



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **UMA NOVA CONSCIÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para conclusão do curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por:

Carole Sophie Martins Ramos

PORTO, março de 2012



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **UMA NOVA CONSCIÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para conclusão do curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por:

Carole Sophie Martins Ramos

Sob orientação de:

Patrícia Coelho

PORTO, março de 2012

## **RESUMO**

O ensino de Enfermagem em contexto clínico, como estratégia fomentadora da aprendizagem, afigura-se essencial para a consolidação dos conteúdos lecionados ao longo do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e na aquisição de competências através da experimentação na prática. O objetivo geral deste Relatório serve para a certificação das competências científicas, técnicas e humanas definidas pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, obtendo desta forma o título de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este documento visa descrever as atividades desenvolvidas, as experiências significativas e as reflexões empreendidas, evidenciando as competências adquiridas durante o percurso efetuado no Serviço de Urgência do Hospital de Valongo e Lar de Nossa Senhora da Misericórdia.

A metodologia adotada foi descritiva e analítico-reflexiva, recorrendo como suporte construtivo, o projeto de estágio e o portfólio dos módulos de estágio e por fim, a pesquisa bibliográfica. O relatório está dividido pelos domínios da ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: ética profissional, conceção e prestação de cuidados, formação e investigação e gestão.

No módulo I destaca-se o primeiro contacto com a realidade de um Serviço de Urgência. Dos enfermeiros espera-se a capacidade de lidar com situações cruciais com velocidade e precisão, exigindo-se competências acrescidas na integração de informação e estabelecimento de prioridades, ao mesmo tempo que para promover a relação de ajuda, tem que ser capaz de escutar e de comunicar, transmitindo informação e partilhando emoções. Saliento uma evolução da capacidade de tomada de decisão complexas atendendo às múltiplas dimensões do ser humano, em particular ao doente crítico, urgente/emergente, numa perspetiva de uma prática avançada

No módulo opcional a escolha recaiu sobre a Enfermagem Geriátrica considerando este estágio essencial para o desenvolvimento de competências na área das relações interpessoais, bem como o estabelecimento de relações de ajuda com o idoso e família, contribuindo para o aperfeiçoamento de técnicas de comunicação.

Concluo, referindo que os objetivos foram concretizados, realço a importância do estágio e da elaboração deste relatório na aquisição de competências, que permitirão no futuro como Enfermeira especialista desenvolver uma prática de Enfermagem baseada nos padrões de qualidade e na evidência científica, de forma a dar contributo para uma nova consciência de Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Teaching Nursing in the clinical setting as a strategy promoter of learning, it is essential to the consolidation of what is taught during the Post-Graduate Course in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing and skills through experimentation in practice. The overall objective of this report is for the certification of scientific, technical and human defined by the Statute of the Order of Nurses, thus obtaining the title of Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing. This document aims to describe the activities, the significant experiences and reflections undertaken, showing the skills acquired during the journey made in the Emergency Service of Hospital de Valongo and Lar Nossa Senhora da Misericórdia.

The methodology was descriptive and analytical and reflective, using as a constructive support, the draft stage and the stage portfolio of modules and ultimately, the research literature. The report is divided by areas of action of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing: professional ethics, design and care, training and research and management.

In the module I highlight the first contact with the reality of an ER. Of nurses is expected to be able to deal with crucial situations with speed and accuracy, demanding increased powers in the integration of information and establishment of priorities, while promoting the relationship help, have to be able to listen and communicating, transmitting information and sharing emotions. Emphasize an evolution of the capacity of decision-making complex given the multiple dimensions of human beings, particularly the critically ill patient, urgent / emergent from the perspective of an advanced practice.

Optional module in the choice fell on the Geriatric Nursing considering this essential stage in the development of skills in the area of interpersonal relationships, as well as the establishment of helping relationships with families and the elderly, contributing to the improvement of means of communication.

I conclude by stating that the objectives were achieved, stresses the importance of stage and of writing stage and the importance of writing in the acquisition of skills that will in the future as a Clinical Nurse Specialist to develop nursing practice based on quality standards and on scientific evidence, in order to give a contribution to a new awareness of Nursing.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais pela falta de tempo... quando deveria estar presente. À minha irmã por estar sempre lá....

Aos meus amigos pela tolerância da minha ausência. À Márcia pelo apoio e por estar sempre presente...

À Professora Patrícia Coelho pelo acompanhamento e orientação ao longo do contexto clínico e elaboração deste relatório.

A todos os meus colegas de curso que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVD – Atividades da Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DM – Diabetes Mellitus

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC- Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

ICN - International Council of Nurses

LNSM – Lar Nossa Senhora da Misericórdia

NHB - Necessidades Humanas Básicas

OE – Ordem dos Enfermeiros

SAPE - Sistema Apoio à Prática de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SI – Sistema de informação

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

UCP – Universidade Católica do Porto

## ÍNDICE

0. Introdução.....	12
1. Processo de Aquisição competências nos domínios .....	15
1.1 Domínio Ética Profissional.....	17
1.2 Domínio Conceção e Prestação de Cuidados .....	21
1.3 Domínio Gestão .....	37
1.4 Domínio Formação e Investigação .....	48
2. Indicadores .....	57
3. Conclusão .....	59
Referências Bibliográficas.....	62
Anexos.....	66

Anexo I - Caracterização do Serviço de Urgência do Hospital de Valongo

Anexo II - Caracterização do Lar Nossa Senhora da Misericórdia

Anexo III - Folha de Registo de tratamento de ferida

Anexo IV - Índice de Barthel

Anexo V - Gráfico 1 relativo às monitorizações segundo Índice de Barthel -  
Percentagem da dependência nas AVD

Anexo VI - Escala de Braden

Anexo VII - Gráfico 2 referente às monitorizações segundo a Escala de Braden-  
Percentagem do risco

Anexo VIII - Despacho Normativo nº 12/98, de 25 de fevereiro de 1998

Anexo XIX - Apresentação Diapositivos sobre o Algoritmo de SAV - Novas *Guidelines* e Plano de Sessão

Anexo X - Questionário avaliativo da opinião dos formandos sobre ação de formação

Anexo XI - Questionário avaliativo dos conhecimentos dos formandos sobre ação de formação

Anexo XII - Poster - Algoritmo de Suporte Avançado de Vida

Anexo XIII - Tabela das respostas dos formandos relativamente ao questionário sobre a opinião dos formandos

Anexo XIV - Gráfico 3 referente à ação de formação que demonstra a – Opinião dos formandos acerca do tema e metodologia utilizada

Anexo XV - Gráfico 4 relativo à ação de formação que evidencia – Apreciação global da sessão

Anexo XVI - Tabela das respostas dos formandos quanto ao questionário dos conhecimentos

Anexo XVII - Gráfico 5 relativo à ação de formação que permite aferir a – Percentagem de respostas corretas, erradas e questões não respondidas

Anexo XVIII - Gráfico 6 referente à ação de formação que demonstra a - Pontuação dos questionários de conhecimentos

Anexo XIX - Revisão bibliográfica sobre o tema suicídio

Anexo XX – Apresentação Diapositivos sobre Diabetes Mellitus e Plano de Sessão

Anexo XXI – Questionário Avaliativo da Opinião dos Participantes sobre ação de formação

Anexo XXII – Panfleto sobre Diabetes Mellitus

Anexo XXIII - Tabela das respostas dos formandos: questionário avaliativo da opinião sobre ação de formação

Anexo XXIV - Gráfico 7 relativo à ação de formação que evidencia a - Opinião dos formandos acerca do tema e metodologia utilizada

Anexo XXV- Gráfico 8 referente à ação de formação que demonstra a – Apreciação global da sessão

Anexo XXVI - Questionário sobre a Pesquisa de neuropatia diabética e sua associação com controlo glicémico referente ao Projeto Acreditar

Anexo XXVII – Trabalho sobre Psimotrocidade

Anexo XXVIII - Exame Físico: Avaliação inicial, incluído no programa de Psicomotrocidade

Anexo XXIX – Índice de Barthel: Avaliação inicial, incluído no programa de Psicomotrocidade

Anexo XXX – Escala de Faces: Avaliação contínua, incluído no programa de Psicomotrocidade

Anexo XXXI – Índice de Barthel: Avaliação final, incluído no programa de Psicomotricidade

Anexo XXXII – Escala de avaliação do grau de satisfação do programa: Avaliação final, incluído no programa de Psicomotricidade

Anexo XXXIII - Gráfico 9 relativo ao programa de Psicomotricidade que demonstra a – Apreciação Global do Programa de Psicomotricidade

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Atividades Desenvolvidas.....	57
--	----



## **1. Introdução**

No âmbito do plano de estudos do 4º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), referente à Unidade Curricular: Relatório foi proposto a realização de um relatório relativo aos Módulos I e III do Estágio na área de Enfermagem Médico Cirúrgica.

A aprendizagem em contexto clínico afigura-se de primordial importância no desenvolvimento do aluno, possibilitando a mobilização dos conhecimentos adquiridos, contextualizando-os na prática, e aplicando-os, permitindo assim a consolidação de saberes e a apropriação de competências provenientes do domínio em que o Estágio se insere. A competência não reside nos recursos (conhecimentos, capacidades) a serem mobilizados, mas na própria mobilização desses recursos.

Assim, importa olhar não apenas para as experiências que se reportam à atividade instrumental mas também à atividade reflexiva empreendida em cada estágio, parte essencial na construção do saber e que contribui de forma decisiva para o desenvolvimento pessoal e profissional do aluno, segundo Simões (2008). Realça igualmente a importância da orientação da formação no sentido do desenvolvimento de competências, permitindo uma reflexão sobre a construção do conhecimento e a sua transformação em desenvolvimento. Impera a necessidade de proceder a uma análise sobre a forma como as experiências percebidas e intervenções realizadas contribuíram para a aquisição de competências. A aquisição de competências é assim o primordial objetivo da aprendizagem em contexto clínico. Segundo o mesmo autor, profissional competente é aquele que inicia uma ação perante uma determinada situação, mas que compreende o porquê e o modo de agir.

A elaboração de um documento com a descrição dos momentos de aprendizagem significativos e reflexões apreendidas, dota o processo de análise de um instrumento importante para a compreensão do percurso efetuado pelo aluno. No sentido de documentar as experiências vivenciadas e as reflexões produzidas, surge a necessidade de produzir um relatório, para que o aluno demonstre o nível de crescimento bem como, de que forma as intervenções realizadas e análise reflexiva efetuada contribuíram para a aquisição de competências. De acordo com o plano de Bolonha, a melhoria da qualificação profissional e académica radica numa alteração de paradigma do ensino tradicional orientado por critérios de transmissão e aquisição de



conhecimentos para um sistema que procura assegurar o desenvolvimento integrado de competências no sentido de promover a autoaprendizagem (*self learning*) e a formação ao longo da vida (*life long learning*), valorizando assim a aquisição e desenvolvimento de competências pelo envolvimento ativo dos alunos no processo de aprendizagem.

Na elaboração do relatório pretendo expor as atividades desenvolvidas ao longo dos módulos de estágio, bem como as principais reflexões depreendidas demonstrando quais as competências adquiridas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, e que experiências e objetivos consumados contribuíram para a sua aquisição. Assim, os objetivos do relatório são:

- Descrever as atividades realizadas e as experiências vivenciadas durante o estágio;
- Realçar a aprendizagem experienciada, dando particular ênfase às competências adquiridas / desenvolvidas;
- Demonstrar a capacidade crítica e reflexiva evidenciada ao longo do estágio;
- Documentar a aprendizagem efetuada e a evolução sistematizada.

Os campos de estágio foram selecionados de acordo com o critério da capacidade em proporcionar oportunidades de aprendizagem, disponibilidade dos serviços e objetivo pessoal de estágio.

A opção de dois serviços com áreas de intervenção tão distintas foi o principal motivo impulsionador para as minhas escolhas. A escolha do módulo I o Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Valongo prendeu-se com o facto de ser um campo de estágio que me iria proporcionar uma grande variedade de experiências, devido á multiplicidade de causas clínicas que os doentes do SU apresentam. Esta multiplicidade permitiu o contacto, desde o doente crítico ao doente crónico, revelando-se um ótimo local para desenvolvimento de competências e produção de conhecimento. Como forma de permitir o conhecimento da estrutura física do SU apresento em anexo I a sua caracterização.

A escolha de Enfermagem Geriátrica no Lar Nossa Senhora da Misericórdia (LNSM) para realizar o estágio referente ao módulo III, deveu-se a uma necessidade sentida por mim em me voltar para uma vertente de relação interpessoal e estabelecimento de relação de ajuda em contraposição com a forte vertente instrumental como que me deparo no quotidiano de uma unidade de cuidados intensivos. Opto por remeter para anexo II a caracterização do LNSM, devido à sua extensão.



Após alguns anos neste serviço, e por defeito do comportamento humano, as atividades técnicas foram interiorizadas e tornam-se rotineiras para mim, não surgindo tempo para o contacto com o doente numa perspetiva holística. Foi nesta ótica que me propus o desafio de sair da minha área de conforto e ingressar em novas dinâmicas, exigindo de mim uma postura de humildade e total disponibilidade para aprender e adquirir competências relacionais que me mudaram enquanto profissional e irreversivelmente, também a nível pessoal.

No meu caso particular, foi creditado o estágio do módulo II em Cuidados Intensivos uma vez que trabalho à 6 anos consecutivos no Serviço de Cirurgia Torácica - Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital São João. Este serviço tem me proporcionado a assistência ao doente adulto e idoso com doença grave e especialmente na assistência ao doente em estado crítico do foro cardíaco e pulmonar, tendo um papel determinante para a sua recuperação e manutenção, bem como a aquisição de conhecimentos técnico-científicos nesta área de intervenção. Considero apresentar as competências neste âmbito fruto da minha experiência profissional na área dos cuidados intensivos, pois a mobilização de saberes na prática quotidiana pode ter um valor exponencial para o meu desenvolvimento.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório foi descritiva e analítico-reflexiva. Como suporte à construção do relatório utilizei o Projeto de Estágio, os portfolios dos módulos referidos anteriormente, e por fim, a pesquisa bibliográfica. Quanto à estrutura do relatório está dividido pelos domínios da ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC): ética profissional, conceção e prestação de cuidados, formação e investigação e gestão. Opto por esta divisão, pois assim permite-me centralizar as competências adquiridas por domínios, independentemente dos locais de estágio onde foram adquiridas, evitando a sua fragmentação, dispersão e duplicação ao longo do relatório. Os indicadores que refletem a dimensão quantitativa da minha aprendizagem são descritos após os domínios da ação do EEEMC. Finalmente apresento a conclusão, onde refiro as principais competências adquiridas e as reflexões que mais contribuíram para a construção da minha identidade como futura Enfermeira Especialista.

