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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Curso Técnico Superior Profissional
em Gerontologia

Cláudia Alexandra Fonseca Ramalho

julho | 2021

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

Relatório de estágio para a obtenção do diploma de Técnico Superior Profissional de Gerontologia

Cláudia Alexandra Fonseca Ramalho

Guarda,
julho de 2021

Ficha de Identificação

Discente: Cláudia Alexandra Fonseca Ramalho

Número: 1703485

Instituto: Instituto Politécnico da Guarda

Unidade Orgânica: Escola Superior Educação, Comunicação e Desporto

Curso: Técnico Superior Profissional de Gerontologia

Docente Orientador: Marisa Teixeira

Entidade de acolhimento: Unidade Local de Saúde da Guarda – Serviço de Urgência Médico Cirúrgico

Supervisor: Bruno Manuel Nunes Macedo

Grau Académico: Mestrado

Duração do Estágio curricular: 750 horas

Início de Estágio: 8 de março

Fim de Estágio: 9 de julho

Agradecimentos

A elaboração deste relatório só foi possível graças à colaboração e ao contributo, direta ou indiretamente, de várias pessoas e instituições, às quais gostaria de exprimir algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento, em particular:

À Escola Superior de Educação Comunicação e Desporto do Instituto Politécnico da Guarda, por me ter acolhido durante estes dois anos. Particularmente à Diretora do curso, Professora Coordenadora Eduarda Ferreira, e a todo o pessoal docente e não docente, pela colaboração até ao dia de término da minha formação.

À Professora Marisa Teixeira, pela disponibilidade manifestada para orientar este trabalho, pela ajuda incansável, pela revisão crítica do texto, pelas críticas construtivas, esclarecimentos e sugestões, pelos conselhos, simpatia e disponibilidade demonstrada, pela paciência e pelo tempo investido em mim, incluindo o acompanhamento durante o meu percurso académico.

A todos os profissionais de saúde, Médicos, Técnicos de cardiologia, equipas de enfermagem, assistentes operacionais, com quem tive o privilégio de cooperar no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica da Unidade Local de Saúde da Guarda.

A título particular, aos meus amigos Fábio Abrunhosa, Rita Gomes e Luisa Domingos, que fazem parte de mim e que sempre se destacaram pelo permanente incentivo e estímulo. Ao supervisor do estágio, enfermeiro chefe Bruno Macedo, por ter sido incansável durante a realização do estágio.

Por último, mas não menos importante, à minha família pela educação, amor e constante apoio e motivação para que assim concretizasse mais um sonho.

A todos, o meu sincero agradecimento, sem vocês não era possível!

Resumo

O presente relatório insere-se na componente da Unidade Curricular de Estágio, da componente de formação "Em contexto de trabalho", estabelecido no plano de formação do Curso Técnico Superior Profissional de Gerontologia, da Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto do Instituto Politécnico da Guarda. Este documento tem como finalidade apresentar o local do meu estágio, descrever e analisar, o decurso do mesmo, as atividades realizadas, assim como as aptidões adquiridas e as dificuldades sentidas.

O estágio decorreu na Unidade Local de Saúde da Guarda (ULS), no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, na cidade da Guarda, de 8 de março a 9 de julho, permitindo a identificação e caracterização do envelhecimento e fatores relacionados com o mesmo e, o funcionamento das respostas sociais em questão.

Durante o estágio, tive oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo da minha formação e, também, de aprender mais com a realidade diária, adquirindo conhecimentos sobre como atuar num serviço de urgência.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idosos, Patologias, Unidade Local de Saúde, Gerontologia.

Lista de siglas e acrónimos

ULS – Unidade Local de Saúde

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica (coloquei os acentos)

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

OMS – Organização Mundial de Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ONU – Organização das Nações Unidas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

TEP – Trombo Embolismo Pulmonar

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Índice

Ficha de Identificação ..... **i**
Agradecimentos ..... **ii**
Resumo ..... **iii**
Lista de siglas e acrónimos ..... **iv**
Índice de Figuras ..... **vii**
Introdução **1**
Capítulo I- Caracterização da Instituição **3**
1.1 – Contextualização Histórico Geográfica: Cidade da Guarda 4
1.2 - Hospital Sousa Martins - Guarda 5
1.3 - Caracterização da ULS – Guarda 7
1.3.1 – Missão e Visão 7
1.3.2 – Valores 7
1.3.3 – Objetivos estratégicos 8
1.4 – Caracterização do Serviço de Urgência Médico Cirúrgico 8
Capítulo II – Envelhecimento e Gerontologia **10**
2.1 –Processo de envelhecimento 11
2.2 – Envelhecimento Ativo e Saudável 11
2.3 – Gerontologia 12
2.4 – Papel do Gerontólogo 14
Capítulo III – Estágio **16**
3.1 – Objetivos do estágio 17
3.2 – Caracterização do público-alvo 18
3.3 – Atividades realizadas ao longo do estágio 21
3.3.1 – Posicionamentos 23
3.3.2– Transferências 25
3.3.3– Alimentação 27
3.3.4– Higienes 28
3.3.5– Colaboração com equipa de enfermagem 29
3.3.6– Reposição de material 30
3.3.7 – Lixos 31
Reflexão Final **32**

Referências Bibliográficas **34**
Anexos **37**

Índice de Figuras

Figura 1 - Sé da Guarda 4
Figura 2 - 12 aldeias Portuguesas inseridas no distrito da Guarda 5
Figura 3 - Antigo Sanatório Sousa Martins..... 6
Figura 4 - Atual Hospital Sousa Martins..... 6
Figura 5 - Serviço de Urgência Médico Cirúrgico do hospital da Guarda..... 8
Figura 6 - Tipos de AVC..... 19
Figura 7 - Tromboembolismo Pulmonar..... 20
Figura 8 - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica..... 21
Figura 9 - Decúbito Dorsal..... 24
Figura 10 - Decúbito Lateral Direito e Esquerdo..... 25
Figura 11 - Transferência da maca para a cadeira..... 26
Figura 12 - Transferência de maca para a cama..... 27
Figura 13 - Alimentação na maca 28

Introdução

O presente relatório insere-se na Unidade Curricular de Estágio, com uma duração de 750 horas correspondentes à componente de formação "Em contexto de trabalho", conforme estabelecido no plano de estudos do Curso Técnico Superior Profissional de Gerontologia, da Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto da Guarda, tendo como finalidade apresentar e descrever onde decorreu o estágio, as suas rotinas e a metodologia e estratégias aplicadas, durante a realização do mesmo.

O estágio decorreu no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica da Unidade Local de Saúde da Guarda, de 8 de março a 9 de julho de 2021, perfazendo uma duração de 4 meses. Escolhi este serviço porque já tinha estagiado num hospital, num serviço de internamento e, achei que era demasiado pacato. Não obstante, aprendi muito neste contexto de atuação, mas achei que poderia ter aprendido e evoluído mais. Para ser diferente e poder adquirir novos conhecimentos, considerei a possibilidade de estagiar num serviço mais movimentado onde pudesse ver um pouco de tudo, para me poder deparar com dissemelhantes realidades, que necessitassem de uma abordagem e um tratamento diferentes. Assim escolhi um serviço de urgência para fazer jus às minhas expectativas e aos meus objetivos. Neste contexto foi definido um plano de trabalho (ver anexo I) em conformidade com aprendizagem teórico pratica adquirida ao longo da minha formação, no curso de gerontologia.

Graças à diversidade do que é um serviço de urgência e perante todos os desafios, eu pude aprender a trabalhar com várias pessoas e nas mais variadas situações, que foram sucedendo diariamente.

Com efeito e, para uma melhor compreensão do nosso propósito e da posição que desejava ocupar - refiro-me a "nosso propósito" porque os meus objetivos foram definidos em conjunto com o meu supervisor, o Enfermeiro chefe Bruno Macedo – definimos os seguintes objetivos gerais: desenvolver e consolidar, em contexto real de trabalho, os conhecimentos e as competências profissionais adquiridas durante a frequência no curso; compreender o papel do Técnico de Gerontologia nos diferentes contextos de atuação; integrar uma equipa multidisciplinar de cuidados de saúde. Neste sentido foram definidos outros objetivos gerais e específicos que, se encontram, de forma mais detalhada, no III capítulo deste relatório.

Assim, e para uma melhor compreensão, também do documento apresentado, este está dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, encontramos uma descrição da cidade da Guarda, visto ser nesta cidade que está inserido o Hospital e a respetiva Unidade onde estagiei. Segue-se uma contextualização do Hospital da Guarda, onde irei falar um bocadinho da história e naquilo que se tornou hoje.

Já no segundo capítulo, uma abordagem mais profunda e fundamentada, no que concerne à revisão da literatura, baseada em diferentes autores, onde defino o conceito de processo de envelhecimento, da gerontologia, o papel do gerontólogo e o envelhecimento ativo.

O terceiro e último capítulo contempla o estágio, propriamente dito, apresentando os objetivos delineados, a caracterização do público-alvo e, as tarefas realizadas em contexto de estágio, explicadas pormenorizadamente.

Por último, apresento uma reflexão final, onde reflito como foi a experiência, a aprendizagem, e a importância do meu estágio, para a minha vida futura, quer profissional, quer pessoal. Reflito também sobre os meus pontos fortes e pontos fracos e de como me superei.

