Trabalhar em colaboração com outros profissionais; * Revelar boa integração na equipa multidisciplinar; * Promover o conforto com a alternância de decúbitos e o levente, prevenindo o aparecimento de úlceras de pressão; * Vestir vestuário adequado ao idoso monitorizado a sua temperatura corporal; * Colaborar na higiene dos dentes eliminando os resíduos corporais e tendo uma proteção da pele; * Evitar perigos ambientais e impedir que prejudique os outros; * Comunicar com os doentes, expressando emoções, necessidades, receios e opiniões; * Trabalhar de forma a obter resultados e satisfação; * Colaborar numa vigilância e emergência; 		
3. ASSINATURAS		

Figura 17 - Plano de trabalho

Anexo II

Março																							
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
M	M	M	T	T	S	N		M	M	M	M	M		M	M	T	T	S	N		M	T	T

Abril																													
Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S						
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
M	M	S	N	M	M	M	M	T	T		T	M	M	M	S	N		M	M	T	T	M	T		M	M	M	M	T

Maio																														
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	S
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
T		M	M	M	M	T	T		T	T	M	M	M	S	N	M	M	M	T	T	T		M	M	M	T	T	S	N	M

Junho																											
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
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
M	M	T	T	T		M	M	M	T	T	T		M	M	M	T	T	M		M	M	M		T	T		M

M	Manhã - 8h às 16h
T	Tarde - 15:30 min às 23:30 min
S	
N	Noite – 23h às 8:30 min

Tabela 3 - Horário