Quando embarquei neste projeto, era minha ambição adquirir competências que me permitissem vislumbrar uma nova consciência da Enfermagem, e procuro com este documento espelhar de que forma esta foi conquistada, refletindo sobre ela.



## 1. Processo de Aquisição competências nos domínios

A Enfermagem, como ciência e profissão, tem vindo a criar o seu próprio saber, transformando a tradição da arte na ciência do cuidar. Acompanhando esta evolução surgiu a especialização em várias áreas da Enfermagem, na qual os Enfermeiros Especialistas têm adquirido novos conhecimentos e novas competências, necessários a uma prestação de cuidados cada vez mais exigente.

A atribuição do título Enfermeiro Especialista certifica um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

Pela certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o Enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica, que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, aos três níveis de prevenção.

O Estágio permite ao aluno desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências inerentes ao grau de EEEMC, a nível da componente teórica e prática.

Desde logo, para o sucesso dos estágios contribuiu a capacidade de me integrar na dinâmica funcional de cada campo de estágio. A compreensão da dinâmica estrutural e funcional, e a adoção de uma postura de disponibilidade e humildade, mas interventiva contribuíram no processo de aprendizagem e integração na equipa multidisciplinar, pelo que desenvolvi a competência de demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Aprofundar conhecimentos sobre situações clínicas, técnicas, fármacos e intervenções, revelou-se de extrema importância para as tomadas de decisão que efetuei no contexto da prática. A revisão bibliográfica e dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, foi uma ótima estratégia, bem como a observação da prática e a interação com os tutores, permitiu-me demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEEMC.

O domínio da ética profissional pautou todo o meu percurso, sendo uma base para a aquisição de competências ao nível do Enfermeiro Especialista, respeitando cada doente ou profissional de saúde com que me deparei. O respeito por cada Ser Humano é



uma constante na minha vida profissional, cimentado pelas competências que fui adquirindo ao longo do meu percurso. Encaro o respeito por cada ser humano uma das pedras basilares da minha identidade profissional. Desenvolvi assim a competência tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

No domínio Conceção e Prestação de Cuidados executar cuidados de Enfermagem ao doente, tendo por base o processo de Enfermagem em todas as suas fases, numa perspetiva da área médico-cirúrgica é sem dúvida o objetivo que serve de base e se inter-relaciona com os restantes. Durante a prestação de cuidados demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.

Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC, foi uma das competências que evidenciei ao estabelecer relações terapêuticas com o doente e a respetiva família e igualmente zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC. Em todos os contactos com o doente, procurei incorporá-lo no processo terapêutico, utilizei técnicas de comunicação com o objetivo de criar uma relação empática, estabeleci uma relação de ajuda e comuniquei de uma forma clara e adequada nas diversas situações. Fornecer aos doentes e aos familiares informação adequada é fundamental, assim como envolvê-los nas decisões em que eles possam ser envolvidos. Face à crise, a família experimenta, tal como o doente, um período de incerteza e adaptação às dificuldades percebidas e vividas. O êxito dos cuidados prestados, a satisfação do doente, dos familiares e de outros entes afetivamente significativos, depende em grande parte do tipo de apoio que os Enfermeiros sejam capazes de prestar durante o processo exigindo-se dos Enfermeiros que sejam compassivos e que tenham habilidades básicas para poder desarmar muitas das situações stressantes. Desta forma, permitiu-me a aquisição da competência para ter conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada, foi outra das competências que adquiri, ao efetuar análise do processo de documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação SAPE *versus* ALERT®.



No domínio Gestão, sabendo que é função do Enfermeiro planear a gestão de *stocks* e colaborar na gestão de abastecimento de material e no tipo de reposições, foi minha preocupação identificar o tipo de reposições do material clínico, acrescentando que para a gestão dos recursos humanos, procurei compreender a metodologia de trabalho adotado nos campos de estágio, os critérios a ter em conta na planificação do plano de trabalho e colaborar na elaboração do horário, considerando que a este nível desenvolvi competências de gestão próprias do EEMC.

No domínio da Formação e Investigação cabe ao Enfermeiro especialista basear a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, as formações são uma ótima estratégia para promover o desenvolvimento pessoal e profissional. Para aquisição de competências ao nível da formação em serviço na área da EEMC mostrei disponibilidade para promover a investigação em serviço, fazendo-o em prole do serviço e a nível pessoal, procurando sempre formular e analisar questões problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica, demonstrando compreender as implicações da investigação na prática baseada na evidência. Quanto à competência de comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico e os resultados da sua prática clínica, tanto a Enfermeiros quanto ao público em geral, foi atingida pelas ações de formação implementadas nos campos de estágio.

Com a elaboração deste relatório, e de cada portfólio ao longo do meu percurso, penso ter demonstrado capacidade de refletir na e sobre a prática, de forma crítica.

Procurarei dividir as competências adquiridas pelos diversos domínios e destacando-as ao longo do documento, tendo dividido pelos seguintes subcapítulos: Ética Profissional, Conceção e Prestação de Cuidados, Gestão e Formação e Investigação, onde descrevo as experiências vivenciadas, bem como as competências e reflexões produzidas.

### **1.1 Domínio Ética Profissional**

Os profissionais de saúde detentores de uma identidade pessoal dinâmica e em constante auto atualização, que apresentam valores e crenças individuais devem ser capazes de se adaptar às situações que lhe vão surgindo, desenvolvendo as suas capacidades, praticando a sua relação interpessoal com a pessoa, aceitando o seu quadro de valores, crenças e desejos individuais. É necessário que os Enfermeiros estabeleçam



uma relação empática com base na comunicação de forma a realizar um diagnóstico correto, tornando assim possível a elaboração do plano de cuidados de Enfermagem que responde às necessidades da pessoa.

Neste domínio desenvolvi as seguintes atividades: respeitar cada doente e profissional de saúde; atuar de acordo com os princípios éticos universais de beneficência e não maleficência, justiça e autonomia; aceitar os valores, os costumes e as crenças espirituais de cada doente; respeitar a privacidade e a singularidade de cada doente, salvaguardado a sua autonomia; motivar a pessoa a falar sobre os seus problemas e sentimentos; reconhecer o suicídio como uma escolha, mas sem aceitar como uma escolha “normal”; escutar atentamente o que tem para dizer a pessoa, intervindo sempre que necessário, e reforçar positivamente a necessidade a pessoa tratar-se bem a si mesmo; manter o processo de aconselhamento focado no momento e na situação atual; evitar aconselhar a pessoa sobre problemas mais profundos até que a crise diminua; fazer perguntas sobre a letalidade dos planos da pessoa; remover meios letais; tomar decisões eficazes para gestão da crise; explorar ao máximo as capacidades funcionais dos idosos, preservando a sua intimidade e promovendo a sua autonomia, incluindo-os a participarem nos cuidados e apoiar o idoso nas suas carências afetivas, sociais e físicas, procurando que se sentissem válidos, capazes de produzir, de intervir e que têm lugar na sociedade.

Na prestação de cuidados de Enfermagem é necessário estabelecer uma metodologia eficaz para analisar os casos e os problemas éticos que surgem da prática. Os quatro princípios básicos – não maleficência, beneficência, justiça e respeito à autonomia, ditam uma forma peculiar de definir e conduzir os valores envolvidos nas relações entre os Enfermeiros e a pessoa. Estes quatro princípios, que não possuem um carácter absoluto, nem têm prioridade um sobre o outro, servem como regras gerais para orientar a tomada de decisão, segundo Kipper (1998).

Da convicção de que a pessoa tem um valor incomensurável e de que a vida humana é inviolável, surge um conjunto de normas que constituem o código ético e deontológico. Este representa o mais sólido alicerce da qualidade relacional na prestação cuidado de saúde pelos profissionais de saúde. Desta forma, o código ético e deontológico dos Enfermeiros, traduz-se no conjunto de responsabilidades, valores, deveres, justiça, liberdade e consciência moral que os Enfermeiros assumem de modo a garantir uma melhor qualidade dos cuidados de saúde, em que o seu foco de atenção é única e exclusivamente a pessoa que necessita de cuidados, segundo Silva (1998).



Na prática de Enfermagem, os Enfermeiros devem ter em conta muitos valores, e nessa perspectiva, surge a carta dos direitos e deveres do doente. Os Enfermeiros têm o dever de assegurar, promover e respeitar dos mesmos. A dignidade humana é o núcleo essencial dos direitos humanos.

Os Enfermeiros declaram o seu compromisso de cuidar das pessoas, ao longo ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados. Este é domínio genérico do agir profissional. Na sua ação o Enfermeiro procura fundamentalmente respeitar os direitos humanos, na liberdade e dignidade da pessoa humana, sem nunca discriminar em função de convicções (políticas, religiosas, ideológicas, filosóficas) ou de diferenças étnicas, sociais e económicas. Deste modo compete ao Enfermeiro garantir a qualidade e continuidade dos cuidados, assumindo essa responsabilidade e contribuindo para criar um ambiente propício.

A tentativa de suicídio foi uma das situações com que me confrontei no SU. No atendimento ao suicida o Enfermeiro desempenha um papel importante na intervenção e prevenção do suicídio, pois o doente que tentou está vulnerável a novas tentativas e é muitas vezes um grito de pedido de ajuda e não uma decisão definitiva de terminar a vida. Essas pessoas precisam de alguém que as escute e lhes diga que os seus sentimentos não são anormais. Elas precisam ser capazes de discutir as suas crenças sobre os motivos para a morte e ajudadas a encontrar algum significado na experiência. Os membros da família devem ser motivados a apoiar uns aos outros. Os sobreviventes com frequência sofrem discriminação e podem precisar auxílio para lidar com isso.

Um dilema ético pode surgir para os Enfermeiros que tomam conhecimento da opção do doente ao tentar o suicídio. Não existem respostas fáceis para a questão de como resolver esse conflito, cabendo a cada um guiar-se de acordo com seu próprio sistema de crenças.

No contacto com o suicida procurei estabelecer uma relação empática e de confiança, tentando que este se sentisse livre de partilhar toda a informação e estivesse disposto lidar com a crise, bem como garantir a segurança do mesmo. Tendo por base o diagnóstico de Enfermagem “vontade de viver comprometido” executei as seguintes intervenções/atividades: motivar a pessoa a falar sobre os seus problemas e sentimentos; reconhecer o suicídio como uma escolha, mas sem aceitar como uma escolha “normal”; escutar atentamente o que tem para dizer a pessoa, intervindo sempre que necessário, e reforçar positivamente a necessidade a pessoa tratar-se bem a si mesmo; manter o



processo de aconselhamento focado no momento e na situação atual; evitar aconselhar a pessoa sobre problemas mais profundos até que a crise diminua; fazer perguntas sobre a letalidade dos planos da pessoa; remover meios letais e tomar decisões eficazes para gestão da crise.

No cuidado ao doente com tentativa de suicídio, abstive-me de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impus os meus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e de filosofia de vida, respeitando assim um dos valores humanos descrito no código deontológico dos Enfermeiros (artigo 81º, alínea e).

Os Enfermeiros têm como finalidade ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade. A pessoa idosa é muitas vezes reconhecida como uma pessoa indefesa marcada pelo isolamento e pelo sofrimento, que necessita de apoio pelas suas carências afetivas, físicas e sociais que apresenta.

No cuidado ao idoso tive como finalidade ajudá-los a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, preservando a sua intimidade e promovendo a sua autonomia, incluindo-os a participarem nos cuidados. Considero os idosos detentores de um manancial de experiências, de conhecimento e de capacidades, que me permitiriam crescer pessoalmente e profissionalmente. A institucionalização do idoso, apesar do idoso estar rodeado de pessoas, este sente-se muitas vezes sozinho, uma vez que as pessoas marcantes na sua vida estão ausentes, procurei que se sentissem válidos, capazes de produzir, de intervir e que têm lugar na sociedade. Na interação com o idoso tive em consideração os seguintes valores e princípios: a dignidade, o respeito, a individualidade, a autonomia, a capacidade de escolher, a privacidade e intimidade, a confidencialidade, a igualdade e a participação. Foi meu objetivo salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, respeitando mais uma vez um dos valores humanos descritos no código deontológico dos Enfermeiros (artigo 81º, alínea c).

Segundo o preconizado pelo código deontológico dos Enfermeiros tive como linha de comando as seguintes particularidades: atuar de acordo com os princípios éticos universais de beneficência e não maleficência, justiça e autonomia; aceitar os valores, dos costumes, das crenças espirituais e das práticas de indivíduos e grupos, prestando cuidados culturalmente e socialmente aceites e prestar cuidados respeitando a privacidade e singularidade de cada indivíduo, salvaguardado a sua autonomia.



A ética profissional dirigiu todo o meu percurso, sendo uma base para a aquisição de competências ao nível do Enfermeiro Especialista, respeitando cada doente ou profissional de saúde com que me deparei. O respeito por cada ser humano é uma constante na minha vida profissional, cimentado pelas competências que fui adquirindo ao longo do meu percurso, pelo que uma das pedras basilares da minha identidade profissional é o respeito por cada ser humano. Desenvolvi assim a competência **tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.**

## **1.2 Domínio Conceção e Prestação de Cuidados**

As experiências vivenciadas no decurso da aprendizagem clínica permitem uma oportunidade de consolidação de saberes, que facilitam ao aluno uma apropriação de competências provenientes do domínio em que o tipo de estágio se insere.