Capítulo I- Caracterização da Instituição

1.1 – Contextualização Histórico Geográfica: Cidade da Guarda

A cidade portuguesa, capital de distrito do mesmo nome, sede de concelho, a cidade da Guarda está situada no centro da região beirã localizando-se na Beira Alta e detentora de 43 freguesias, sendo que a mais populosa é mesmo a própria freguesia da Guarda. Considerada a cidade mais alta de Portugal, encontra-se no extremo nordeste da Serra da Estrela, a 1056 metros de altitude.(Informação retirada e adaptada de: Concelho (mun-guarda.pt))

A cidade da Guarda é caracterizada como a cidade dos 5 F's, nos quais se encontram:

- **Forte** no sentido em que é a cidade mais alta do continente português;
- **Farta** devido às riquezas que o vale do Rio Mondego predispõe em termos agrícolas;
- **Fria** estando esta no sopé da Serra da Estrela;
- **Fiel** que em tempos de guerra nunca se rendeu ao reino de Castela e ainda lutou em Aljubarrota;
- **Formosa**, pois, as suas belezas naturais são únicas em Portugal, fazendo parte do geoparque da Serra da Estrela.

Figura 1 – Torre de Menagem - Guarda

Fonte: Álvaro Amaro sugere Roteiro Renascer na Serra da Estrela – Who Trips

Obteve o seu primeiro Foral a 27 de novembro de 1199, concedido por D. Sancho I, 2º rei de Portugal, filho de D. Afonso Henriques. A origem do nome Guarda encontra-se relacionada com a importante função que, na idade média teve, sendo um dos mais importantes redutos de um conjunto de fortificações que defendiam a fronteira portuguesa, era a Guarda fronteiriça. Na figura 1 pode se constatar uma torre de defesa da cidade da Guarda.

Figura 2 - 12 aldeias Portuguesas inseridas no distrito da Guarda

Fonte: ALDEIAS HISTÓRICAS DE PORTUGAL - Emoções sem fim nas Aldeias Históricas de Portugal|

De um património cultural rico e único, a Guarda nas suas muralhas encerra mais de 800 anos de história e possui um dos mais belos e melhor conservados patrimónios construídos de todo o país, também é possuidora de 12 aldeias históricas de Portugal (ver figura 2). (Informação retirada e adaptada de: Conhece A Guarda, A Cidade Mais Alta De Portugal? - Wandering Life (wandering-life.com))

1.2 - Hospital Sousa Martins - Guarda

Numa expedição à Serra da Estrela, o Dr. Sousa Martins em 1881, considerou este local excelente para o tratamento da tuberculose. A esse sanatório foi lhe atribuído o nome de “Sousa Martins”, em sua honra e pela sua dedicação à causa do tratamento da tuberculose.

D. Amélia, rainha de Portugal na altura e sensibilizada com a incidência da tuberculose, permitiu e patrocinou a criação de um sanatório na Guarda, este que foi o primeiro a ser construído em altitude em Portugal. Foi inaugurado a 18 de maio de 1907, sendo o primeiro diretor o Dr. Lopo de Carvalho. O sanatório Sousa Martins, para a época, era igualado ao das famosas estâncias de cura da tuberculose pulmonar da Europa, considerado uma moderna Unidade de Saúde, tinha capacidade para albergar à volta de mil doentes distribuídos por pavilhões e não olhando a posições sociais (ver figura 3).

Figura 3 - Antigo Sanatório Sousa Martins

Fonte: Hospital Sousa Martins - Unidade Local de Saúde de Guarda (min-saude.pt)

Com o avanço da medicina e a descoberta de antibióticos, a incidência da tuberculose foi diminuindo deixando de ser um problema sério para a saúde pública, o que levou a que os doentes tivessem a possibilidade de fazer os tratamentos em casa, isto levou a que a existência do sanatório deixasse de ser pertinente, o que acabou por se extinguir a 5 de novembro de 1974.

Figura 4 - Atual Hospital Sousa Martins

Fonte: hospital sousa martins – Pesquisa Google

Em 2008, foi constituída ULS - Guarda, como se pode ver na figura 4, onde tem como principal atividade a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, nas décadas anteriores o hospital Sousa Martins funcionou como

hospital distrital com múltiplas especialidades. (Informação retirada e adaptada de: Hospital Sousa Martins - Unidade Local de Saúde de Guarda (min-saude.pt))

1.3 - Caracterização da ULS – Guarda

1.3.1 – Missão e Visão

A ULS Guarda tem como missão a prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares, paliativos e de convalescença à população da área onde atuam, com mobilização ativa da comunidade envolvente, desenvolvendo os níveis de saúde e bem-estar. Assegura também as atividades de serviços operativos de saúde pública com os meios necessários para o exercício das competências da autoridade de saúde da área de abrangência, também como atividades de investigação, formação e ensino.

A ULS Guarda pretende ser reconhecida por utentes, colaboradores e outras entidades como uma organização que assegura uma resposta de elevada qualidade às necessidades de saúde dos seus utentes ao longo do ciclo vital, privilegiando os rigorosos princípios de eficiência e responsabilidade nas vertentes, económica, financeira, social e ambiental. (Informação retirada e adaptada de: Missão, Atribuições e Legislação Categoria - Unidade Local de Saúde de Guarda (min-saude.pt))

1.3.2 – Valores

A ULS Guarda tem como valores:

- **Humanismo –** ter uma orientação clara para o utente e para o seu bem-estar, respondendo às suas necessidades de acordo com as melhores práticas disponíveis e no respeito incondicional pela sua dignidade intrínseca.
- **Equidade –** promover a igualdade no acesso aos cuidados de saúde, em função do nível de prioridade clínica e a isenção no tratamento de todos os colaboradores.
- **Cooperação –** cultivar a multidisciplinaridade e a cooperação no relacionamento interpessoal e na prossecução dos objetivos da instituição.
- **Ética e Deontologia Profissional –** pautar a prática clínica e a tomada das decisões individuais e institucionais pelos mais elevados padrões de conduta.
- **Rigor –** atuar com competência e determinação, tomando decisões com conhecimento e coerência, de forma a assegurar o melhor nível de serviço.

- **Inovação –** atuar com capacidade de iniciativa e criatividade, concretizando nova soluções de forma a assegurar a melhoria contínua dos resultados e níveis de serviço. (Informação retirada e adaptada de: Missão, Atribuições e Legislação Categoria - Unidade Local de Saúde de Guarda (min-saude.pt))

1.3.3 – Objetivos estratégicos

- Reorganização hospitalar, centrada no interesse do doente, integrando princípios de boa governação clínica e empresarial;
- Articulação e integração vertical de cuidados;
- Adequação da oferta e reorientação da procura;
- Promover a melhoria continua da qualidade;
- Empreender políticas de recursos humanos que promovam a vinculação e o compromisso com a instituição;
- Aumentar receitas extra contrato programa;
- Racionalização de custos. (Informação retirada e adaptada de: Missão, Atribuições e Legislação Categoria - Unidade Local de Saúde de Guarda (min-saude.pt))

1.4 – Caracterização do Serviço de Urgência Médico Cirúrgico

O Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC), é o primeiro nível de atuação das situações de urgência/emergência, (ver figura 5). Dispõe de contacto permanente com o Instituto de Emergência Médica (INEM) e predispõe de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), veículo de intervenção pré-hospitalar, onde o hospital da Guarda consegue dar resposta às emergências distritais.

Figura 5 - Serviço de Urgência Médico Cirúrgico do hospital da Guarda

Fonte: INSCRIÇÃO NA URGÊNCIA OBSTÉTRICA DEVERÁ SER HOJE FEITA NA URGÊNCIA GERAL - Unidade Local de Saúde de Guarda (min-saude.pt)

Este serviço é composto por quarenta e quatro enfermeiros mais um, onde o enfermeiro mais um é enfermeiro com responsabilidades de gestão (mestre em Médico Cirúrgica), treze enfermeiros especialistas em médico cirúrgica e um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Encontram-se diariamente oito enfermeiros no serviço, por turno, onde ficam divididos, dois em Balcão 1 (Homens e Mulheres), dois em Balcão 2 (Homens e Mulheres), um de Amarelos e Verdes, um de cirurgia-ortopedia, um na sala de triagem e um na sala de emergência. É também composto por trinta e um Assistentes Operacionais, diariamente são seis no serviço, dois em Balcão 1 (Homens e Mulheres), um em Balcão 2 (Homens e Mulheres), um em cirurgia-ortopedia, um de verdes e amarelos e um à porta. (Informação fornecida pelo Enfermeiro chefe do serviço)

É um serviço de curta duração e cumpre todos os requisitos do Despacho nº. 10319/2014, art.4. (Ver despacho aqui: Despacho 10319/2014, 2014-08-11 - DRE)

Capítulo II – Envelhecimento e Gerontologia

2.1 –Processo de envelhecimento

Antes de avançarmos para o conceito de Gerontologia, primeiro importa clarificar em que consiste o processo de envelhecimento, pelo facto de a Gerontologia ser identificada como uma ciência que estuda o envelhecimento. Neste sentido, segundo Sequeira (2010) "O envelhecimento é um fenómeno que desperta interesse há vários séculos, tendo o conceito de envelhecimento sofrido diversas alterações ao longo dos tempos, evoluindo consoante as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época" (Sequeira, 2010, s/p). (Veloso, 2015, p.6).