Neste domínio desenvolvi as seguintes atividades: observar e compreender a dinâmica estrutural e funcional do SU e LNSM; adotar uma postura de disponibilidade, humildade, mas interventiva no processo de aprendizagem; demonstrar capacidade de interajuda e trabalho em equipa; integrar a equipa multidisciplinar; compreender a dinâmica relacional da equipa multidisciplinar; analisar o circuito do doente no SU; adquirir conhecimentos sobre a Triagem de Manchester; observar e participar no processo de triagem; contactar pela primeira vez com o sistema informático de documentação usado no SU e LNSM; analisar a avaliação inicial, a construção diagnóstica e o uso das notas gerais; identificar as necessidades de parametrização para um melhor uso do sistema de apoio á prática de enfermagem; identificar os diagnósticos de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem, utilizados pela equipa de enfermagem; efetuar revisão bibliográfica e dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, de acordo com as necessidades identificadas; refletir sobre as competências do Enfermeiro Especialista na área do SU e da Enfermagem geriátrica; identificar a necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados com situações clínicas, presentes no SU e LNSM; identificar a necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados com técnicas específicas utilizadas nos cuidados providenciados ao doente crítico/ urgente/ emergente em contexto do SU; identificar a necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados com farmacologia mais utilizada, em contexto do SU e LNSM; refletir sobre os cuidados de Enfermagem prestados no SU e LNSM; identificar



situações problema; sugerir estratégias para a resolução das situações problemáticas identificadas no SU e LNSM; incorporar o doente/idoso e a família no processo terapêutico; utilizar técnicas de comunicação com o objetivo de criar uma relação empática com o doente/idoso e sua família; estabelecer relação de ajuda com o doente e a família; preparar o doente/idoso para a alta / transferência; realizar ensinamentos ao doente/idoso e/ou família de acordo com as suas necessidades; comunicar de forma clara e adequada com o doente/idoso e família nas diversas situações tendo em conta a cultura onde está inserido e as suas crenças; estabelecer uma comunicação terapêutica com o doente/idoso/família tendo em conta o Ser Humano como um ser Biopsicossocial; comunicar de forma refletida, e estruturada tanto com a equipa multidisciplinar, bem como com o doente/idoso/família; aplicar o processo de Enfermagem; reformular o planeamento de cuidados sempre que a situação de saúde do doente/idoso o exija; estabelecer prioridades nos cuidados; efetuar o planeamento da alta/transferência, pela verificação dos diagnósticos de Enfermagem ativos; elaborar a carta de alta/transferência em suporte papel/informático; aplicar convicções, procedimentos e atitudes apoiadas em enunciados de evidência científica; identificar situações complexas e implementar as intervenções de acordo com as situações; identificar os focos da atenção de Enfermagem mais predominantes; elaborar planos de cuidados tendo por base o processo de Enfermagem em todas as suas fases e planear, implementar e avaliar os ganhos em Saúde decorrentes das intervenções de Enfermagem.

A prestação de cuidados poderá ser o domínio mais importante na aquisição de competências. O contacto direto com o doente e família, proporciona a execução de cuidados de Enfermagem, que devem ter por base o processo de Enfermagem em todas as suas fases, numa perspetiva da área médico-cirúrgica, sendo este o objetivo primordial para a aquisição de competências.

O processo de Enfermagem inclui: a avaliação inicial, diagnósticos, intervenções e avaliação dos resultados. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o primeiro passo é a identificação de diagnósticos de Enfermagem após avaliação do doente. O Enfermeiro atua sobre os diagnósticos identificados, de forma a obter um resultado, através do planeamento de intervenções. Estas intervenções podem ter um carácter autónomo ou interdependente, ou seja, são consideradas interdependentes sempre que as intervenções resultam de prescrições ou orientações de



outros profissionais, e autónomas quando são realizadas sob a iniciativa e única responsabilidade dos Enfermeiros, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2005).

Devido à singularidade do caminho percorrido em cada módulo de estágio, opto por descrever as intervenções relacionadas com a prestação dos cuidados por cada módulo de estágio.

O EEEMC tem um papel crucial, já que no serviço de Urgência os cuidados prestados requerem uma multiplicidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença. Tratando-se de um serviço com um vasto leque de especialidades, onde os acontecimentos são primários e geralmente agudos, é aqui que o EEEMC se destaca, devido às suas capacidades de tratar o doente adulto/idoso de médio e alto risco e em situação de urgência/emergência.

Os cuidados de Enfermagem prestados no SU, podem ser enquadrados na sua grande maioria em intervenções interdependentes. A administração de fármacos, a colheita de espécimes e a execução de inserções de cateteres vesicais, sondas nasogástricas e cateteres venosos periféricos abarca grande parte da ação dos Enfermeiros. Apesar de tudo, existe a preocupação dos Enfermeiros em executarem as intervenções atrás referidas, mas contextualizarem-nas na queixa ou provável / diagnóstico. Na prática clínica o segredo é ajustar o conhecimento à situação, em circunstâncias e contextos que nunca são iguais. Pensar a conceção de cuidados, é organizar um pensamento em torno de quatro conceitos básicos que estruturam o cuidado: a pessoa que necessita dos cuidados; o ambiente que a rodeia e em que ela vive; as crenças de saúde e de doença por que se rege e em que acredita e o cuidado de Enfermagem que necessita, segundo Fernandes (2007).

Para melhor compreender a atividade de Enfermagem no contexto do SU prestei cuidados em todas as áreas em que existiam Enfermeiros atribuídos. Abordo de seguida algumas das áreas mais significativas para a aprendizagem.

### *Triagem*

A triagem dos doentes efetua-se através Sistema de Triagem de Manchester (STM) utilizando o sistema informático ALERT<sup>®</sup>. O objetivo é fazer triagem de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até a observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos. O método consiste em identificar a queixa inicial e seguir o respetivo



fluxograma de decisão. O fluxograma contém várias questões a serem colocadas pela ordem apresentada que constituem os chamados discriminadores. Estes podem ser específicos para a situação em causa, por exemplo, oftalmológica ou gerais: perigo de vida, dor, hemorragia, estado de consciência, temperatura e o facto de se tratar ou não de uma situação aguda. Perante a identificação do discriminador relevante determina-se a prioridade clínica atribuindo-se a respetiva cor de identificação.

O STM afigura-se como uma mais-valia na prestação de cuidados de qualidade direcionando os recursos para quem mais precisa. Além do seu valor na atribuição de prioridades, parece conter também um valor preditivo. Num estudo sobre os subgrupos criados pela aplicação da triagem e *outcomes* indiretos, tais como mortalidade a curto prazo, admissão hospitalar ou alta, conclui a sua eficácia em distinguir os doentes com alto ou baixo risco de morte a curto prazo, bem como os doentes que permanecem pelo menos 24h no SU ou que tem alta, segundo Martins (2009).

Nesta área observei e participei no processo de triagem, auxiliei a Enfermeira na monitorização da temperatura, pressão arterial e glicemia capilar, encaminhei os doentes para as diferentes áreas de acordo com a prioridade atribuída e supervisionei os doentes triados. Depressa percebi que é um lugar que requer muita experiência profissional e ainda grande maturidade para saber lidar com as pressões e conflitos da parte dos doentes e sua família. Esta é uma área que me permitiu compreender e atuar de uma forma mais precisa e eficaz nos cuidados prestados, atuando no diagnóstico auto controlo da ansiedade, empregando sempre que possível técnicas de comunicação e enfatizando uma relação de ajuda. Adotei uma postura de disponibilidade e procurei fornecer informações contextualizadas referentes às queixas dos doentes/familiares, de forma a diminuir a tensão com que muitas vezes deparei. Assim adquiri as competências **zelo pelos cuidados de Enfermagem prestados na área de EEMC e avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.**

#### *Sala de Tratamentos*

A sala de tratamentos foi uma das áreas que privilegiei durante o estágio, derivado do facto desta área ser aquela que mais afluência de doentes tem.

Os cuidados de Enfermagem prestados podem ser enquadrados na sua grande maioria em intervenções interdependentes. A administração de fármacos, a colheita de espécimes e a execução de inserções de cateteres venosos periféricos abarca grande



parte da ação dos Enfermeiros. Esta área revelou-se fundamental para identificar os focos da atenção de Enfermagem mais predominantes, tal como refletir sobre conhecimentos e identificar necessidades de aprofundar conhecimentos sobre situações clínicas específicas, técnicas, fármacos e intervenções características do SU. Surgiu muitas vezes a necessidade de efetuar revisão bibliográfica e dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso. Desta forma, é seguro afirmar que adquiri as competências **gestão e interpretação, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada e nível de aprofundamento de conhecimento na área da EEMC.**

Durante a minha permanência nesta área, foi minha preocupação prevenir iatrogenia medicamentosa, questionando sempre os doentes sobre possíveis alergias, o que **demonstra um dos aspetos da supervisão do exercício profissional que executei na área de EEMC.**

Na execução de algumas destas intervenções, e pelo facto de ser dos poucos momentos disponíveis para a comunicação com os doentes, estabeleci em algumas ocasiões relações terapêuticas. Aquando da colocação do cateter venoso periférico, constato que a doente se apresentava nervosa, identifiquei o diagnóstico Autocontrolo Ansiedade ineficaz. Aproveitando o momento da colocação do cateter, para implementar intervenções/atividades como escutar a doente, gerir a comunicação e facilitar o bem-estar emocional constato que ansiedade não provinha pelo medo da picada, mas pelo facto da doente estar a viver um momento de incerteza. Cerca de 3 anos foi-lhe diagnosticado cancro da mama, tendo sido sujeita a mastectomia e quimioterapia, recentemente tinha feito análise para confirmar que não existia recidiva do cancro e que no dia seguinte iria saber o resultado. As intervenções implementadas permitiram criar uma relação empática e de ajuda com a doente.

As pessoas significativas que acompanham os doentes são importantes uma vez que contribuem para o conforto do doente reduzindo a sua ansiedade. Das necessidades identificadas mais frequentemente, destaco a necessidade de informação e obviamente a necessidade de resolução da situação de saúde do seu familiar. Nesta área não era permitido que o doente estivesse acompanhado, o que desagradava muitas vezes alguns familiares, proporcionando a ocorrência de conflitos. As atitudes são importantes para lidar com a violência, devendo o Enfermeiro adquirir competências em técnicas de



resolução de conflitos e de interrupção do escalonar de comportamentos violentos, segundo o International Council of Nurses (ICN) (2007).

Procurei desta forma adquirir conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Assim as competências **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC e conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura**, foram adquiridas.

A atividade diagnóstica, nomeadamente a vigilância da situação clínica do doente é das intervenções de enfermagem mais executadas nesta área. Para que seja exercida com qualidade, tem de haver disponibilidade bem como aspetos arquitetónicos facilitadores, o que nem sempre é fácil tendo em conta a disposição dos doentes. O facto de os doentes se encontrar em salas e que estão afastadas da sala de trabalho de Enfermagem compromete essa vigilância, ao ponto de ter detetado uma doente com alteração da consciência, pálida e sudorética. A minha ação centrou-se em transferir a doente para a sala de emergência de uma forma calma, mas rápida, sem criar confusão de forma a não criar ansiedade nos restantes doentes que partilhavam a sala com o doente. Demonstrei **capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC**.

A segurança nos cuidados de Enfermagem é um dos aspetos que no SU mais preocupação me causou. Um dos fatores que põem em causa a segurança dos cuidados está, como já referenciado anteriormente, relacionada com insuficiência estrutural do SU.

Na tomada de posição sobre segurança do cliente a OE (2006) refere que as condições do exercício profissional influenciam a qualidade e a segurança dos cuidados prestados pelos e Enfermeiros. Por conseguinte, uma das causas está relacionada com a incapacidade dos Enfermeiros em dar resposta ao aumento da necessidade em cuidados de Enfermagem, resultante de uma dotação inadequada. A qualidade das intervenções fica assim comprometida, havendo desta forma um aumento do risco de iatrogenia e uma desmotivação dos Enfermeiros pela impossibilidade de prestar cuidados de uma forma eficaz. As intervenções de Enfermagem centram-se em grande parte no cumprimento de prescrições médicas, tais como colheitas de espécimes ou



administração de fármacos, havendo pouca disponibilidade para executar intervenções independentes de Enfermagem.

Os doentes não são os únicos prejudicados com uma situação de dotações inadequadas. O aumento do fluxo de trabalho e a constante pressão na realização das intervenções, bem como o nível de ruído que caracteriza o SU, são fatores desencadeantes de stress e fadiga nos Enfermeiros. Estes fatores são referidos como uma das causas potenciadoras da probabilidade de erro, segundo a World Alliance for Patient Safety (2008). Apesar da dificuldade em prever o fluxo ao SU, é notória a tendência de aumento de episódios de urgência, tornando-se imperativo uma reestruturação dos recursos humanos, de forma a garantir condições de trabalho aos profissionais de saúde, aumentando a satisfação no trabalho e diminuindo os fatores de stress, contribuindo desta forma para segurança nos cuidados de saúde. Este foi uma das situações-problema detetada no contacto com a equipa e o Enfermeiro-Chefe, para a qual a resolução definitiva não é viável, mas em que com o empenho dos profissionais de Enfermagem é possível minimizar o impacto destes problemas.

No SU procurei refletir sobre os cuidados prestados, estabelecendo prioridades e reformulando o planeamento de cuidados sempre que a situação de saúde do doente o exija, pelo que demonstrei **o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e a reflexão na e sobre a prática, de forma crítica.**

#### *Sala de pequena cirurgia*

Nesta área prestei cuidados a doentes do foro cirúrgico, em situações tais como queimaduras e tratamento a feridas. A minha intervenção baseou-se na execução de tratamento a feridas. A ação de Enfermagem não se centra apenas no tratamento, mas em larga escala na gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e diminuição da ansiedade, de forma a acalmar o doente e levá-lo a demonstrar capacidade para auto controlar a sua ansiedade de forma a facilitar o processo terapêutico. Procurei desta forma assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação de saúde.

As minhas intervenções permitiram-me demonstrar **um nível aprofundado de conhecimentos na área da EEMC**, tendo sido capaz de refletir sobre o conhecimento que sustenta algumas intervenções de enfermagem, **refletindo na e sobre a prática, de forma crítica.**



### *Sala de observações*

Preconiza-se que a prestação de cuidados nesta área seja similar a uma unidade de cuidados intermédios. Doentes com critérios de internamento, mas com instabilidade hemodinâmica ou do quadro clínico, permanecem nesta área. A sala de observações é uma zona de permanência de curta duração, em princípio máximo de 24 a 48 horas com a prestação de cuidados, em conformidade com exigências de uma unidade de cuidados intermédios segundo a Direção-Geral das instalações e equipamentos da saúde (2007). Apesar de não ser do agrado do Enfermeiro chefe e existir uma luta por sua parte para que esta sala funcione com estes critérios, a realidade é que os doentes são admitidos na sala de observações por não terem vaga no internamento, permanecendo muitas vezes por períodos superiores a 24h.

Esta foi uma das áreas que me senti mais à vontade. Constituída por 8 camas, foi possível um maior investimento em conhecer os doentes e os seus diagnósticos. Permitiu-me elaborar e aplicar planos de cuidados tendo por base o processo de Enfermagem em todas as suas fases numa perspetiva da área Médico-Cirúrgica, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Por se revelar um espaço pouco amplo para a estadia de oito doentes de ambos os sexos, verifiquei que apesar das dificuldades físicas e da escassez de material, existe por parte de toda a equipa multidisciplinar a preocupação em promover o respeito pela privacidade de cada doente e utilizar medidas de prevenção de infeções cruzadas.

Esta é uma área privilegiada para o estabelecimento de relações terapêuticas tanto com os doentes como com a família, sendo possível desenvolver uma relação e ajuda e parceria com o doente/família e efetuar ensinamentos.

A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas, segundo Phaneuf (2005). Segundo a mesma autora, através da comunicação chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela. Ao mostrar disponibilidade para ouvir o doente, ajudando-o a exprimir-se, respeitando o silêncio e adotando um comportamento facilitador do processo comunicativo, foi-me permitido estabelecer uma relação terapêutica, identificando em primeiro lugar os sentimentos vivenciados e estratégias a implementar para facilitar o



processo de transição saúde / doença. Através da comunicação procurei apreender a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, assim, criar laços significativos com ela. Desenvolvi assim a competência, **conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura**

Nesta área dei ênfase à avaliação da metodologia adotada na transmissão da informação aquando a transferência para o internamento. Sendo feita via telefónica, o Enfermeiro do SU passa toda a informação que considera relevante aos colegas do Serviço de internamento. A informação centra-se sobretudo na transmissão dos diagnósticos médicos e antecedentes pessoais, bem como na dependência no autocuidado. O tipo de informação, incide pouco nos diagnósticos de Enfermagem e nas intervenções planeadas. Esta situação poderá ser explicada pelo tipo de suporte e linguagem que utilizam na documentação dos cuidados.

A CIPE foi concebida para ser uma parte integral da infraestrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo. Como tal, é um instrumento que facilita a comunicação dos Enfermeiros com outros Enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática. A CIPE facilita aos Enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes segundo a OE (2009).

Nesta área, documentei nas notas gerais os diagnósticos identificados e as intervenções implementadas utilizando linguagem CIPE, de forma a facilitar a visualização da evolução da condição do doente e demonstrar a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, uma vez que permite uma análise retrospectiva, facilitando análise crítica e avaliação das atividades desenvolvidas bem como a eventual reformulação de planos de cuidados. Favorecem, ainda, o planeamento de atividades e asseguram a continuidade dos cuidados de Enfermagem, bem como permitem a produção de indicadores.

A par da sala de tratamentos, considero ter sido na sala de Observações que se tornou mais notório o meu desenvolvimento de competências ao nível da gestão dos cuidados, tanto pela qualidade da minha ação, atendendo ao facto do método de trabalho ser o individual e com isto ter maior visibilidade o impacto das minhas ações, como pela otimização das respostas coletivas da equipa de saúde, nas situações em que se



exigia a delegação de cuidados, pois tal como nos diz o ICN, a delegação de cuidados de Enfermagem e a supervisão do pessoal auxiliar é da responsabilidade dos Enfermeiros. Tal como refere o código deontológico no artigo 88º na alínea e), o Enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever: garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos.

### *Sala de Emergência*

Na sala de emergência tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes com entrada por dor torácica, dificuldade respiratória, intoxicação medicamentosa, por tentativa de suicídio ou por agravamento do estado de doentes provenientes do SU. Os doentes eram monitorizados com ECG, avaliação tensão arterial, pulso, saturação de oxigénio, se fossem diabéticos ou apresentassem sinais de hipoglicémia era feita uma pesquisa de glicemia capilar. No fim efetuava-se a colheita de sangue para hemograma e bioquímica e dependendo dos casos também colhiam para níveis de troponina; os quais ficavam já com um cateter venoso periférico. Alguns deles eram realizados eletrocardiograma e rx. Os doentes eram observados pelos médicos e iniciavam a medicação prescrita. A entrada direta de doentes na sala de emergência não se verificou durante o meu Estágio, o que levou a uma curta permanência nesta área.

Com este estágio, foi-me possível compreender a dinâmica do trabalho multidisciplinar, bem como a metodologia na avaliação ao doente emergente. O doente emergente exige uma vigilância constante, de forma a minimizar os riscos possíveis para o doente, desta forma procurei prestar cuidados de Enfermagem ao doente crítico, em todas as suas fases, mobilizando os conhecimentos adquiridos ao longo do curso. Posto isto, desenvolvi a competência de **demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.**

O SU funciona sem registos em papel, apresentando todos os circuitos de informação encerrados na utilização de uma aplicação informática e sendo toda a documentação das intervenções também efetuada no ALERT®. Com isto, tudo o que é registado sobre um determinado doente fica gravado numa base de dados a que se pode aceder posteriormente. Também inovador neste processo de automatização de registos, foi a questão do acesso ao sistema, isto é, todos os funcionários acedem ao sistema



através da identificação da sua impressão digital ou palavra-chave. Este processo, considerado desde a sua implementação, como um dos mais avançados na área dos registos clínicos e administrativos, garante uma confidencialidade inequívoca aos registos efetuados.

Sobre esta informatização e automatização do SU, encontram-se algumas mais-valias para o doente que se podem caracterizar por: possibilidade da equipa de saúde poder aceder a todo o seu histórico, incluindo os episódios de urgências anteriores, dos quais constam resultados dos vários exames realizados, medicações instituídas com os respetivos efeitos terapêuticos que foram observados. Esta questão aliada a uma identificação sem qualquer margem para dúvida de quem fez o quê e a quem, constitui um fator de elevada segurança para o doente, apesar das garantias totais serem do âmbito das ciências exatas, a possibilidade de erro é deveras minimizada com o sistema de registos e organização de trabalho que se encontra em vigor. Durante o estágio tive oportunidade de trabalhar com o ALERT<sup>®</sup>, sistema até então desconhecido para mim, e assim compilei conhecimentos sobre este sistema na ótica do utilizador. Constatei que a documentação dos cuidados de Enfermagem, restringe-se apenas às colheitas de espécimes, administração de fármacos, ou monitorização dos sinais vitais. Apesar da atividade diagnóstica que os Enfermeiros efetuam no SU, não se criou a rotina de documentar os diagnósticos identificados.

Considero que apesar das dificuldades iniciais por não utilizar qualquer sistema informático no meu local de trabalho, consegui efetuar uma aprendizagem benéfica dos registos informáticos e assim **zelar pelos cuidados prestados na área EEMC**.

No módulo III realizado no LNSM, persistiu uma observação cuidada da dinâmica estrutural e funcional do lar, procurando, através da interajuda, promover o trabalho em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, perspetivando a minha integração na equipa multidisciplinar. A dinâmica relacional da equipa multidisciplinar é de ressalvar. A minha integração foi efetuada de forma gradual e responsável, a equipa de profissionais foi acolhedora e empenhada em prestar cuidados com qualidade tendo por base todo o primor no conforto dos idosos, a sua segurança e cuidados clínicos criteriosos, facilitando assim a minha integração e proporcionando um ambiente de trabalho saudável.

Nas próximas décadas, assistiremos ao envelhecimento da população à escala mundial, o que acabará por se repercutir na sustentabilidade económica, social e



demográfica, desencadeando implicações profundas ao nível do planeamento dos cuidados dirigidos aos idosos, ou seja, a pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade. Em 2008, os idosos com mais de 65 anos representam cerca de 17,1%; em 2060 representarão cerca de 30%; já a percentagem de pessoas com mais de oitenta anos de idade vai aumentar dos atuais 4,4% para 12,1%, em 2060, segundo a Eurostat (2008).

Os ritmos de crescimento da despesa em saúde registados na última década anunciam uma situação de insustentabilidade financeira que, face às necessidades crescentes de cuidados decorrentes do envelhecimento demográfico, remete para novos modelos de prestação de cuidados e acompanhamento das pessoas idosas, segundo a Eurostat (2008).

Os lares de idosos são hoje uma resposta eficaz para as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, segundo o Instituto Português da Qualidade (2004), que carecem de apoio e que não conseguem obter cuidados diferenciados no seu domicílio.

A introdução de profissionais de Enfermagem em lares de idosos conduz à melhoria da qualidade dos cuidados. A inserção de Enfermeiros Especialistas nos lares de idosos diminui os internamentos hospitalares, as complicações, as intervenções médicas e o agravamento do estado de saúde das pessoas idosas.

Adotando uma postura de disponibilidade e humildade mas interventiva no processo de aprendizagem, procurei conhecer a área da Enfermagem Geriátrica. Os cuidados eficazes de Enfermagem exigem uma avaliação cuidadosa do estado de saúde dos idosos. A meta dos cuidados aos idosos é otimizar a sua saúde e capacidades de funcionamento em geral, mantendo a sua autonomia e independência. Posto isto, desenvolvi a competência de **demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

A prestação de cuidados foi a área que privilegiei durante o Estágio. Permitiu-me efetuar a gestão de cuidados na minha área de especialização, bem como desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao idoso.

A institucionalização surge normalmente para a família ou para os idosos sem família como a última alternativa quando todas as outras são inviáveis. Se é verdade que a perda de autonomia física é um fator determinante na opção do internamento, e que muitos dos idosos que residem nos lares são fisicamente dependentes, o fato é que, associados a esta dependência física, surgem outros fatores que por vezes condicionam mais fortemente a decisão, segundo Pimentel (2001).



Assim, vários estudos tais como os realizados por Kane (1997) e Freitas (2002) têm confirmado que os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não surgem como os principais fatores apontados pelos idosos para a decisão do internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interações que facilitem a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efetivo em caso de maior necessidade. A falta de recursos, quer económicos quer habitacionais, também é frequentemente apontada como motivos para a institucionalização.

Os Enfermeiros proporcionam um importante contributo na melhoria da qualidade nestas organizações. Os resultados observados permitem perceber que a introdução destes profissionais, de forma contínua, tem impacto direto na diminuição do recurso aos serviços de saúde (urgências e dias de internamento), na redução do número de quedas, no controlo da dor, na prevalência do número de úlceras de pressão e no aumento da funcionalidade.

Os cuidados de Enfermagem no LNSM centram-se principalmente na administração e preparação de medicação, na monitorização de glicemias e pressão arterial, execução de tratamento a feridas em que verifiquei a falta de local para o seu registo pelo que elaborei uma folha de registo que remeto para anexo I, vigilância dos idosos, supervisão e delegação de intervenções aos ajudantes de lar e intervenção nos diversos autocuidado, tive também a oportunidade de realizar estas atividades.

Surgiu da minha parte a necessidade de identificar os focos de atenção de Enfermagem mais predominantes, tal como refletir sobre conhecimentos e identificar necessidades de aprofundar conhecimentos sobre situações clínicas específicas, técnicas, fármacos e intervenções características do LNSM. Surgiu muitas vezes a necessidade de efetuar revisão bibliográfica e dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso. Assim, é seguro afirmar que adquirir as competências **gestão e interpretação, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada e nível de aprofundamento de conhecimento na área da EEMC.**

Os cuidados eficazes de Enfermagem exigem uma avaliação cuidadosa do estado de saúde do idoso. A meta dos cuidados é otimizar a sua saúde e capacidades de funcionamento em geral mantendo a sua autonomia e independência. Desta forma reduz-se os custos de saúde, promove-se a qualidade de vida e preserva-se o estado funcional. Neste intuito fiz uma avaliação global do idoso, que incluiu uma avaliação



nutricional, avaliação psicossocial e avaliação funcional, pelo que me permitiu a identificação de problemas de saúde. Planeei estratégias para dar resposta às necessidades de saúde do idoso e foi meu objetivo planejar com o idoso, em vez de planejar pelo idoso, incluindo-o assim no processo terapêutico. Assim, procurei a promoção da segurança física do idoso; redução da ansiedade e agitação; melhoria da comunicação e a promoção da independência nas necessidades humanas básicas (NHB): higiene, vestuário, nutrição, eliminação, mobilidade e padrão de sono. O que permitiu que o idoso mantivesse e alcançasse o seu potencial máximo.

A avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilitam a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, traduzindo um maior potencial terapêutico para a prevenção da deterioração, e para uma maior satisfação.

O envelhecimento gradual da população e aumento da prevalência de patologias crónicas, conduzem à polimedicação, segundo Aparasu, Mort e Brandt (2005). O risco de interação aumenta exponencialmente com o número de fármacos prescrito, estando os idosos institucionalizados em maior risco. Por ano, estimam-se cerca de 140.000 mortes, sendo que, as interações medicamentosas justificam 50% das urgências hospitalares, segundo Chutka, Takkahashi e Hoel, (2004).

À medida que a idade avança, as características metabólicas alteram-se e o risco de reações adversas aumenta. As funções renal e hepática geralmente ficam comprometidas, por isso, fármacos como a varfarina, opióides e benzodiazepinas, podem ter efeito potenciado na maioria dos idosos. Além disso, o sistema nervoso central, intestino, bexiga e coração têm maior sensibilidade para medicações anticolinérgicas, levando a hipotensão ortostática, estado confusional, alterações de visão, xerostomia, anorexia, obstipação, retenção urinária e agravamento do glaucoma. Neste contexto a minha preocupação foi a vigilância dos idosos para possíveis reações adversas, de forma a intervir de uma forma rápida e adequada, o que **demonstra um dos aspetos da supervisão do exercício profissional que executei na área de EEMC.**

O aumento de longevidade, associado a doença crónica e incapacidade coloca novos desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente, equacionar a problemática da qualidade de vida, pois tão importante como dar anos à vida, é necessário dar vida aos anos, segundo Ribeiro (2005).



Na verdade, falar em qualidade de vida na velhice compreende aspectos como independência, autonomia, continuidade de papéis sociais, apoio formal e informal, segurança ambiental, saúde segundo Rebelatto e Morelli (2004).