O processo de envelhecimento é um processo de degradação progressiva e diferencial, comprometendo os aspetos físicos e cognitivos e afeta todos os seres vivos. A OMS diz que a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos de idade, apesar de que este processo depende de três fatores, que permitem retardar ou antecipar o surgimento de doenças e sintomas dessa idade. São eles:

→ "O nível biológico está relacionado com as modificações que cada órgão sofre, diminui o seu funcionamento, assim como a capacidade de autorregulação também é menos eficaz;

→ O nível psicológico está relacionado com os comportamentos que o individuo manifesta em resposta às mudanças de ambiente;

→ O nível social refere o papel, os estatutos e hábitos do individuo, em relação aos outros membros da sociedade" (Cancela, 2007, s/p). (Cancela, 2007)

Ninguém envelhece da mesma forma ou ao mesmo ritmo. O processo de envelhecimento não resulta apenas de fatores internos, resulta também de fatores externos como o clima, a educação, o estado nutricional, entre outros.

2.2 – Envelhecimento Ativo e Saudável

O envelhecimento ativo e saudável é definido como "o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas das pessoas (físicas e mentais) com o meio" (OMS, 2015, s/p).(Informação retirada e adaptada de ENEAS.pdf (sns.gov.pt), p.6)

Também para a OMS o envelhecimento ativo depende dos determinantes económicos, serviços sociais e de saúde, determinantes comportamentais, determinantes pessoais, ambiente físico e determinantes sociais.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), define envelhecimento ativo como "a capacidade das pessoas levarem uma vida ativa e produtiva na sociedade, à medida que envelhecem. O envelhecimento ativo implica uma flexibilização do modo como os indivíduos e as famílias repartem o seu tempo entre o trabalho, a educação, o lazer e a prestação de cuidados". (OCDE, 1998, s/p). Com esta definição pretende-se realçar a necessidade de prolongar a vida ativa, mas também a importância de a conjugar com atividades de lazer, proporcionando assim uma desvinculação gradual do mundo laboral. (Veloso, 2015, p.14)

Assim, segundo a OMS (2005) "os projetos de envelhecimento ativo, os programas e as políticas que promovam a saúde mental e relações sociais são tão importantes como as atividades que melhoram as condições físicas de saúde. O envelhecimento ativo também preconiza que as pessoas idosas participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades", para alem disto propicia também proteção, segurança e cuidados adequados necessários (OMS, 2005, s/p).

O envelhecimento ativo reconhece a importância dos direitos humanos de pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), enfatizando assim a responsabilidade das pessoas mais velhas no exercício das suas atividades de vida diárias, assente em três pilares: saúde, segurança e participação social.

2.3 – Gerontologia

A Gerontologia (do grego *geron*, que significa "homem velho") é frequentemente definida como o estudo científico do envelhecimento humano. (Informação retirada e adaptada de Gerontologia IDEG – Research in Gerontology Gerontologia em Portugal)

É a ciência que estuda o envelhecimento humano, ou seja, é o campo de estudos que se dedica a investigar as vivencias da velhice e do envelhecimento, seja em contexto sociocultural ou histórico, que abrange aspetos do envelhecimento normal e patológico.

(Informação retirada e adaptada de Gerontologia: o que é e como pode ajudar no envelhecimento saudável (maisquecuidar.com))

À luz dos pressupostos de Paúl (2012, p.1) "a Gerontologia é uma área científica relativamente recente que incide sobre o estudo do processo de envelhecimento humano e dos idosos. Corresponde a uma visão integrada do envelhecimento que agrega os contributos de várias áreas científicas, como a biologia, a psicologia e a sociologia. Constitui-se num novo campo do saber, ao criar abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida.".

Paúl (2012), refere também que "as teorias na área da Gerontologia têm como função, explicar e sintetizar os fenómenos que se observam, tal como levantar hipóteses ou fundamentar intervenções na mesma área". (Barbosa, 2017, p.9)

A Gerontologia, enquanto ciência dirigida ao processo de envelhecimento, principalmente à classe idosa, atua essencialmente nos seguintes campos:

- Ensino e pesquisa;
- Promoção de saúde e educação comunitária;
- Reabilitação, manutenção e promoção de autonomia e independência do idoso;
- Apoio psicológico e reinserção social;
- Adaptação ambiental, atividades corporais e comportamentais;
- Defesa dos direitos do idoso;
- Segurança, entre outros. (Informação retirada e adaptada de Gerontologia: o que é e como pode ajudar no envelhecimento saudável (maisquecuidar.com))

Segundo Berguer, et Mailloux-Poirer, (1995, p.2), a Gerontologia alcança quatro aspetos:

- Envelhecimento físico – quando o corpo perde progressivamente a capacidade de se renovar;
- Envelhecimento psicológico – consiste na transformação de capacidades psicológicas como processos cognitivos que afetam a vida afetiva do idoso;
- Envelhecimento comportamental - modificações de comportamento num determinado meio e reagrupando as aptidões, expectativas, papeis sociais, personalidade e adaptação;

- Contexto social do envelhecimento – refere-se à saúde, ao rendimento económico, às ligações familiares, socialização, entre outros, que resultam da influência que a sociedade e o individuo executam um sobre o outro.

Graças à abrangência desta temática, esta ciência toca em todos os elementos da cultura e da vida do ser humano em sociedade. Conclui-se assim que a gerontologia estuda e define o processo de envelhecimento sob todos os aspetos, descreve também o papel a desempenhar junto do idoso.

2.4 – Papel do Gerontólogo

Um Gerontólogo é um profissional de saúde que contribui para a melhoria da qualidade de vida e promoção do bem-estar das pessoas idosas, com a capacidade de avaliar e promover um envelhecimento ativo e bem-sucedido, abrangendo todas as capacidades do idoso: mental, social, física, sexual e espiritual.(Informação retirada e adaptada de O papel da gerontologia e do gerontólogo – Sensuum).

Tem também um papel crucial na sociedade, promovendo ações que vão ao encontro da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, intervindo e analisando sempre o idoso como um todo.

O gerontólogo tem como função:

- Coordenar os diferentes serviços de apoio a pessoas idosas, bem como as suas famílias, assegurando e identificando uma boa administração de serviços, de acordo com as suas necessidades;
- Providenciar serviços para a pessoa idosa, quer individualmente quer em grupos, com base no conhecimento adquirido sobre o processo de envelhecimento, sendo assim capaz de implementar soluções inovadoras para futuras necessidades;
- Avaliar as necessidades do idoso, e assim, planear intervenções que correspondem a essas necessidades. (Andrade, 2018, p.19).

Este profissional da gerontologia possui também competências para trabalhar em contexto institucional, como residências de idosos e serviços de apoio domiciliário, em contexto comunitário, junto da família, ou de instituições de administração local (camaras municipais, juntas de freguesia), ou ainda em instituições de saúde (hospitais e centros de saúde).

O gerontólogo encontra-se habilitado para a intervenção junto de idosos:

- Saudáveis – promovendo e maximizando a possibilidade de um resto de vida feliz e saudável, incidindo sobretudo na comunidade e não na institucionalização;
- Debilitados;
- Dependentes.

O gerontólogo tem também outras áreas onde intervém, mas que não são especificas da gerontologia que partilha com outros profissionais como, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, sociólogos, psicólogos, animadores sociais, entre outros. (Pereira, 2012, p.33).

Capítulo III – Estágio

3.1 – Objetivos do estágio

O estágio serviu, maioritariamente, para que pudéssemos estar em contacto direto com a pessoa idosa, neste caso com diversas patologias, o que permitiu que pudesse encarar e ultrapassar as dificuldades de modo que, assim, soubesse agir perante elas. Para um bom funcionamento do estágio, em conjunto com o supervisor foram definidos objetivos gerais e objetivos específicos.

Objetivos Gerais:

- Desenvolver e consolidar, em contexto real de trabalho, os conhecimentos e as competências profissionais adquiridas durante a frequência no curso;
- Compreender o papel do Técnico de Gerontologia nos diferentes contextos de atuação;
- Integrar uma equipa multidisciplinar de cuidados de saúde;
- Estabelecer uma relação de ajuda com os utentes ao colaborar com o enfermeiro na prestação de cuidados;
- Promover o meu autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Desenvolver as competências sob orientação de profissionais de saúde com formação superior.

Objetivos Específicos:

- Conhecer a estrutura orgânica e funcional da unidade prestadora de cuidados;
- Identificar as tarefas que têm de ser executadas sob supervisão direta do Profissional de saúde;
- Compreender a importância do dever de agir em função das orientações do Profissional de saúde e sob sua supervisão;
- Assumir uma atitude de iniciativa e espírito critico;
- Cumprir as normas de segurança, higiene e saúde no trabalho;
- Compreender os objetivos e princípios básicos da qualidade: eficiência, eficácia na resposta às necessidades do utente e satisfação;
- Prever e antecipar riscos;
- Estabelecer relações interpessoais com a equipa multidisciplinar e colegas de grupo de estágio, desenvolvendo espírito de equipa.