Avaliar os diferentes níveis de incapacidade torna-se um objetivo fundamental para a planificação adequada dos cuidados de saúde. Um dos instrumentos utilizados para avaliação da Capacidade funcional para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD) é o Índice de Barthel que remeto para anexo II. O LNSM não avalia a capacidade funcional dos idosos, identificando esta necessidade utilizei o Índice de Barthel e avaliei a capacidade funcional dos idosos dando assim um importante contributo ao lar suprimindo uma das suas necessidades, contribuindo desta forma para a resolução de uma situação problema por mim detetada. Desta forma fiz a monitorização segundo a escala a 32 idosos, obtendo o nível de independência nas 10 AVD: alimentação, banho, arranjo pessoal, controlo esfínteres, uso dos sanitários, transferência da cadeira para a cama, deambulação e uso das escadas, permitindo-me planear os cuidados e promover a independência do idoso. Através do gráfico<sup>1</sup> que remeto para anexo III é possível representar a percentagem da dependência nas AVD dos 32 idosos avaliados através do Índice de Barthel.

Pela análise do gráfico conclui-se que dos 32 idosos monitorizados segundo o Índice de Barthel, 38% dos idosos são severamente dependentes, 19% moderadamente dependente, 34% ligeiramente dependente e 9% independente. Assim é possível verificar que existe um maior número de idosos dependentes do que independentes e que o uso do Índice de Barthel é efetivamente um instrumento com um nível de fidelidade elevado pelo que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de uma forma objetiva.

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento, pretende-se como ganhos de saúde melhorar a capacidade diagnóstica na deteção de doentes com risco de úlcera de pressão e possível diminuição da taxa de incidência de úlcera de pressão. Também não é prática do LNSM a monitorização do risco de úlcera de pressão, numa mesma perspetiva tentei deixar a minha marca para o futuro aplicando a Escala de Braden e resolvendo mais uma situação problema detetada por mim. Neste sentido, efetuei igualmente a



monitorização dos idosos mais dependentes quanto ao risco de úlcera de pressão, utilizando como instrumento a Escala de Braden que remeto para anexo IV. Através do gráfico 2 que remeto para anexo V é possível representar a percentagem do risco dos 19 idosos dependentes monitorizados.

Através do gráfico conclui-se que 68% dos idosos apresenta alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão e 32% apresenta baixo risco. Verifica-se assim que existe um maior número de idosos com a probabilidade de desenvolvimento de úlcera de pressão. Desta forma adquiri a competência **compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.**

Aquando da prestação de cuidados de higiene foi minha preocupação a vigilância da pele dos idosos dependentes, para a identificação de possíveis úlceras de pressão e supervisionar os cuidados prestados pelos ajudantes de Lar, verificando se os intervalos entre posicionamentos eram os adequados. Identifiquei a falta de dispositivos como colchões antiescara, mini-almofadas para joelhos, calcanheiras antiescara e almofadas para a prevenção de úlcera de pressão sugerindo à Enfermeira a sua aquisição e reforcei a sua importância. Contudo tenho consciência que a resolução desta situação-problema será posterior ao término do meu estágio visto ser necessário avaliar custos na escolha deste tipo de dispositivos. Assim adquiri as competências **zelo pelos cuidados prestados na área EEMC e tomada de iniciativas e criatividade na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.**

No LNSM avaliei a metodologia adotada, para a transferência dos idosos para realização de exames ou consultas. É feito um pedido de transporte e os idosos são acompanhados pelos familiares quando estão disponíveis ou um responsável do lar, e vão acompanhados de uma carta com a sua informação clínica. Procurei igualmente identificar a metodologia usada na transmissão de informação entre os Enfermeiros e ajudantes de lar. No lar existe uma folha denominada Comunicação Interna, onde se escreve a informação pertinente sobre os idosos ou ocorrências. Estas folhas são colocadas em local próprio.

Esta é uma área privilegiada para o estabelecimento de relações terapêuticas tanto com os idosos como com a família, sendo possível desenvolver uma relação de ajuda e parceria com o idoso/família e efetuar ensinamentos de acordo com as necessidades detetadas. Em todos os contatos com o idoso, procurei incorporá-lo no processo terapêutico, utilizei técnicas de comunicação com o objetivo de criar uma relação



empática, estabeleci uma relação de ajuda e comuniquei de uma forma clara e adequada nas diversas situações.

As pessoas significativas nomeadamente a família são importantes uma vez que contribuem para o conforto do idoso reduzindo a sua ansiedade. Das necessidades identificadas mais frequentemente, destaco a necessidade de informação e obviamente a necessidade de resolução da situação de saúde do seu familiar. Assim adotei uma postura de disponibilidade, bem como prestei informações ou contextualizei situações referentes a queixas dos idosos/familiares, promovendo o respeito pelo direito dos idosos e família no acesso à informação, mas ao mesmo respeitando a confidencialidade e a segurança da informação adquirida enquanto profissional na equipa de Enfermagem.

A existência de idosos com doença de Alzheimer é uma realidade no LNSM, utilizando como intervenção de Enfermagem a validação, que consiste na abordagem de comunicação que permite ir ao encontro da pessoa em perda de autonomia cognitiva e de segui-la na sua fantasia evocadora do passado, a fim de reconhecer na sua dignidade de ser humano válido e capaz de ser compreendido.

Esta experiência permitiu-me **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC, bem como tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas.**

### 1.3 Domínio Gestão

A gestão é uma área de intervenção da Enfermagem com uma grande importância estratégica e primordial para a qualidade dos serviços prestados por qualquer unidade de saúde. Nas equipas multidisciplinares destas unidades os Enfermeiros gestores constituem uma estrutura fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

O aumento da racionalização dos custos tem indubitavelmente proporcionado uma crescente preocupação com a eficiência na área da Saúde. As metodologias de gestão, evoluíram de forma a adaptar-se a esta nova realidade. Os cuidados de Enfermagem são avaliados não apenas pelos ganhos em saúde obtidos, mas pelos recursos utilizados para os obter. As funções dos Enfermeiros são redefinidas pelos países que reestruturam os seus serviços de saúde a fim de conter os custos. Neste



processo, os Enfermeiros precisam de justificar o seu papel em termos de custos e resultados, segundo Machado (2001). Assim, não só a qualidade dos cuidados deve ser objeto da ação do Enfermeiro Especialista, como a eficiência na sua consecução. Para a eficiência contribui a organização dos cuidados de Enfermagem, sendo que os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, preconiza a utilização de metodologias de organização dos cuidados de Enfermagem promotoras da qualidade. Assim a gestão é um domínio da área de competência do EEMC, que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

Neste domínio tendo por base a gestão dos recursos materiais, humanos e cuidados de Enfermagem desenvolvi as seguintes atividades: entrevistar informalmente o Enfermeiro-Chefe do Serviço, com o intuito de aferir o modelo de gestão adotado; identificar o método de trabalho da equipa de Enfermagem; observar o Enfermeiro-Chefe no exercício da sua prática; participar na gestão de recursos humanos através da elaboração de planos de trabalho; participar na gestão de recursos materiais através identificação do material em falta e execução do seu pedido; aplicar o processo de Enfermagem; reformular o planeamento dos cuidados sempre que a situação de saúde do doente/idoso o exija; identificar as situações complexas e implementar as intervenções de acordo com as situações; identificar os focos da atenção de Enfermagem mais predominantes; elaborar planos de cuidados tendo por base o processo de Enfermagem em todas as suas fases; planejar, implementar e avaliar os ganhos em saúde decorrentes das intervenções de Enfermagem; identificar as diversas tarefas a realizar pelo Responsável de turno; cooperar nas diversas tarefas do Responsável de turno acompanhando-o durante o turno e auxiliando-o na liderança de equipas especializadas; identificar das necessidades de parametrização para um melhor uso do sistema de apoio à prática de Enfermagem e identificar o estilo de liderança adotado pelo Enfermeiro-Chefe.

No domínio da gestão pretendo demonstrar que fui capaz de compreender a metodologia adotada na gestão do serviço ao nível dos recursos materiais, humanos e cuidados de Enfermagem, optando por os analisar separadamente. Abordo as atividades desenvolvidas e quais as competências adquiridas, expondo algumas reflexões que emergiram deste processo. Ambos os campos de estágio demonstram-se locais privilegiados para a concretização deste objetivo e aquisição de competências de gestão de cuidados na área de EEMC, uma vez que me proporcionaram vários momentos de aprendizagem nesta área.



### *Gestão dos recursos materiais*

Na área de saúde, os avanços tecnológicos têm significado um aumento na complexidade assistencial que vem impondo o aprimoramento dos sistemas de gestão de recursos materiais. Assim, pode-se definir a gestão de recursos materiais em saúde como o conjunto de práticas que asseguram materiais em quantidade e qualidade de modo a que os profissionais possam desenvolver seu trabalho sem correr riscos e sem colocar em risco os usuários dos serviços, tendo em vista a garantia da continuidade da assistência com qualidade e a um menor custo, segundo Castilho e Gonçalves (2005). Segundo o mesmo autor, os enfermeiros ao prestarem cuidados de saúde utilizam recursos materiais, cabendo a eles a competência e responsabilidade pela gestão dos materiais em suas unidades de trabalho, através da determinação do material necessário para a realização da assistência seja no aspecto quantitativo como no qualitativo, na definição das especificações técnicas, na participação no processo de compra, na organização, no controle e avaliação desses materiais.

Sabendo que é função do Enfermeiro planejar a gestão de stocks e colaborar na gestão de abastecimento de material e no tipo de reposições, foi minha preocupação identificar o tipo de reposições do material clínico. Ambos os locais de estágio utilizam o sistema tradicional, a distribuição do material é da inteira responsabilidade do Enfermeiro Chefe no SU e do Enfermeiro responsável de turno no LNSM. Este sistema permite uma supervisão do aprovisionamento e controle sobre as variações de stocks, mas no entanto trata-se de um sistema descentralizado que impede o real conhecimento dos valores de consumo do serviço e por diversas vezes verifiquei rutura de stocks uma vez que aprovisionamento não entregava o material pedido, pois não se encontrava disponível.

Na prática, o SU dispõe de um armazém para todo o tipo de material consumível, tendo mais dois mas em menor tamanho junto da sala de tratamento e sala de observações. O stock de material de consumo clínico é repostado às terças e sexta-feira pelo departamento de aprovisionamento do Hospital, após pedido do Enfermeiro Chefe através do sistema informático em vigor no serviço. A reposição das salas de Enfermagem é efetuada diariamente pelo Enfermeiro no turno da manhã ou sempre que a necessidade seja detetada.

A sala de emergência apresenta uma lista que contém os meses do ano, os dias específicos e qual a área que deve ser revista para repor o material, é o Enfermeiro da sala da pequena cirurgia que é responsável por esta verificação. Os desfibrilhadores são



testados por técnicos que se deslocam ao serviço de mês a mês. Tal fato despertou em mim a necessidade de questionar o Enfermeiro Chefe, se não seria conveniente testar os desfibrilhadores todos os dias uma vez que existia o risco deste falharem. Uma vez que os desfibrilhadores são pouco usados o Enfermeiro considera que não existe a necessidade de os testar diariamente. Apesar de no final do meu estágio ainda não ter conseguido que o teste dos desfibrilhadores fosse diário, considero positivo que a minha abordagem do tema tenha feito o Enfermeiro Chefe refletir e houve um comprometimento em colocar a questão à consideração da restante equipa, de forma a motivar todos e num futuro próximo promover a aderência a esta prática. É necessário motivar os Enfermeiros para a prática baseada na evidência. Para tal, torna-se necessário demonstrar as implicações da investigação na prática de Enfermagem. O desafio para a prática de Enfermagem é desenvolver e delinear uma base bem focalizada de evidências relativas a tratamentos clínicos específicos para melhorar a qualidade dos procedimentos, segundo Jean Graig (2004). Assim considero que desenvolvi as competências, **reflexão na e sobre a prática, de forma crítica e tomada de iniciativas e criatividade na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.**

O LNSM dispõe de um armazém para todo o tipo de material consumível, tendo mais um com material de higiene e que a sua reposição é da inteira responsabilidade do Enfermeiro, assim como a sala de Enfermagem sempre que a necessidade seja detetada. O stock de material de consumo clínico é repostado no início do mês pelo departamento de aprovisionamento do Hospital da Prelada, após pedido do Enfermeiro através de uma folha de pedido de material que é enviada ao hospital. Neste armazém existe uma folha onde se regista todo o material que vai sendo retirado.

Em relação aos fármacos, no SU existe um armazém central na sala de tratamentos de onde são redistribuídos para as diversas salas. A reposição no armazém central é efetuado pelo técnico da farmácia igualmente às terças e sextas-feiras após pedido através do sistema informático, enquanto a reposição das salas de Enfermagem é efetuada sempre que a necessidade seja detetada pelo Enfermeiro.

No LNSM os fármacos estão organizados por idoso e armazenados na sala de Enfermagem. Os fármacos são pedidos à farmácia que tem convenção com o lar, em nome de cada idoso. A preparação da medicação é da responsabilidade do Enfermeiro, sendo utilizado o sistema de unidose e pela sua preparação permite a deteção e registo em folha própria os medicamentos a serem pedidos, via telefónica. A reposição dos fármacos está a cargo do Enfermeiro.



No domínio dos recursos materiais, esta foi uma das áreas que mais me surpreendeu pois era até então totalmente desconhecida para mim. Pude contactar com os sistemas de reposição e adquirir experiência num domínio que não está acessível aos Enfermeiros generalistas na prestação de cuidados. Tal revelou-se uma mais-valia para desenvolver competências de Enfermeira Especialista. Por outro lado, procurei dar o meu contributo que não se baseou na minha experiência porque não a tinha mas sim no diálogo e questionamento com os Enfermeiros que efetuavam a área da gestão de recursos materiais, procurando fazer questões que me pareciam pertinentes fruto da minha reflexão e levando-os assim a refletirem sobre a sua própria prática, o que se revela sempre enriquecedor e sinónimo de crescimento profissional.

Durante o estágio no SU tive oportunidade fazer o levantamento do material e fármacos em falta e contactar com o sistema informático utilizado para fazer este pedido. Quanto ao LNSM tive possibilidade desenvolver as seguintes atividades: participei na gestão dos recursos materiais pelo que supervisionei a sala de aprovisionamento e Enfermagem para identificar os materiais e fármacos em falta; elaborei pedidos de material e fármacos e participei na reposição dos materiais. Desta forma considero que consegui compreender a metodologia de gestão de recursos materiais utilizada nos dois campos de estágio, desta forma adquiri a competência **gestão dos cuidados na área da EEMC**.