3.2 – Caracterização do público-alvo

Ao longo dos quatro meses de estágio (750 horas), o público-alvo com que trabalhei foram doentes com idades compreendidas entre os 18 e os 102 anos. Considerando que Portugal é um país envelhecido, a afluência de pessoas idosas no serviço é maior. Essencialmente todos pertencentes ao distrito da Guarda apesar de, esporadicamente, aparecerem doentes de outros distritos que, por motivos de força maior, por exemplo estarem cá de férias e ficarem doentes tiveram de se dirigir ao nosso serviço. Assim, as patologias mais frequentes com que me deparei foram: o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Trombo Embolia Pulmonar (TEP), Traumatizados e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

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, centros de dia, entre outras.

Por conseguinte, segue uma breve definição das patologias mais frequentes.

A OMS define o AVC como um "comprometimento neurológico focal, de provável causa hemorrágica, que poderá ser por vezes global, de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas ou que causa a morte". (Informação retirada e adaptada de OMS, 2006, p.1-6)

Já para Tuna & Pereira *cit. In* Rocha (2008), o AVC "é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas neurológicos deficitários, de instalação aguda e com duração superior a 24 horas, secundários à perda focal de função cerebral, causada por um distúrbio na circulação cerebral, que pode ser de natureza hemorrágica ou isquémica." (Martins, 2011, p.24).

Muitos dos doentes que sobrevivem ao AVC ficam com sequelas de ordem física, sensorial e cognitiva.

Existem dois tipos de AVC, o hemorrágico e o isquémico.

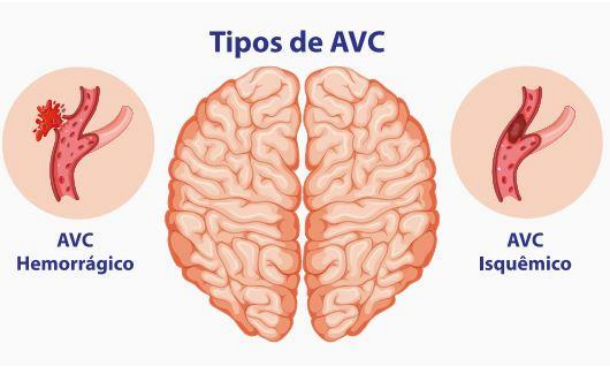

Figura 6 - Tipos de AVC

Fonte: Tipos de AVC e os principais fatores de risco (neurologica.com.br)

Como se pode analisar através da figura 6, o AVC Hemorrágico consiste na rutura de uma das artérias ou vaso arterial, do cérebro para o tecido cerebral. Enquanto o AVC Isquémico é causado por redução da pressão de perfusão cerebral ou oclusão súbita das artérias que irrigam o cérebro.

O TEP definido pela primeira vez no seculo XVIII por Virchow, consiste na obstrução aguda da circulação arterial pulmonar pela instalação de coágulos sanguíneos, maioritariamente oriundos da circulação venosa sistémica, com redução ou até cessação do fluxo sanguíneo pulmonar para a área afetada. (Paulos, 2008).

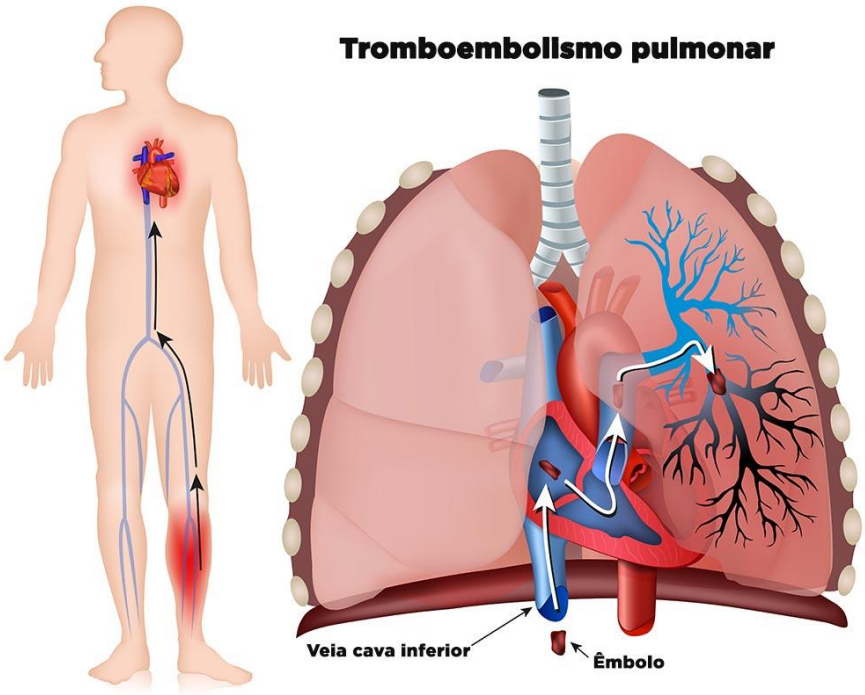

Figura 7 - Tromboembolismo Pulmonar

Fonte: Embolia pulmonar: causas, sintomas e tratamento • MD.Saúde (mdsaude.com)

A figura 7, retrata o percurso de um trombo oriundo de uma das veias da perna a viajar para o pulmão onde irá ocorrer uma trombo embolia pulmonar. Se o trombo for de uma dimensão maior, poderá levar à morte do doente.

A DPOC segundo Gold (2010), caracteriza-se por ser uma doença respiratória crónica progressiva que é possível prevenir e tratar. A limitação das vias aéreas nunca é plenamente corrigível, geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal a partículas e gases agressivos. (Ribeiro, 2011).

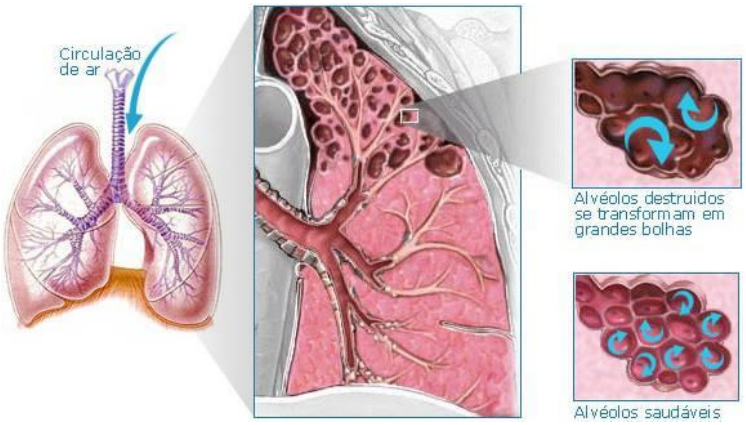

Figura 8 - Doença Pulmonar Obstrutiva Cronica

Fonte: O que é DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)? [TUDO SOBRE] (eigierdiagnosticos.com.br)

A figura 8, mostra a diferença entre um pulmão saudável e um pulmão com DPOC.

3.3 – Atividades realizadas ao longo do estágio

No início do estágio, em concordância com o enfermeiro chefe, sendo este o meu supervisor de estágio, ficou acordado que eu estaria em cada turno num posto de trabalho diferente, mas que passaria mais tempo nos Balcões, 1 e 2, visto estes serem onde existe uma maior afluência de idosos. Em cada turno foi-me atribuído um enfermeiro e um auxiliar, os quais tinha de acompanhar até ao término do dia. Sendo este um serviço de urgência, há rotinas definidas, mas as horas diferem dependendo sempre do afluxo de doentes que vão chegando. Também em concordância com a orientadora do relatório, realizei reflexões criticas semanais (ver Anexo III).

O turno da manhã, que decorre das 8h às 16h, começa com a "passagem de turno", onde os profissionais do turno anterior, neste caso o da noite, passam todas as informações sobre o turno decorrido que serão relevantes para o turno seguinte. Seguidamente, os pequenos-almoços chegam entre as 8:30h e as 9h, nessa altura verifica-se quais são os doentes que podem comer e os que não podem, devido às patologias que os trouxeram ao serviço e devido aos exames pendentes. Por volta das 10h damos "a volta" sempre com a cooperação de um enfermeiro. O trabalho realizado nesta "volta" consiste em posicionar, higienizar e confortar os nossos doentes, aqui também esvaziamos os sacos coletores de urina controlando o débito urinário do doente se assim nos for solicitado. Às 12:30h chegam os almoços e procedemos novamente à verificação dos utentes que podem ou não ser alimentados. Na alimentação incentivava sempre o doente, desde que com alguma mobilidade, a alimentar-se sozinho. Às 14h dá-se novamente "a volta" e até às 16h temos de

fazer reposição de material, retirar os lixos, levar os doentes aos exames pedidos e em casos de alta preparar o doente que consiste em vestir e mudar, e acompanhar à saída onde estará o transporte que poderá ser família ou bombeiros à espera, sendo que o doente só deixa o serviço quando existe confirmação de que tem alguém à sua espera.

Estando num serviço de urgência e sendo de curta duração, durante o dia temos de fazer internamentos de doentes que após teste negativo à Covid-19, podem seguir para o serviço de internamento da especialidade da patologia. Durante o dia também ajudamos a equipa de enfermagem em procedimentos invasivos tais como: colocação de algálias, cateter central, Punção Lombar, Sonda Naso gástrica, entre outros, como também em procedimentos não invasivos, como por exemplo a administração de medicamentos orais quando solicitado. Quando solicitados ou quando a amostra não pode ir pelo sistema de vácuo, temos de ir ao Laboratório levar essencialmente Hemoculturas, urinas, zaragatoas e colheitas de sangue. Sendo necessário também íamos à Farmácia buscar medicações especificas prescritas para cada doente.

No turno da tarde, das 16h às 23:30h é igual ao turno da manhã. A alimentação, mais propriamente o lanche, chega às 16h, a volta inicia-se aproximadamente às 17:30h,18h, o jantar chega às 19:30 e a última volta da tarde é dada às 22:30. Por norma é no turno da tarde que existem mais altas para internamento. Sempre que há uma alta quer por internamento quer para saída deve sempre desinfetar-se o local onde o doente estava.

Já no turno da noite, das 23:30h às 8h preza um bocado pela diferença. Às 24h, 24:30 dá-se a volta e à 1h apagam-se as luzes para que os doentes possam descansar. Até às 7 da manhã o nosso dever é vigiar os doentes, repor material, colaborar com a equipa de enfermagem e proporcionar o máximo de conforto aos nossos doentes. Às 7h dá-se a volta novamente, seguidamente retiram-se os lixos e repõe-se o material.

Todas as semanas se realizavam as mesmas atividades, só caso houvesse uma emergência é que estas eram alteradas (ver tabela Anexo II).

Antes do início de cada atividade devemos sempre calçar umas luvas e só depois começar a atividade. As luvas devem sempre ser mudadas toda a vez que se muda de doente.

Assim, no que concerne às atividades realizadas em estágio, vou dar uma breve definição e falar daquelas em que mais atuei.

3.3.1 – Posicionamentos

No que se refere aos posicionamentos, estes consistem em colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), o posicionamento ou alternância de decúbito, é essencial para pessoas com alterações que se repercutem e manifestem ao nível da sua capacidade de mobilidade na cama, com o objetivo de prevenir complicações associadas à imobilidade, promovendo a autonomia da pessoa e valorizando o conforto.

Assim, consiste em alternar os decúbitos com ou sem colaboração do doente, protegendo sempre as proeminências ósseas. (Silva, 2017)

No que se refere aos posicionamentos, estes têm como objetivo:

- Promover o conforto e bem-estar;
- Estimular a circulação, respiração e regular o transito intestinal;
- Prevenir a perda muscular;
- Facilitar a mobilidade das secreções;
- Prevenir posições viciosas;
- Prevenir lesões na pele (úlceras de pressão).(Silva, 2017).

No posicionamento do doente devemos ter em conta:

- Pedir a colaboração do doente, caso ele consiga ajudar;
- Baixar a cabeceira da cama;
- Respeitar o alinhamento do corpo;
- Observar o estado da pele nas zonas de pressão;
- Aplicar creme em movimentos circulares nas zonas de maior pressão para ativar a circulação e prevenir úlceras de pressão;
- Utilizar almofadas;
- Manter os lençóis sem vincos, bem esticados.(Silva, 2017)

Os tipos de posicionamentos mais realizados no serviço de urgência são:

- Decúbito Dorsal;
- Decúbito Lateral direito / esquerdo;

Antes de começar o posicionamento devemos sempre explicar ao doente o que vamos fazer e pedir a sua colaboração.

Para uma boa realização do Decúbito Dorsal, devemos:

- Dobrar os joelhos do doente;
- Colocar uma mão nas costas e outra nas coxas do doente e elevar no sentido da cabeceira da cama;
- Proteger os calcanhares com uma almofada, de maneira que não toquem no colchão.(Informação retirada e adaptada de Microsoft Word - Manual do cuidador junho 2015.docx (sns.gov.pt)).

Figura 9 - Decúbito Dorsal

Fonte: Posicionamentos - Decúbito Dorsal - Técnicos Auxiliares de Saúde (sapo.pt)

Na figura 9 podemos visualizar o decúbito dorsal finalizado.

Para a realização do Decúbito Lateral direito, devemos:

- Colocar o doente em decúbito dorsal;
- Colocar a mão no ombro e na anca do doente e fazer rolar o doente na nossa direção;
- Colocar uma almofada nas costas para dar mais apoio e conforto;

- Verificar se o braço e o ombro estão numa posição confortável;
- Posicionar a perna de cima ligeiramente para a frente, evitado que fique em cima da perna de baixo e colocar uma almofada entre os joelhos.(Informação retirada e adaptada de Microsoft Word - Manual do cuidador junho 2015.docx (sns.gov.pt)).

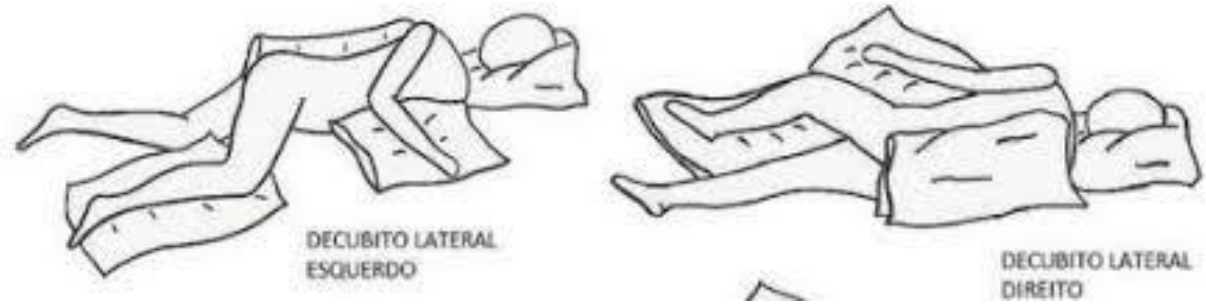

Figura 10 - Decúbito Lateral Direito e Esquerdo

Fonte: 7-pop-mobilizacao-no-paciente-em-internacao-hospitalar.pdf (www.gov.br)

Como se pode verificar na figura 10, o decúbito lateral direito já finalizado. Para a realização do decúbito lateral esquerdo são os mesmos passos que o decúbito lateral direito só muda a orientação da rotação, como se pode ver também na figura 10.

3.3.2– Transferências

A transferência consiste na passagem do doente da maca para a cadeira, da cadeira para a maca e algumas vezes (em contexto de internamento) de uma maca para uma cama.

Antes de iniciar algum tipo de transferência deve sempre instruir-se inicialmente o doente para a transferência que vamos fazer, lembrando sempre que, visto o doente estar deitado à algum tempo, quando existe um levante devemos sempre deixar o doente sentado na maca uns segundos porque ele pode sentir-se tonto e cair. No que se refere à transferência da maca para a cadeira, devemos ter os seguintes cuidados:

- Baixar a grade da maca (se aplicável);
- Ao transferir o doente para a cadeira de rodas, deve trazer-se o doente para perto do leito, sentá-lo junto à beira da cama com os pés pendentes.
- Apoiar os braços do doente sobre os meus ombros;
- Fletir ligeiramente os joelhos e colocar as mãos a segurar a cintura do doente;

- Rodar o doente pela cintura até à cadeira de rodas como se pode verificar na figura 11.(Informação retirada e adaptada de Apresentação do PowerPoint (uevora.pt)).

Figura 11 - Transferência da maca para a cadeira

Fonte: www.ee.usp.br/reeusp/upload/html/510/body/v34n2a06.htm

Para colocar o doente novamente na maca (transferência da cadeira de rodas para a maca), deve seguir-se estes passos em sequência invertida.(Informação retirada e adaptada de Apresentação do PowerPoint (uevora.pt)).

Transferência de maca para cama:

- Posicionar o doente em decúbito dorsal, como mostra na figura 12;
- Juntar a maca ao lado da cama;
- Posicionar do lado do doente e agarrar o lençol, uma pessoa a agarrar o lençol entre os ombros e a anca e outra pessoa a agarrar entre a anca e os membros inferiores, havendo cruzamento das mãos dos dois assistentes na zona da anca;
- Do lado da cama estão um enfermeiro e um assistente que fazem o mesmo, mas debruçam-se sobre a cama para que assim consigam agarrar o lençol na maca;
- Aos 3 os assistentes que estão do lado do doente levantam e empurram e o enfermeiro e o outro assistente levantam e puxam para eles ao mesmo tempo como se pode verificar na figura 12;

Figura 12 - Transferência de maca para a cama

Fonte: Índice. 1. Introdução. 2. Objetivos. 3. Promoção da Mobilidade. 4. Mecânica corporal do cuidador. 5. Posicionamentos - PDF Free Download (docplayer.com.br)

3.3.3– Alimentação

Antes de iniciar a administração de alimentação ao doente, devemos sempre falar com o enfermeiro responsável para sabermos se o doente pode ou não comer. Depois de verificarmos que pode comer, explicamos ao doente que vai comer e pedimos a sua colaboração se assim for possível. Quando o doente não quer qualquer tipo de alimento devemos enfatizar que ele deve comer, assim ele fica mais forte e ajuda na sua recuperação. Após uma conversa com o doente, devemos posicioná-lo em decúbito dorsal e seguidamente levantar a cabeceira a um angulo de mais ou menos 90º como se pode observar na figura 13. Depois de o doente comer devemos manter a cabeceira elevada durante pelo menos 30 minutos para que ajude na digestão, ou em caso de vómito o doente não se engasgar. No doente com sonda Naso gástrica apenas deixamos a alimentação junto do doente para que depois o enfermeiro possa administrar.

Figura 13 - Alimentação na maca

Fonte: Cuidador Informal - Como alimentar uma pessoa com disfagia

Ao longo do turno, sempre que seja permitido, se o doente não tiver exames para realizar, procedemos à hidratação do doente.