#### *Gestão dos recursos humanos*

Existe algumas diferenças entre locais de estágio, na metodologia utilizada na gestão de recurso humanos, motivada por políticas institucionais, estruturas físicas e diferentes tipologias dos cuidados. Descrevo em seguida a gestão dos recursos humanos, cuja informação foi obtida através da entrevista informal e observação da prática, nos locais de estágio.

No SU, a equipa de Enfermagem é constituída por vinte e um Enfermeiros sendo um dos elementos o Enfermeiro Chefe. Apresentam-se organizados em equipas de quatro elementos. Estas equipas são compostas por enfermeiros com diferentes níveis de experiência no contexto de SU. O horário é planeado atendendo ao princípio da composição das equipas pré-estabelecido, existindo no entanto alguma rotatividade de elementos por diferentes equipas. Não tive a oportunidade de colaborar com o Enfermeiro Chefe na execução dos horários uma vez que estes já tinham sido



elaborados, mas sim pode elaborar os planos de distribuição dos elementos pelas diferentes áreas.

Por turno estão presentes quatro elementos, estando distribuídos da seguinte forma: um enfermeiro na triagem; um Enfermeiro na sala da pequena cirurgia, que é responsável pela igualmente pela sala de gessos e sala de Emergência. Fica também responsável pelo transporte dos doentes quando existe a necessidade de transferência; um Enfermeiro na sala de observações e auxilia na sala de emergência e um Enfermeiro na sala de tratamentos.

Um dos elementos da tarde tem horário até às 24 horas, ficando posteriormente três elementos no turno da noite. Aquando da elaboração dos planos é também definido o responsável de turno que tem a função de gerir recursos, conflitos e tomar decisões complexas.

Em relação aos Lares da Misericórdia do Porto, a equipa de Enfermagem é constituída por oito elementos sendo um dos elementos a Enfermeira Coordenadora. Os elementos da equipa encontram-se distribuídos pelos diversos lares. O horário é planeado atendendo ao princípio da composição das equipas pré-estabelecido de cada lar, existindo no entanto alguma rotatividade dos elementos pelos lares. Não tive a oportunidade de colaborar com a Enfermeira Tutora na execução dos horários uma vez que estes já tinham sido elaborados.

Quanto ao LNSM, a equipa de Enfermagem é constituída por dois elementos, estando presente um elemento por cada turno diurno de segunda-feira a domingo, mas que nem sempre é possível. Durante os turnos noturnos não existe a presença física de um Enfermeiro, estando os idosos a cargo dos ajudantes de lar e enfermaria, no entanto a Enfermeira Coordenadora encontra-se sempre disponível para ser contactada telefonicamente para esclarecimento de dúvidas ou ser notificada de qualquer ocorrência. Esta situação problema foi discutida com a Enfermeira Tutora, tendo-lhe sido exposto a importância da presença de um Enfermeiro em cada turno. Quanto aos turnos diurnos, a equipa de Enfermagem vai ser alargada com a contratação de 2 novos elementos, assim assegura a presença de um elemento no turno da manhã e da tarde de segunda-feira a domingo. No entanto no turno da noite, apesar haver uma luta por parte da Enfermeira Tutora junto da Direção para a existência de um Enfermeiro, esta não considera necessário.

Segundo o Despacho Normativo nº 12/98, de 25 de fevereiro de 1998 que remeto para anexo VI, o Ministério do Trabalho e Solidariedade na norma XII,



determina que para assegurar os níveis adequados de qualidade de funcionamento do lar é necessário: um Enfermeiro por cada 40 idosos e um ajudante de lar por cada 8 idosos.

Deverá ser assegurada a permanência de um ajudante de lar para vigilância noturna por cada 20 idosos. Sempre que o estabelecimento acolha idosos em situação de grande dependência, as unidades de pessoal de Enfermagem e ajudante de lar serão as seguintes: um Enfermeiro por cada 20 idosos e um ajudante de lar por cada 5 idosos.

O que se verifica no LNSM é a permanência de um Enfermeiro para os 69 idosos e que nem todos os turnos são assegurados com um Enfermeiro, mas que tal situação vai ser colmatada com a contratação de mais Enfermeiros.

Nos dois campos de estágio, tive oportunidade de acompanhar o Enfermeiro responsável, o que permitiu-me compreender as funções e estratégias de gestão a utilizar na liderança da equipa. O Enfermeiro Responsável serve de suporte à equipa de Enfermagem, sempre que surge alguma dúvida, quer seja do foro organizacional ou do foro da prestação de cuidados.

O Enfermeiro traz na sua essência o contacto com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, como também gerindo equipas e preocupando-se com quem cuida uma vez que resolve conflitos, pratica a equidade na tomada de decisões, norteia-se pela ética e lei do exercício profissional, orienta novas condutas, busca a participação de seus pares na construção de planos e projetos, enfim serve de inspiração para que hajam seguidores dispostos a trilhar seus caminhos.

A comunicação constitui-se num elemento de suma importância no processo de liderar do Enfermeiro. A maneira como se dá a transmissão de mensagens interferirá no resultado desejado. A comunicação visa provocar mudanças esperadas no comportamento dos indivíduos, através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho, que culmina com a satisfação profissional. Sob esse aspeto, a comunicação está no núcleo da liderança, uma vez que a liderança é um relacionamento interpessoal no qual os líderes influenciam pessoas para mudança via processo comunicativo, segundo Trevizan (1998).

Em ambos os campos de estágio, o Enfermeiro Chefe e Enfermeira Coordenadora adotavam como estilo de liderança a orientação uma vez que dirigiam, supervisionavam, mas explicavam também as suas decisões. Solicitavam aos Enfermeiros soluções e sugestões, mas eram eles que quem tomava a decisão final. Apoiavam sempre os progressos dos Enfermeiros mediante uma comunicação bidirecional. Os Enfermeiros sentiam-se envolvidos na resolução de problemas e



tomada de decisões, bem como apoiados e encorajados nos seus esforços, e que eram ouvidos.

No domínio dos recursos humanos, não tendo tido oportunidade de planear um horário para o mês seguinte, colmatei esta falha com a distribuição dos elementos para o turno no plano de trabalho e observação da liderança implementada. Tendo já alguns anos de prática, tinha tido oportunidade de observar díspares tipos de liderança no meu serviço mas ao estagiar num serviço onde sou um elemento externo e observadora isenta de juízos de valor, pude compreender melhor a essência da liderança e a sua repercussão no trabalho da equipa. Adquiri assim competências que julgo tornarem-me mais atenta a esta temática pois percebi o papel fulcral que as relações entre pares e hierárquicas têm entre si. Por outro lado, pude funcionar como elemento neutro e apaziguador em situações de maior tensão em que me vi envolvida, contribuindo para um ambiente de maior harmonia.

Como competência demonstrei compreender a metodologia adotada na gestão do serviço ao nível dos recursos humanos e compreendi a importância da gestão dos cuidados e otimização da resposta da equipa de Enfermagem e dos seus colaboradores, tal como a articulação na equipa multidisciplinar, assim adquiri a competência **gestão dos cuidados na área da EEMC**, tendo desenvolvido as seguintes atividades: observação do Enfermeiro no exercício da sua prática; elaboração de planos de trabalho; identificação do estilo de liderança adotada e compreensão da metodologia utilizada para a construção do horário.

### *Gestão dos cuidados*

Numa instituição de Saúde, em geral a maioria dos profissionais que nela desempenham funções são Enfermeiros. O trabalho que estes desenvolvem influencia em grande parte a evolução clínica dos doentes da instituição. Melhor do que qualquer outro profissional, o Enfermeiro possui as competências técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais para ser o principal agente no processo de saúde e doença do doente, no decorrer do ciclo de vida.

Existem dados suficientes que apoiam a afirmação de que Enfermagem é um importante pilar numa organização de saúde e deve estar presente nos vários níveis de gestão. Hoje em dia Enfermagem possui ao seu dispor instrumentos que podem contribuir para aumentar a visibilidade dos cuidados de Enfermagem, expondo assim o



enorme contributo que a Enfermagem pode fornecer para a administração das instituições de saúde.

No processo de tomada de decisão em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o Enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Neste processo a produção de guias orientadoras, baseadas na evidência empírica, constituem uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros segundo OE (2006). Como futura Enfermeira especialista procurei a **avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.**

A aplicação deliberada e sistemática do processo de Enfermagem acrescenta qualidade ao cuidado, melhora a visibilidade e o reconhecimento profissional e representa uma possibilidade concreta de avaliação da prática profissional.

O processo de Enfermagem entende-se como um modelo metodológico que nos permite identificar, compreender, descrever e prever as necessidades humanas dos indivíduos, famílias ou comunidades, ao longo do ciclo vital e dos problemas reais ou potenciais, distinguindo a intervenção profissional de Enfermagem, segundo Garcia (2004).

Inerentes ao processo de Enfermagem encontram-se as seguintes fases: diagnóstico de Enfermagem, com base no julgamento das necessidades humanas específicas; ações e intervenções de Enfermagem, o que os Enfermeiros fazem; os resultados de Enfermagem pelos quais somos responsáveis. Estes elementos inerentes à prática profissional favorecem o desenvolvimento de sistemas de classificação de conceitos e de uma linguagem profissional na área de Enfermagem.

O processo de Enfermagem é um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para a planificação de cuidados personalizados, visando a melhoria do estado de saúde da pessoa/cliente, segundo Phaneuf (2001). De acordo com a mesma autora, entende-se avaliação inicial como um processo organizado e sistemático de busca e recolha de informação feita a partir de diversas fontes a fim de descobrir as alterações na satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de identificar assim os seus problemas, de conhecer os seus recursos pessoais e de planificar intervenções de enfermagem suscetíveis de a ajudar. Tem como objetivos a identificação de expectativas e necessidades mais imediatas da pessoa, identificação das suas reações face ao seu problema de saúde, determinação de modificações do



estado de saúde da pessoa, descoberta de fatores de risco que podem constituir uma ameaça para ela, conhecimento de hábitos de vida e recolha de informação que permita elaborar diagnósticos de Enfermagem.

Na prestação de cuidados apliquei o processo de Enfermagem mentalmente, atendo a todas as suas fases dando resposta às necessidades ao doente e idoso, reformulando o planeamento de cuidados sempre que a situação de saúde do doente e idoso o exija e avaliei os ganhos em saúde decorrentes das intervenções de Enfermagem.

Em ambos os campos de estágio, ao contrário de preconizado em que se utilizaria o processo de Enfermagem em todas as suas fases para prestação de cuidados adotando a CIPE e documentando os cuidados no SAPE, o SU utiliza a metodologia das notas gerais / intervenções de vigilância pré estabelecidas para documentar os cuidados de Enfermagem e o LNSM emprega igualmente a metodologia das notas gerais, são documentadas as informações mais relevantes e é feito o registo informático de cada atividade de vida diária implementada no idoso, através da passagem de um cursor no código de barras de cada idoso. Cada atividade tem um código próprio. Apesar de não ser prática em ambos os locais, o processo de Enfermagem é praticado mentalmente devido à grande afluência de pessoas e à necessidade de implementar cuidados de forma a dar resposta às necessidades reais da pessoa, não sendo possível fazê-lo por escrito.

Procurei na elaboração das notas utilizar linguagem classificada, detetando os diagnósticos presentes e transcrevendo as intervenções implementadas e os resultados, dando desta forma visibilidade à situação clínica do idoso. **O desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e a avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada,** foi uma das competências que demonstrei.

Modelos ou métodos de trabalho são formas de organização do trabalho da equipa de enfermagem de maneira que essa possa atender adequadamente às necessidades de cuidado das pessoas sob sua responsabilidade. Ao fazer opção por um determinado método de trabalho, é importante considerar a habilidade e disponibilidade das pessoas envolvidas, recursos físicos e materiais disponíveis, as condições do paciente, bem como a natureza do trabalho a ser realizado, segundo Marquis e Huston (2010).



O SU utiliza o método de trabalho individual, são prestados cuidados globais ao doente. A responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os mesmos. Os Enfermeiros organizam os cuidados em face às necessidades do doente, tendo em atenção os resultados e objetivos pretendidos, mediante o tempo disponível para a prestação de cuidados. A utilização de método individual assegura-se como uma mais-valia na qualidade dos cuidados de enfermagem, pois além de tudo permite uma visão holística por parte de quem cuida e facilita a interação com o doente, segundo Costa (1999).

O LNSM utiliza o método funcional, que consiste na distribuição das tarefas relacionadas aos cuidados entre os diferentes colaboradores da equipa de Enfermagem. Neste caso os colaboradores são ajudantes de Lar e Enfermaria. Esse método de trabalho surgiu durante a Segunda Guerra Mundial em consequência do deficiente número de profissionais de Enfermagem para atender os doentes. Assim, profissionais não qualificados foram designados a assumir tarefas de menor complexidade e tornavam-se habilitados por repetição. Dessa forma, os Enfermeiros passaram a supervisionar o cuidado, segundo Marquis e Huston (2010).

Este método de trabalho possibilita o atendimento com uma quantidade mínima de colabores de Enfermagem, percebe-se nessa perspectiva que o atendimento holístico e qualificado não é considerado essencial e soma-se ainda a monotonia no trabalho e falta de desafios, o que gera insatisfação no trabalho e baixa produtividade segundo Marquis e Huston, (2010).

Os Enfermeiros do LNSM centram o seu plano de ação na supervisão de cuidados, dado que o número de elementos existentes é uma condicionante relevante para a prática destes ser realizada pelos próprios. Existe a consciencialização do que o expectável seria que não se procede-se somente à supervisão, contudo esta é a forma mais correta dar resposta à satisfação das necessidades dos idosos.

No domínio da gestão de cuidados procurei com as várias atividades dar o meu contributo nos cuidados que prestei, utilizando a minha experiência própria para implementar o processo de Enfermagem nas suas várias fases e utilizando uma linguagem clara e internacional, sendo este o contributo que deixei ao serviço. Por outro lado, tive a vantagem de trabalhar com sistemas de registo muito díspares, o que me enriqueceu sem dúvida e me fez perceber a importância que um sistema de registo dos cuidados tem para uma prática uniforme e ressaltando visibilidade para os cuidados de Enfermagem.