3.3.4– Higienes

Antes do início das higienes, verificamos sempre se o carro das higienes está reposto. As higienes são sempre feitas em par com um enfermeiro.

O carro de higienes deve conter:

- Fraldas;
- Resguardos;
- Esponjas;
- Luvas (S, M, L);
- Creme Hidratante;
- Creme com óxido de zinco;
- Desinfetante;
- Lençóis;
- Chinelos descartáveis;
- Sacos de despejo;
- Sacos de algaliação;

- Mascaras descartáveis (por causa do covid);
- Imobilizações;
- Aventais descartáveis.

Depois de verificar o carro, devemos vestir um avental descartável, calçar dois pares de luvas, sendo que é mais seguro porque se as luvas se rasgarem o segundo par protege e seguir para os doentes.

Quando chegamos ao doente, explicamos o procedimento a realizar e solicitamos a sua ajuda. Seguidamente verificamos se têm a fralda suja, se tiverem vamos molhar esponjas e limpamos o doente, depois de limpo e de verificarmos se os lençóis estão, ou não sujos também, limpamos com uma esponja seca o doente e colocamos uma fralda e um resguardo novo. Se a bata estiver suja trocamos também. Caso o doente não esteja sujo e seja autónomo para poder ir à casa de banho, verificamos se ele necessita de alguma coisa e proporcionamos conforto. Depois do doente mudado procedemos ao posicionamento do mesmo deixando-o numa posição mais confortável, se o doente estiver capaz, ele diz-nos qual é a posição como quer ficar. Nas higienes também limpamos a cara e a boca ao doente com uma esponja molhada, caso o doente seja autónomo entregamos-lhe a esponjinha e dizemos-lhe para ele lavar a cara e a boca. No fim das higienes repomos todo o material necessário no carro.

3.3.5– Colaboração com equipa de enfermagem

A colaboração com a equipa de enfermagem é realizada sempre que nos é solicitado. Colaboramos na execução de procedimentos invasivos como:

- Colocação de algálias;
- Colocação de sonda Naso gástrica;
- Realização de pensos;
- Colocação de cateter central;
- Punções Lombares;
- Punções;
- Entre outros.

Nestes procedimentos, auxiliamos, essencialmente, na mobilização do doente para que não se mexa, ou seguramo-lo numa determinada posição. Sendo necessário, também

chegamos material aos enfermeiros durante os procedimentos. Colaboramos também em procedimentos não invasivos, tais como: cuidados post mortem, entre outros.

3.3.6– Reposição de material

Ao início e no fim de cada turno, devemos sempre verificar se o material necessário para o turno está todo completo. Se não estiver temos de ir à secção dos "Limpos" e levar para o sector para onde estava destacada. Em traços gerais, irei falar do material a repor.

Assim no que concerne aos materiais a repor por turno são os seguintes:

- Soros;
- Sistemas de soros;
- Tubos de colheita;
- Hemoculturas (se já não houver no serviço é necessário ir ao Laboratório buscar);
- Abocath;
- Obturadores;
- Seringas (de gavagem, infusoras ou normais);
- Gases;
- Desinfetantes;
- Mascaras de oxigénio;
- Sondas nasogastricas;
- Sondas retais;
- Fraldas;
- Resguardos;
- Lençóis;
- Luvas;
- Creme hidratante;
- Oxido de zinco;
- Papel de mãos;
- Sacos de lixo;
- Entre outros.

3.3.7 – Lixos

Por norma depois de se dar “a volta” aos doentes, os lixos do dia são deixados nos “sujos”. Cada lixo vai para uma caixa diferente. Depois são levadas aos lixos, que se encontram na rua, onde são encaminhadas para os devidos sítios. Os sacos do lixo estão identificados por cores e cada cor tem a sua classificação. Assim, temos:

- Lixo de cor amarela – Plástico e metal;
- Lixo de cor azul – papel e cartão;
- Lixo de cor preta – lixo normal;
- Lixo de cor branca – contaminados (ex. gases com sangue)
- Lixo de cor vermelha – cortantes (ex. agulhas)
- Lixo de cor laranja/cinzenta – roupa suja.

Reflexão Final

Após o término do período de estágio é necessário refletir sobre a experiência de quatro meses a trabalhar no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica da ULS Guarda.

Primeiramente, sinto que foi uma experiência bastante enriquecedora e que superou de longe os meus objetivos. A nível de integração, sinto que me integrei bem, quer a nível do serviço em si como com os profissionais de saúde com que cooperei, deparei-me com um grande espírito de equipa e de ajuda ao próximo, desde doentes até à equipa de profissionais de saúde, estão sempre prontos para ajudar e proporcionar o melhor conforto aos doentes, como são todos unidos e gostam de ajudar isso facilitou a minha integração. Aprendi imenso, não tinha ideia da realidade que era trabalhar num serviço de urgência e do grau de eficiência que ele exige.

Contactei com muitos doentes, com diferentes ideais, culturas, etnias, religiões. Mas naquele contexto, para nós, eram todos iguais, eram todos doentes com diferentes patologias que necessitavam do nosso cuidado, direta ou indiretamente, e sempre igual para com todos.

Esta experiência enriqueceu-me bastante, tanto a nível profissional como a nível pessoal. Um dos meus pontos fracos é que crio uma fácil ligação com as pessoas, então com os idosos essa ligação é criada automaticamente sem que eu me aperceba, o que leva a que me apegue demais e, me esqueça, que aquilo era apenas um serviço de curta duração e que eles não iam ficar ali eternamente. Assim, muitos dias dava por mim a chorar quando fazia a alta de um doente, achando que se não ficasse triste por ele ir embora não era boa pessoa. Para me salvaguardar criei uma linha onde não me apegasse demasiado, para que eu psicologicamente não ficasse tão afetada, não quer dizer que deixasse de gostar dos doentes, só não me envolvia demasiado. A estratégia que adotei consistia em lembrar-me sempre que eles iam acabar por sair para as suas vidas e, que, o importante era eu dar-lhes o melhor cuidado enquanto estivessem connosco no serviço. Este foi um aspeto que tive de superar e posso afirmar que no fim do estágio já estava “à vontade” com isso.

Como esta, ao longo do estágio senti algumas dificuldades, todas elas superadas que encarei como momentos de aprendizagem. Prezava sempre por manter a dignidade da pessoa, quer fosse em vida ou em morte.

O envelhecimento é um processo inevitável e, por isso, temos de encará-lo como tal, deve ser vivido da melhor forma possível e se fosse sem patologias associadas era

formidável. Nessa fase de vida sabe-se que os idosos precisam de cuidados, cuidados esses que muitas vezes passam apenas pela conversa e pelo conforto. O Técnico Profissional de Gerontologia serve para isso mesmo, para ouvir os idosos e encontrar técnicas de promover o seu bem-estar, prezando por proporcionar melhores momentos durante o seu percurso e um melhor envelhecimento da pessoa idosa.

Como futura Técnica Profissional de Gerontologia, e crente de que os avanços na medicina e ciência em relação a esta dinâmica que é a Gerontologia se superem para que continuem a facilitar a superação de dificuldades sentidas na velhice e no processo de envelhecimento. Hoje, a visão do idoso está em permanente mudança, visto o mundo estar também, o que me leva a crer numa sociedade que nos ajude a aproveitar todos os momentos da nossa vida até à morte, incluído no processo de envelhecimento que só por si já é difícil.

Termino, com a convicção de que tudo no estágio correu bem, que cumpri os objetivos para aquilo a que me propus e destacar que não negaria uma nova oportunidade de trabalhar neste contexto hospitalar.

Referências Bibliográficas

Andrade, P. (2018). *Competência de um Gerontólogo com Formação em Cuidados Paliativos.* [Master´s Thesis, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Patricia_Andrade.pdf (ipvc.pt) (Acedido a 17-junho-2021)

Azevedo, M. (2015). *O Envelhecimento Ativo e a Qualidade de Vida: Uma Revisão Integrada*. [Master´s Thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. marta 20 de abril - tese final - pdf.pdf (rcaap.pt) (Acedido a 21-junho-2021)

Barbosa, T. (2017).*Envelhecimento e Fragilidade: Um estudo em Centro de Dia*. [Master´s Thesis, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Teresa_Barbosa.pdf (ipvc.pt) (Acedido a 13-junho-2021)

Berger, L. et Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas – Uma abordagem global: Processo de enfermagem por necessidades.* 1ª edição. Lusodidacta, Lisboa. (Acedido a 22-junho-2021)

Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento.* [Master's Thesis, Universidade Lusíada do Porto]. O Portal dos Psicólogos. TL0097.pdf (psicologia.pt) (Acedido a 12-junho-2021)

Costa, A et Al. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável*. [Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016), Serviço Nacional de Saúde]. Serviço Nacional de Saúde. ENEAS.pdf (sns.gov.pt) (Acedido a 20-junho-2021)

Leonardo, C. (2017) *A Guarda e a Sé Catedral*. Conhece A Guarda, A Cidade Mais Alta De Portugal? - Wandering Life (wandering-life.com) (Acedido a 7-junho-2021)

Manual do Cuidador. (2014). [Biblioteca Serviço Nacional de Saúde]. Governo de Portugal. Microsoft Word - Manual do cuidador junho 2015.docx (sns.gov.pt) (Acedido a 4-julho-2021)