## 1.4 Domínio Formação e Investigação

A Enfermagem vem progredindo expressivamente, buscando firmar-se como detentora do saber científico, sem deixar de lado o aspeto humanitário da profissão. Nos dias de hoje a profissão vem a especializar-se cada vez mais, pois o campo de trabalho tem-se tornado cada vez mais amplo. O processo de formar Enfermeiros reflexivos é extremamente complexo. Uma das tarefas mais importantes da prática educativa-crítica é dar condições aos Enfermeiros, em suas relações interpessoais, de tornar-se um ser pensante, comunicante, transformador e criador. A necessidade de basear a prática na evidência, sustentada por um aumento da investigação em Enfermagem, obriga a que os Enfermeiros atualizem os seus conhecimentos de uma forma periódica, com o intuito de proporcionar os melhores cuidados de Enfermagem. A prática de Enfermagem baseada na evidência é assim a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis, segundo OE (2006)

O Enfermeiro deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. A necessidade de basear a prática na evidência, sustentada por um aumento da investigação em Enfermagem, obriga a que os Enfermeiros atualizem os seus conhecimentos de uma forma periódica, com o intuito de proporcionar os melhores cuidados de enfermagem, segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (2009, art. 88, alínea c).

Desta forma, a área da formação foi contemplada ao longo do meu estágio e abordada de diferentes perspectivas conforme o campo de estágio, as necessidades de cada serviço e as oportunidades em cada momento.

Neste domínio desenvolvi as seguintes atividades: fundamentar os cuidados de Enfermagem prestados de acordo com as evidências científicas; comunicar eficazmente, utilizando uma linguagem técnico-científica para profissionais de saúde e uma linguagem acessível para o público em geral; executar sessões informais de educação para a saúde ao doente/idoso e/ou família, sempre que necessário; identificar as necessidades de formação da equipa de Enfermagem; participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC; comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a Enfermeiros quanto ao público em geral; identificar no decurso do estágio, a importância da prática baseada na evidência; comunicar com os



novos profissionais, no sentido de conhecer as suas dificuldades e limitações; realizar ensinamentos sobre aspetos científicos e técnicos durante a prestação de cuidados; encorajar o novo profissional com vista a facilitar a sua integração; promover o interesse pela formação individual e profissional e desenvolver o gosto por dinamizar o Serviço, mantendo uma atualização constante dos conhecimentos.

Ao nível do SU, no início do estágio através de entrevista informal ao Enfermeiro Chefe e restantes elementos da equipa de Enfermagem, procurei identificar as necessidades em formação e o plano de formação anual. Uma vez que o serviço se encontra num processo de transição, devido à junção com o Hospital São João, o Enfermeiro Chefe não sugeriu nenhuma necessidade em concreto.

Acreditando que a formação deve ser dirigida ao contexto do local de trabalho, tendo na prática quotidiana o ponto de partida para a reflexão que leve a um acréscimo do saber profissional, continuei a procurar identificar necessidades formativas em parceria com a minha colega de estágio. Em conjunto identificamos que os Enfermeiros não tinham conhecimento acerca das novas *Guidelines* do Suporte Avançado de Vida (SAV) e que igualmente a equipa médica apresentava lacunas nesta área. A ciência da reanimação continua a evoluir e as recomendações clínicas devem ser atualizadas regularmente para refletirem esse desenvolvimento e para aconselhar os operacionais clínicos na execução das melhores práticas, segundo European Resuscitation Council (2010).

Pelo que comunicamos ao Enfermeiro Chefe que de imediato concordou com o tema da ação de formação e sugeriu mesmo que esta fosse alargada a todo o Hospital. Para tal, elaboramos uma apresentação e os diapositivos que remeto para anexo VII, assim como um plano de sessão da formação e por fim, elaboramos dois questionários um como avaliativo da opinião dos participantes que remeto para anexo VIII e outro como avaliativo dos conhecimentos dos participantes que compilo em anexo IX. Para além da ação formativa, produzimos um poster que remeto para anexo X com o algoritmo que foi exposto na sala de emergência, para consulta quando necessário.

Os questionários foram alvo de uma análise estatística e elaboração de um conjunto de gráficos que representam o sucesso da ação formativa. Em anexo XI apresento a tabela com as respostas dos formandos relativamente ao questionário sobre a opinião dos formandos.

O gráfico 3 que remeto para anexo XII representa a opinião dos formandos relativamente ao tema e metodologia utilizada durante a ação de formação. No



Questionário de opinião os formandos podiam classificar relativamente ao tema como sendo nada pertinente, pouco pertinente, pertinente e muito pertinente. Quanto à metodologia utilizada podiam classificar como nada adequada, pouco adequada, adequada e muito adequada. Através do gráfico é possível verificar que os formandos consideraram na sua maioria como sendo muito pertinente o tema da formação, uma vez que atualização de conhecimentos é sempre uma mais-valia para qualquer grupo profissional. Relativamente à metodologia utilizada os formandos consideraram na sua maioria como sendo adequada, uma vez que foi utilizada a projeção multimédia.

O questionário de opinião uma das questões era relativamente à apreciação global da sessão, que é representada através do gráfico 4 que remeto para anexo XIII. Quanto à questão apreciação global da sessão, os formandos poderiam classificá-la como insuficiente, suficiente, bom e muito bom. Pelo gráfico conclui-se que os formandos apreciaram a sessão na sua maioria, como sendo muito bom, o que nos congratula bastante, uma vez que atingimos o nosso objetivo de transmitir a informação cativando a audiência.

Em anexo XIV apresento a tabela com as respostas dos formandos quanto ao questionário dos conhecimentos. O gráfico 5 que remeto para anexo XV representa a percentagem de respostas corretas, erradas e questões não respondidas relativamente ao questionário de conhecimentos. Através deste gráfico conclui-se que 86% dos formandos responderam corretamente às questões, 11% responderam erradamente e 3% das questões não foram respondidas. Desta forma é possível verificar que os conhecimentos foram bem interiorizados pelos formandos, o que nos transmite que conseguimos ser boas oradoras, e cativamos a assistência, sendo este um tema de interesse para todos.

Nesta sequência foi atribuída uma pontuação aos questionários de conhecimentos, que são ilustrados no gráfico 6 que remeto para anexo XVI. Conclui-se que os formandos foram classificado acima dos 14 valores. Um dos formandos teve uma pontuação de 20 valores no questionário de conhecimentos. Esta avaliação permite-nos concluir que a pertinência do tema, aliada ao interesse dos formandos e ao nosso empenho na preparação da formação, tudo contribuiu para o sucesso desta formação, o que nos deixa motivadas para no futuro emprendermos em novas áreas de formação.

Com este trabalho e através de reflexões informais, foi-me possível **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico à equipa multidisciplinar e**



desenvolver competências pedagógicas e de investigação. Penso ter contribuído para a **promoção da formação na minha área de especialização.**

Como formadora informal aproveitei a prestação de cuidados para com base numa perspetiva avançada, detetar falhas nos conhecimentos dos doentes, e assim implementei sessões informais de educação para a saúde, procurando suprir as várias necessidades que estes apresentavam, tais como gestão do regime terapêutico ineficaz, conhecimentos não demonstrados, entre outros.

Durante o período de estágio, deparei-me com situações de entrada de doentes na sala de emergência por tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa, tendo constatado que os profissionais de saúde apresentam lacunas de conhecimento quanto à melhor forma de lidar com esta situação e no estabelecimento de uma relação de ajuda com estes doentes. Por se encontrarem numa situação de vulnerabilidade acrescida, estes doentes requerem cuidados muito específicos, o que torna os Enfermeiros em contexto de SU ainda mais polivalentes na sua área de atuação. Estes são alguns dos casos em que mais do que competências técnicas, são postas à prova competências relacionais quer com o doente em tentativa de suicídio, quer com os seus familiares que muitas vezes recebem a notícia com algum choque. A não existência permanente de uma equipa médica de psiquiatria e a necessidade de transferir estes casos para o Hospital de São João, torna também difícil a gestão de cuidados. Numa tentativa de **compreender as implicações da investigação na prática baseada na evidência**, surgiu o interesse em pesquisar um pouco mais sobre o suicídio, que resultou num revisão bibliográfica que apresento em anexo XVII.

Estima-se que aproximadamente um milhão de pessoas tenha cometido suicídio em 2000, colocando o suicídio entre as dez causas de morte mais frequentes em muitos países do mundo. Dez a vinte milhões de pessoas terão tentado suicidar-se. Mas presume-se que os números reais sejam ainda mais elevados. Embora as taxas de suicídio variem de acordo com categorias demográficas, elas aumentaram aproximadamente 60% nos últimos 50 anos. A redução da perda de vidas devida a suicídios tornou-se um objetivo internacional essencial em saúde mental.

É essencial que se estabeleça uma relação com o indivíduo potencialmente suicida que inclua crença e confiança no outro. O indivíduo potencialmente suicida deve sentir-se livre para partilhar informação e deve estar confiante que o outro está disposto a lidar com a crise. Essencialmente, é necessário garantir a segurança do indivíduo, ao



mesmo tempo que se tenta gerir e reduzir a crise, segundo a Organização Mundial de Saúde (2006).

Neste Estágio procurei atuar como formador oportuno em contexto de trabalho e na supervisão clínica de novos profissionais. Ao orientador cabe o papel de mediador entre os alunos e os conteúdos de aprendizagem, sendo a sua figura a de um professor reflexivo, com competências constituídas por um conjunto de atitudes: abertura, disponibilidade, flexibilidade e sentido crítico; conhecimento do processo de orientação, capacidade de descrição, interpretação, comunicação e negociação específicas da orientação. Assim foi possível **colaborar na integração de novos profissionais e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros profissionais.**

A nível do LNSM, procurei atuar como formadora oportuna em contexto de trabalho e na supervisão clínica de outros grupos profissionais, convicta que a formação deve ser dirigida ao contexto do local de trabalho, tendo na prática quotidiana o ponto de partida para a reflexão que leve a um acréscimo do saber profissional, foi com agrado que aceitei quando a Enfermeira Tutora me propôs a elaboração de uma ação de formação sobre diabetes, dirigida à equipa multidisciplinar e idosos diabéticos.

A Diabetes Mellitus (DM) é bastante frequente na população idosa, pouco diagnosticada e pouco tratada nesta idade. Estes sintomas são muitas vezes atribuídos a situações próprias da idade avançada e por isso ignorados. No intuito de comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico à equipa multidisciplinar e desenvolver competências pedagógicas e de investigação, elaborei uma apresentação e os diapositivos que remeto para anexo XVIII, assim como um plano de sessão da formação que foi entregue à tutora anteriormente ao dia da formação e produzi um questionário avaliativo da opinião dos participantes que compilo em anexo XIX. Para além de ação formativa elaborei um panfleto que remeto para anexo XX, dirigido aos idosos diabéticos, com a informação mais pertinente sobre a DM para uma fácil consulta.

A sessão de formação decorreu no dia 21 de novembro, em que procurei comunicar eficazmente, utilizando uma linguagem técnico-científica para profissionais de saúde e uma linguagem acessível para o público em geral e fundamentei os conhecimentos de acordo com as evidências científicas. Os questionários foram alvo de uma análise estatística e elaboração de um conjunto de gráficos que representam o sucesso da ação formativa. Em anexo XXI apresento a tabela com as respostas dos formandos relativamente ao questionário sobre a opinião dos formandos. O gráfico 7



que remeto para anexo XXII representa a opinião dos formandos relativamente ao tema e metodologia utilizada durante a ação de formação.

No questionário de opinião os formandos podiam classificar relativamente ao tema como sendo nada pertinente, pouco pertinente, pertinente e muito pertinente. Quanto à metodologia utilizada podiam classificar como nada adequada, pouco adequada, adequada e muito adequada. Através do gráfico é possível verificar que os formandos consideraram na sua maioria como sendo muito pertinente o tema da formação, uma vez que atualização de conhecimentos é sempre uma mais-valia para qualquer grupo profissional. Relativamente à metodologia utilizada os formandos consideraram na sua maioria como sendo adequada, uma vez que foi utilizada a projeção multimédia.

O questionário de opinião uma das questões era relativamente à apreciação global da sessão, que é representada igualmente através do gráfico 8 que remeto para anexo XXIII. Quanto à questão apreciação global da sessão, os formandos poderiam classificá-la como insuficiente, suficiente, bom e muito bom. Pelo gráfico conclui-se que os formandos apreciaram a sessão na sua maioria, como sendo bom, atingi assim o meu objetivo de transmitir a informação cativando a audiência. A formação efetuada **permitiu o aperfeiçoamento da minha capacidade de comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico. Penso ter contribuído para a promoção da formação na minha área de especialização.**

Uma vez que não existia o real conhecimento dos idosos diabéticos do LNMS, surgiu a ideia da elaboração de ficheiros clínicos dos mesmos. Considerando pertinente a sua existência, prontifiquei a elaborá-los pois facilita a consulta e sistematiza a informação. Após a análise dos processos, identifiquei a existência de 13 idosos diabéticos, sendo dois deles insulino dependentes. No ficheiro clínico consta se o idoso é insulino dependente ou não insulino dependente, o tratamento, a dieta, o horário das pesquisas, as vigilâncias e ensinos, os antecedentes relevantes sobre a DM, as observações, neste espaço são descritas as alterações no tratamento e por fim o histórico das monitorizações das glicemias. Juntamente com a equipa de Enfermagem foi protocolado quanto aos idosos não insulino dependentes, a monitorização das glicemias uma vez de duas em duas semanas e que quanto aos idosos que monitorizam eles próprios as glicemias, a consulta dos registos uma vez por semana. Quanto às vigilâncias e ensinos determinou-se a vigilância de hipo e hiperglicemias, a vigilância



dos pés uma vez por semana e efetuar ensinamentos aos idosos sobre: alimentação, cuidados aos pés, sintomas de hipoglicemia e hiperglicemias e atividade física.