Martin, J. *Gerontologia em Portugal por Jose Ignacio Martin*. Investigação e Desenvolvimento em Gerontologia. Gerontologia IDEG – Research in Gerontology Gerontologia em Portugal (Acedido a 12-junho-2021)

Martins, J. (2011). *Conhecimento leigo de sinais e sintomas precedentes de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico.* [Master's Thesis, Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. T_18243.pdf (ufp.pt) (Acedido a 1-julho-2021)

Município da Guarda. *Concelho*. Concelho (mun-guarda.pt) (Acedido a 7-junho-2021)

Organização Mundial de Saúde. (2006). *Manual STEPS de Acidente Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra. Enfoque passo a passo da OMS para vigilncia de acidente vascular cerebral (paho.org) (Acedido a 1-julho-2021)

Paulos, L. (2008). *Abordagem Diagnóstica, Terapêutica e Preventiva do Doente com Tromboembolismo Pulmonar A propósito de um caso clínico*. [Master´s Thesis, Universidade da Beira Interior Faculdade Ciências da Saúde]. Repositório Institucional da Universidade da Beira Interior. Microsoft Word - TESE FINAL.docx (ubi.pt) (Acedido a 2-julho-2021)

Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia Um Guia para Cuidadores de Idosos*. (1ª edição). Psico&Soma. Teoria e Pratica da Gerontologia.pdf (Acedido a 14-junho-2021)

Ribeiro, A. (2011).*Implementação de um sistema de Business Intelligence para a análise da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* [Master's Thesis, Universidade do Minho]. Repositório Institucional da Universidade do Minho. Projecto de Dissertação (uminho.pt) (Acedido a 3-julho-2021)

Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. LIDEL-Edições Técnicas, Lda.

S/n.*"Como cuidar do outro? – Cuidar da Pessoa Dependente: Posicionamentos/Mobilizações* [Powerpoint de formação, Universidade de Évora]. Repositório Institucional da Universidade de Évora. Apresentação do PowerPoint (uevora.pt) (Acedido a 4-julho-2021)

Sensuum. *O Papel da gerontologia e do gerontólogo*. O papel da gerontologia e do gerontólogo – Sensuum (Acedido a 17-junho-2021)

Serviço Nacional de Saúde. Hospital Sousa Martins. Hospital Sousa Martins - Unidade Local de Saúde de Guarda (min-saude.pt) (Acedido a 7-junho-2021)

Silva, I. (2017). *Desenvolvimento de uma Plataforma Informática Educativa Destinada aos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem: Procedimentos de Enfermagem Posicionar*. [Master´s Thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. Dissertação de Mestrado_Inês Silva.pdf (rcaap.pt) (Acedido a 4-julho-2021)

Sousa, M. (2019). *Prática Gerontológica: Satisfação comos Serviços e Qualidade de Vida em idosos clientes de Centros de Dia*. [Master´s Thesis, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Marta_Sousa.pdf (ipvc.pt) (Acedido a 14-junho-2021)

Terras de Portugal. (2011). *Guarda*. Guarda - Terras de Portugal (Acedido a 6-junho-2021)

Veloso, A. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. [Master´s Thesis, Faculdade de Economia Universidade de Coimbra]. Repositório Institucional da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado_Ana Veloso.pdf (uc.pt) (Acedido a 20-junho-2021)

Veríssimo, A. (2020). *Gerontologia: O que é e como pode ajudar na velhice e no envelhecimento*. Mais que Cuidar. Gerontologia: o que é e como pode ajudar no envelhecimento saudável (maisquecuidar.com) (Acedido a 12-junho-2021)

Anexos

Lista de Anexos

Anexo I – Plano de Trabalho

Anexo II – Reflexão semanal (atividades realizadas semanalmente)

Anexo III – Reflexões Críticas Semanais

Anexo I – Plano de Trabalho

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
____/____

Este documento é um complemento do formulário GESP.003 - CONVENÇÃO.

Escola: [X] ESECD [ ] ESS [ ] ESTG [ ] ESTH

Tipologia: [X] Curricular [ ] Extracurricular [ ] Outro: ____

Ao abrigo de **protocolo ou especificidade formativa?** [ ] Sim. Qual? ____

Informação adicional: (se aplicável)

Designação: ____

Ano curricular: 2020-2021 Semestre: 1º semestre ○ 1.º período ○ 2.º período ○ 3.º período

Regime específico COVID-19? [ ] Não [ ] Sim

1. IDENTIFICAÇÃO DOS INTERVENIENTES

Estudante: Claudia Alexandra Fonseca Ramalho N.º de estudante: 1703485

Docente orientador(a): Marisa Teixeira

Supervisor(a)/Tutor(a): Bruno Manuel Nunes Macedo

2. PLANO DE TRABALHO

Objetivos gerais: desenvolver e consolidar, em contexto real de trabalho, os conhecimentos e as competencias profissionais adquiridas durante a frequencia do curso:
- Compreender o papel do técnico de gerontologia nos diferentes contextos de atuação;
- Integrar uma equipa multidisciplinar de cuidados de saude
- Estabelecer uma relação de ajuda com os utentes ao colaborar com o enfermeiro na prestação de cuidados;
- Promover o meu auto desenvolvimento pessoal e profissional.

Objetivos Especificos: Conhecer a estrutura orgânica e funcional da unidade prestadora de serviços;
- Identificar as tarefas que têm de ser executadas sob supervisão direta do profissional de saude;
- Compreender a importancia do dever de agir em função das orientações do profissional de saude e sob sua supervisão.
- Assumir uma atitude de iniciativa e espirito critico
- Cumprir as normas de segurança, higiene e saude no trabalho
- Prever e antecipar riscos
- Estabelecer relações interpessoais com a equipa multidisciplinar e colegas de grupo de estágio, desenvolvendo espirito de equipa.

3. ASSINATURAS

O(A) Estudante	O(A) Docente Orientador(a)	O(A) Supervisor(a)/Tutor(a):
08072021 (D D M M A A A A)	(D D M M A A A A)	09072021 (D D M M A A A A)
Claudia Ramalho (assinatura)	(assinatura)	Enf.º Bruno Macedo, Enfermeiro Adjunto, U.L.S. da Guarda, E.P.E. (assinatura e carimbo)

Anexo II – Reflexão semanal
(atividades realizadas semanalmente)

Hora	segunda-feira 22/03/2021 - Balcões (Manhã)	terça-feira 23/03/2021 - Serviço de Observações (Manhã)	quarta-feira 24/03/2021 - Serviço de Urgência Ortopedia/ Cirurgia (Tarde)	quinta-feira 25/03/2021 - Serviço de Observações (Manhã)	sexta-feira 26/03/2021 - Balcões (Noite)	sábado 27/03/2021
08:00 – 13:30	- Auxilio à equipa de enfermagem (medicação); - Auxilio na administração da alimentação dos utentes; - Higienização dos utentes; - Transporte dos utentes aos exames a realizar; - Reposição de material em falta no serviço; - Alteração da identificação dos utentes;	- Auxilio à equipa de enfermagem (medicação); - Auxilio na administração da alimentação dos utentes; - Higienização dos utentes; - Transporte dos utentes aos exames a realizar; - Reposição de material em falta no serviço; - Alteração da identificação dos utentes;	---------- -		----------	---------- -
13:30 – 16:00	- Mobilização dos utentes; - Transferências dos utentes; - Hidratação dos utentes;	- Mobilização dos utentes; - Transferência dos utentes; - Posicionamento dos utentes;	---------- -		----------	---------- -

	- Higienização dos utentes; - Troca de sacos coletores de urina; - Levar/buscar material ao Laboratório/ Banco de Sangue - Reposição de material utilizado no serviço; - Auxilio no transporte, transferência e realização de internamentos nos serviços designados. - Deixar o lixo do dia no respetivo local;	- Auxilio à equipa de enfermagem (colocação de sonda vesical); - Higienização dos utentes; - Transporte dos utentes aos exames a realizar; - Auxilio na administração da alimentação aos utentes; - Hidratação dos utentes; - Troca de sacos coletores de urina; - Reposição de material utilizado no serviço; - Levar/buscar material ao Laboratório /Banco de Sangue - Deixar o lixo do dia no respetivo local;				

16:00 – 20:00	----------	----------		----------	----------	----------
20:00 – 23:30	----------	----------		----------	----------	----------
23:30 – 08:00	----------	----------	----------	----------	– Higienização dos doentes; – Vigiar os doentes; – Reposição de material; – Colaboração com a equipa de enfermagem; – Proporcionar conforto aos doentes; – Higienização dos doentes;	----------

					– Deixar o lixo do dia no respetivo local; – Reposição de material.	

Anexo III – Reflexões Críticas Semanais

Reflexões Críticas Semanais – Cláudia Ramalho – 1703485

Semana 08/03 – 12/03

Esta semana foi mais a nível de integração, quer na instalação como com os respetivos colegas e equipa de enfermagem. Cada dia é me atribuído um enfermeiro e um assistente operacional, também é atribuído o local onde irei ficar esse dia, que corresponde ao local onde o enfermeiro e o assistente operacional se encontram. A urgência está dividida em vários setores, então, em conjunto com o meu supervisor foi definido que irei estar cada dia num local diferente, que será o Balcão 1 e Balcão 2 (onde existe uma maior afluência de idosos) havendo assim, rotação e uma melhor aprendizagem.

Semana 15/03 – 19/03

Esta semana ajudei na preparação do antigo Serviço de Observações (SO), que durante o pico da pandemia serviu de urgência respiratória (para as pessoas com Covid positivo), mas como nesta altura o Covid-19 está mais calmo e a afluência a urgência normal é maior, o chefe do serviço em conjunto com a administração decidiram voltar a abrir aquela sala como um segundo balcão, onde os doentes que estão no serviço à mais tempo e à espera de internamento ficam. No Balcão 2 também existem 2 isolamentos que, agora, irão servir para os doentes imunodeprimidos ou com doenças contagiosas (ex. tuberculose, hepatites, entre outros).

Semana 22/03 – 26/03

Esta semana fiquei a conhecer melhor o material, para que é utilizado e os tipos de material, assim sempre que me pediram para ir buscar material mais rápido já não necessitava de ir sempre perguntar aos colegas qual era o material. Também foi nesta semana que fui aprender como se realiza um internamento, desde ir buscar o processo até ao término do internamento, como saber onde deixar a roupa, os cuidados necessários quando chegamos ao serviço de internamento e quando saímos.

Semana 29/3 – 2/4

Nesta semana apesar de estar destacada para o meu setor, quando o serviço estava mais parado, fui ajudar nos outros setores para assim poder aprender melhor e atuar mais rapidamente e eficientemente caso fosse necessária a minha ajuda. O serviço de urgência da Guarda para os assistentes operacionais tem cinco setores, onde diariamente estão 6 assistentes porque no Balcão 1 estão dois assistentes. Durante o dia os auxiliares rendem-se um ao outros, por exemplo o da cirurgia-ortopedia rende o do balcão 2 e o de amarelos e verdes quando há uma emergência vai para a sala de emergência e os do balcão 1 rendem o de amarelos e verdes enquanto está gente na emergência.

Semana 5/4 – 9/4

Esta semana foi um bocadinho caricata, houve muitas mortes no serviço, os doentes já chegavam mal ao serviço e acabavam por falecer lá. As múmias eram preparavas no 18, eram assim que lhe chamava-mos, a sala tinha duas portas. Uma porta estava virada para o corredor da cirurgia ortopedia e outra para outro corredor, do lado da cirurgia ortopedia na sinalização da porta dizia "18" para que os doentes não dessem conta quando era alguém levado para lá para ser preparado, do outro lado já dizia na sinalização "morgue". Nessa sala fazia-se a preparação da múmia e após duas horas do óbito ser dado os colegas da Morgue vêm buscar a múmia e levam para o devido serviço.

Semana 12/4 – 16/4

Esta semana foi mais suave, correu bem. Na quinta feira é dia de ir buscar material ao arsenal e ao armazém, material esse que é gasto durante a semana. Foi a primeira vez que o enfermeiro chefe me pediu para o ajudar a arrumar o material e a ajudar os eus colegas a ir buscar. Quando chega o material o enfermeiro chefe está sempre presente para confirmar se a encomenda está toda certa. O material é arrumado quase todo na sala dos "Limpos", mas há material especifico que tem de ir para a Ortopedia e outro para a sala de pequena cirurgia.

Semana 19/4 – 23/4

Esta semana foi a primeira vez em que estive em contacto não direto com doenças contagiosas. Os doentes que têm uma doença contagiosa e que se sabe no momento em que eles entram na triagem, colocam uma fita com um triangulo em vermelho. Não por eles serem diferentes dos outros, mas, para nos precavermos quando chegamos ao doente e ao o

abordarmos termos os cuidados necessários. Nesta semana tivemos doentes com Hepatite, SIDA e tuberculose.

Semana 26/4 – 30/4

Nesta semana fiz a minha primeira tarde e a minha primeira noite. Pedi ao chefe que me deixasse fazer tardes e noites para, assim, saber o que se passa em cada turno. A tarde passou-se bem, apercebi-me que era como uma manhã. A noite foi um bocadinho mais complicada. Nas noites após se dar a volta e apagar as luzes ficamos mais na parte de vigiar os doentes e proporcionar-lhes conforto. Sendo um turno menos movimentado pareceu que custou muito a passar, mas no fim dei-me conta que o importante era que corresse tudo bem.

Semana 4/5 – 7/5

Nesta semana foi a primeira vez que colaborei com a equipa de enfermagem em procedimentos invasivos mais complicados. Colaborei na execução de uma Punção Lombar. A minha função foi ajudar a preparar o senhor, organizar o material necessário para a realização da punção e mobilizar o senhor na execução da Punção. Foi a primeira vez que vi liquido cefalorraquidiano.

Semana 10/3 – 14/4

Esta semana, fiquei um bocadinho triste com uma situação que aconteceu. Deu entrada na sala de emergência, um jovem, com 20 e poucos anos, teve um acidente de mota. Apesar dos inúmeros esforços dos médicos em manter o jovem estável, ele não resistiu. Foi nesse dia que eu soube que quando acontece algo assim, que a pessoa fica em morte cerebral, os médicos dos cuidados intensivos descem e vão ver a viabilidade dos órgãos da pessoa para assim se poder fazer o transplante de órgãos.

Semana 17/5 – 21/5

Esta semana foi uma semana agitada. Maioritariamente idosos, dirigiram-se ao serviço após a toma da vacina contra a Covid 19. Foi uma semana cansativa. Eram muitos doentes e havia sempre muitos exames, o serviço estava cheio e havia muito trabalho. Também houve muitas vagas nos serviços de internamento então tivemos de realizar muitas altas para o internamento.

Semana 24/5 – 28/5

Nesta semana foi também a primeira vez em que colaborei na colocação de um Cateter Central. Auxiliei na preparação do doente, e durante o procedimento na mobilização. O cateter centra só é colocado quando o doente não tem acessos viáveis. Depois da colocação do cateter central o doente deve ficar vigiado e em caso de o doente estar alterado deve ficar imobilizado. Quando um doente tem cateter central, sempre que lhe mexemos devemos ter atenção para não "arrancarmos" aquilo.

Semana 31/5 – 4/6

Nesta semana o chefe pediu-nos ajuda para limpar-mos um sitio de arrumos que ia passar a ser um gabinete para os técnicos de cardiologia. Tivemos de ajudar a retirar o material que estava lá todo e levá-lo para outro sitio. Nesta semana também, quando fiz noite, havia dois doentes que estavam quase a falecer. Durante essa noite, para além de vigiar os outros doentes, fizemos de tudo para que esses dois doentes não falecessem. Achei fascinante o comportamento dos enfermeiros perante essas situações e de como eu também pude auxiliar, desde posicionamentos, conforto, entre outros, para que esses doentes pudessem viver mais algum tempo

Semana 7/6 – 11/6

Nesta semana, visualizei uma paragem pericárdica de uma pessoa de 43 anos. Estava na sala de enfermagem com os enfermeiros, quando uma médica começou a gritar pelo nome do senhor. Quando saí da sala, vi o monitor a ficar vermelho e uma linha constante fiquei assustada. Não podendo auxiliar, fiquei recetiva caso fosse necessário chegar algo rápido aos médicos ou enfermeiros presentes. O doente acordou e foi logo levado para a sala de emergência. Quando ele estava na sala de emergência, fui falar com o doente para ver se ele estava melhor ou se precisava de alguma coisa, quando foi o meu espanto que ele disse que não se lembrava de nada. Depois de estável foi levado novamente para balcão 1 e ficou monitorizado.

Semana 14/6 – 18/6

Esta semana o chefe pediu-nos ajuda para realocar-mos o material para outra sala e para o começarmos a organizar entre essa e outras duas salas. Nesta semana também me foi pedido para fazer a diferenciação dos sacos do lixo, separá-los e organizá-los para que assim seja mais fácil na hora em que se vão buscar. Também nesta semana realizei dois

internamentos de doentes com doenças contagiosas, nesses internamentos, apesar de a doença estar controlada temos de levar bata, luvas e ter sempre cuidados redobrados.

Semana 21/6 – 25/6

Nesta semana deparei-me com uma situação difícil. No transporte de um dos doentes para os exames pedidos, o doente já estava numa situação difícil, mas como o exame estava pedido nós levámos. O doente realizou o exame e quando o fomos buscar deparei-me com o doente imóvel e sem reação. Coloquei dois dedos na jugular do doente para perceber se haveria ou não pulsação e o doente já não tinha pulsação. Levámos o doente rapidamente para balcões e alertámos os médicos para o sucedido. Conclusão, o doente como já estava mal, acabou por falecer no transporte.

Semana 28/6 - 2/7

Esta semana tivemos também uma grande afluência de pessoas ao serviço. Apesar de estar destacada para o meu balcão, propus-me para ajudar no serviço onde havia mais pessoas. Esse serviço era onde havia mais doentes, o de cirurgia-ortopedia. Nesse dia vi imensos traumatizados e também assisti a pequenas cirurgias. Houve um doente em que o disco da rebarbadora se soltou quando ele estava a utilizá-la. O doente ficou cortado na boca e ficou sem alguns dentes, nesse dia, colaborei com a equipa de enfermagem e médica na realização dos procedimentos.

Semana 5/7 – 9/7

Esta semana foi uma semana com alguma tristeza sendo que o estágio estava a acabar. Com o término a tristeza conseguiu levar a melhor. Foi uma semana em que houve pouco movimento no serviço e por isso custou mais a passar.