O LNSM pretendia a instalação de um programa informático para controle dos doentes diabéticos e propus-me a configuração do programa. O programa denominado CoPilot Health Management System é uma ferramenta versátil que, ao funcionar como uma ferramenta de gestão de dados, permite às pessoas com diabetes, aos respectivos prestadores de cuidados e profissionais de saúde assumirem um papel mais informado no tratamento da diabetes. O sistema CoPilot controla as informações do estado de saúde relacionado com a diabetes e fornece gráficos, diagramas e relatórios que ajudam os doentes e os profissionais de saúde a avaliar as necessidades e as opções do programa de tratamento da diabetes. Permite igualmente registar informações acerca da insulina, corpos cetónicos, medicações, refeições, exercício, estado de saúde, exames médicos, resultados de laboratório, bem como notas gerais. Introduzi no sistema os idosos diabéticos e sua informação clínica, bem como as monitorizações de glicemias para desta forma melhorar o programa de tratamento dos diabéticos.

O médico do LNSM apresentou-me o “Projeto Acreditar”. É um estudo observacional de coorte prospetivo de uma amostra de doentes com diagnóstico de DM tipo 2. O “Projeto Acreditar” é um programa de controlo da DM patrocinado pelo laboratório Novartis® que tem como objetivos a avaliação do controlo metabólico em 100 doentes com DM ao longo do tempo (12 meses), a avaliação da obesidade nestes doentes e o rastreio de hipoglicemias. Em cada rastreio será medido o peso, perímetro abdominal, bem como os valores de hemoglobina glicada (HbA1c). Os dados serão recolhidos para estudo da relação entre o grau de controlo da diabetes e a presença de alterações nos pés (neuropatia diabética). Tendo em mente a promoção da investigação e a importância da prática baseada na evidência, implementei o questionário que remeto para anexo XXIV que consta do projeto acreditar aos idosos diabéticos e monitorizei o peso e perímetro abdominal. Desta forma adquiri as competências **participação e promoção da investigação em serviço na área da EEMC e compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.**

O processo de envelhecimento encerra inúmeras alterações na vida do idoso, que lhe afetam a funcionalidade, mobilidade, saúde, privando-o de uma vida autónoma e saudável, prejudicando a qualidade de vida. Este processo natural é mediado por fatores não modificáveis, como os processos biológicos e modificáveis como os fatores psicológicos e sociais, segundo Karinkanta (2005).



A psicomotricidade pretende manter o máximo de tempo possível as funções preservadas do doente, proporcionando-lhe a sensação de segurança e transmitindo a consciência que se está a tentar reabilitar os seus défices. A Terapia de Psicomotricidade permite que o próprio corpo seja uma ferramenta através da qual se exercita a mente e vice-versa, reforçando a relação e coordenação entre ambos. Baseada numa visão holística do ser humano, a psicomotricidade encara de forma integrada as funções cognitivas, sócio-emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial.

Desta forma desenvolvi um trabalho sobre psicomotricidade que remeto para anexo XXV que apresentei à Enfermeira Tutora e propus a implementação de sessões no LNSM. Realizei as sessões duas vezes por semana, foi proposto a participação do programa a 7 idosos mas apenas 5 compareceram continuamente. Cada idoso foi avaliado no início através de um exame físico breve e Índice de Barthel que remeto para anexo XXVI e para anexo XXVII, continuamente através da escala de faces que compilo em anexo XXVIII e no final através da Índice de Barthel e escala de avaliação do grau de satisfação com o programa que remeto para anexo XXIX e para anexo XXX. Para dar continuidade ao programa, foi apresentado o trabalho à professora de educação física e esta participou numa das aulas para se integrar no programa, e continuar a implementar e mesmo alargar o programa a mais idosos após o término do estágio.

No questionário de avaliação do Programa de Psicomotricidade é pedido uma avaliação do programa, que é representada através do gráfico 9 que remeto para anexo XXXI. Para a avaliação do programa, os idosos poderiam classificá-la desde do item “não gostou” até “gostou muito”. Pelo gráfico conclui-se que os idosos apreciaram o programa na sua maioria, como gostaram muito, o que me congratula imenso uma vez que atingi o objetivo de conseguir cativar os idosos.

O programa pretende, através da operacionalização das suas estratégias, contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às necessidades da população idosa. Pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas, assim como a sua participação ativa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência. Visa oferecer ao idoso, uma melhor qualidade de vida através da valorização das atividades de carácter preventivo, mantendo os movimentos ainda existentes do idoso, trabalhando esquema e imagem corporal.



Como formadora informal aproveitei a prestação de cuidados para, com base numa perspectiva avançada, detetar falhas nos conhecimentos dos idosos, e assim implementei sessões informais de educação para a saúde, procurando suprir as várias necessidades que estes apresentavam.

As competências ao nível da formação em Serviço na área da EEMC foram atingidas, procurei mostrar disponibilidade para promover a investigação em Serviço, fazendo-o em prole do Serviço e a nível pessoal.



## 2. Indicadores

Os indicadores servirão de instrumento de mensuração quantitativa de alguns dos objetivos que pretendi atingir. A dificuldade centra-se em mensurar as competências e os objetivos, separando-os da sua dimensão qualitativa, o que dificulta a sua avaliação quantitativa. No entanto, atribuir uma dimensão quantitativa às atividades desenvolvidas contribui para uma melhor compreensão do percurso que efetuei ao longo dos dois módulos de estágio. A Ordem dos Enfermeiros (2007) define os indicadores como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos Enfermeiros para os ganhos em saúde da população.

Na tabela seguinte agrupo em indicadores de frequência, algumas das intervenções realizadas no estágio.

<b>Atividades</b>	<b>SU</b>	<b>LNSM</b>	<b>Total</b>
<b>Admissões de doentes</b>	5	0	5
<b>Transferências de doentes</b>	4	1	5
<b>Definição do plano de trabalho de enfermagem</b>	3	0	3
<b>Requisição de material de consumo</b>	5	7	12
<b>Documentos elaborados</b>	1	17	18
<b>Poster realizado</b>	1	0	1
<b>Panfleto realizado</b>	0	1	1
<b>Sessões formativas realizadas</b>	1	1	2
<b>Sessões informais de educação para a saúde</b>	9	9	18
<b>Sessões de psicomotricidade</b>	0	4	4
<b>Prestação de cuidados a doentes com feridas</b>	10	8	18
<b>Revisões da literatura efetuadas</b>	20	25	45
<b>Situações-problema detetadas e desenvolvimento de estratégias para a sua resolução</b>	2	5	7

Tabela 1 - Atividades Desenvolvidas



Relativamente aos indicadores definidos inicialmente no Projeto de Estágio, os indicadores de processo possíveis de auferir são:

- Índice de educação para a saúde informais executadas:

(Nº de sessões informais de educação para a saúde executadas / Nº total de situações identificadas como necessidade de educação para a saúde) X 100;

$$\text{SU} - (9/11) \times 100 = 82\%$$

$$\text{LNSM} - (9/12) \times 100 = 75\%$$

- Índice de participação na ação de formação:

(Nº de Enfermeiros que participaram em ações de formação / Nº total de Enfermeiros na equipa) X 100;

$$\text{SU} - (12/21) \times 100 = 57\%$$

$$\text{LNSM} - (1/2) \times 100 = 50\%$$

Quanto aos indicadores de resultados:

- Taxa de efetividade na concretização dos objetivos:

(Nº de Objetivos de Estágio concretizados / Nº de Objetivos de Estágio planeados) X 100;

$$\text{SU} - (9/9) \times 100 = 100\%$$

$$\text{LNSM} - (8/9) \times 100 = 89\%$$



### **3. Conclusão**

O relatório é um espaço onde a descrição do percurso efetuado, permite demonstrar quais as experiências significativas que contribuíram para a aprendizagem, abordando as intervenções e reflexões realizadas ao longo do estágio e o contributo dado para a aquisição de competências na área de enfermagem médico-cirúrgica. Assim, os objetivos deste relatório foram concretizados, considerando que do processo de construção, emergiu o aperfeiçoamento da minha capacidade reflexiva, através do constante questionamento das experiências vivenciadas, competência fundamental para a evolução pessoal e profissional.

As díspares experiências que emanaram dos diferentes contextos em que os módulos ocorreram, facilitaram a consolidação de saberes, proporcionando a aquisição de competências inerentes a um especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Esta aprendizagem não se resumiu apenas a componente instrumental das intervenções de enfermagem, mas ao processo de tomada de decisão, interiorizando os mecanismos necessários à produção de um juízo clínico que se coadune com a prestação de cuidados avançados, ou seja, cuidados de maior complexidade e diferenciação. Com isto a minha autonomia como futura EEEMC ficou fortalecida e sustentada por processos cognitivos e instrumentais.

O estágio no âmbito de SU, constituiu uma experiência francamente enriquecedora. O reconhecimento do percurso efetuado pelo doente desde que entra no hospital até que, muitas vezes, é internado nos diversos serviços, foi muito importante. O contacto com uma realidade que se distingue da minha, exigiu-me um maior esforço no sentido de superar as necessidades adjacentes e um consequente crescimento e evolução pessoal. O que permitiu uma mudança ou ajuste de alguns comportamentos e estimulou em mim uma maior abertura para novas iniciativas. Como futura EEEMC a realização deste estágio incitou em mim a análise crítica e reflexiva, permitiu uma mudança ou ajuste de alguns comportamentos e estimulou uma maior abertura para novas iniciativas.

No cuidado ao idoso tive como objetivo apoiar os no seu processo de velhice, ajudar a encarar as alterações corporais, orgânicas e cognitivas, estar atento ao isolamento, estar presente na solidão, nas ausências, na tristeza e proporcionar ambiente e medidas para que não se sintam um fardo, um estorvo para a família e para a sociedade.



O domínio da prestação de cuidados foi a área na qual empenhei e centrei o foco da minha aprendizagem. O contacto com o doente nos diferentes contextos facilitou a construção de saberes proveniente da interação com o doente/idoso e com a família. Executei cuidados de Enfermagem tendo sempre por base o processo de Enfermagem em todas as suas fases. As situações imprevistas e por vezes complexas com que me deparei, exigiram tomadas de decisões rápidas e fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas. Através de uma relação de ajuda, desenvolvi uma metodologia eficaz na assistência ao doente/idoso e à família, permitindo que esta expusesse os seus medos e receios, utilizando para isso técnicas de comunicação que facilitaram o processo terapêutico.

De uma forma geral, considero que no domínio da gestão, demonstrei compreender a metodologia adotada na gestão do serviço ao nível dos recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem. No SU, uma vez que o Enfermeiro tutor ser o Enfermeiro Chefe foi uma mais valia, tendo desta forma mais tempo para intervir nesta área.

No domínio da formação identifiquei as necessidades formativas dos serviços, o que resultou na realização de ações de formação, elaboração ficheiros clínicos, panfleto, poster e implementação de um programa de psicomotricidade. Momentos de formação informal, também contribuíram para atingir este objetivo. No LNSM tendo em vista a participação e promoção da investigação em serviço, configurei um programa informático que tem como objetivo o controlo dos idosos diabéticos e melhorar o programa de tratamento dos idosos diabéticos. E pela implementação do questionário do projeto acreditar pretendi que o LNSM obtivesse dados, para assim poderem correlacionar a relação entre o grau de controlo da diabetes e a presença de alterações nos pés (neuropatia diabética).

A realização do programa de psicomotricidade foi a atividade que mais satisfação me proporcionou pois, além de permitir incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, é o meu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados, que se prolonga após o término do meu estágio.

Ao longo deste documento procurei identificar oportunamente as situações problema com que me deparei. Procurei em cada situação implementar ou sugerir soluções, de forma a deixar o meu contributo e ser um pequeno marco nesta nova fase da minha carreira.



Ambos os módulos de estágio se revelaram importantes para fomentar a capacidade de resolução de problemas, característica indispensável num Enfermeiro especialista. Este crescimento promove a evolução para uma excelência na prestação de cuidados, devendo ser este o objetivo último de todos os Enfermeiros, dando ênfase aos que são e anseiam ser Enfermeiros especialistas. Apesar de na globalidade todas as competências terem sido adquiridas, tenho a noção que poderia sempre fazer mais, se a limitação temporal o permitisse. Esta foi uma das maiores limitações que senti, a par com a grande panóplia de temas pertinentes a pesquisar e aprofundar de forma a dar um contributo mais dinâmico aos Serviços.

Cumpre-me nesta fase refletir sobre o meu percurso profissional até à entrada neste Curso e na atualidade após adquirir várias competências. Julgo que me encontro agora mais preparada para me lançar em novos desafios, tais como ser elo de ligação a um dos grupos hospitalares ou até mesmo ficar responsável por fomentar a investigação no serviço ou ser destacada para outra área que necessite das minhas capacidades como Enfermeira Especialista. Finda esta etapa do percurso, e apesar das limitações, tenho a forte convicção que o Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica irá contribuir para que a minha prática seja cada vez mais rigorosa em busca dos padrões de qualidade que a OE preconiza para profissão, de forma a dar contributo para uma nova consciência de Enfermagem.



## **Referências Bibliográficas**

Aparasu, R.; Mort, J.; Brandt, H. (2005) - Polypharmacy trends in office visits by the elderly in the United States, 1990 and 2000. *Research in Social & Administrative Pharmacy*. Vol. 1, nº 3.

Carneiro, A.; Albuquerque, A., Félix, M. (2010) *Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*. Conselho Português de Ressuscitação.

Castilho, V.; Gonçalves V. (2005) *Gerenciamento de Recursos Materiais*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Castilho, V.; Leite, M. (1991) *A administração de recursos materiais na enfermagem*. EPU, São Paulo.

Chiavenato, I. (1999) *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Campus, Rio de Janeiro.

Chutka, D.; Takkahashi, P.; Hoel, R. (2004) - Inappropriate medications for elderly. *Mayo Clinic Proceedings*. Vol. 79, nº 1

Delors, J. (2000) *Educação: um tesouro a descobrir, relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. 4ª Edição. Cortez, São Paulo.

Dias, C. (2001) *A liderança em Enfermagem (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem)*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, 198 pp. Disponível no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Eurostat (2008) "Population projections 2008-2060, deaths projected to outnumber in the EU. Eurostat Press Office." Disponível em: <http://www.ec.europa.eu/eurostat>. [data da visita 12/11/2011].



Fernandes, O. (2007) Entre a teoria e a experiência - Desenvolvimento de competências de Enfermagem no ensino clínico no Hospital no Curso de Licenciatura. 1ª Edição. Lusociência, Porto.

Geis, P.; Rubí, M. (2003) Terceira idade – Atividades criativas e recursos práticos. Editora Artmed, Porto Alegre.

Guyton, A.; Hall, J. (2002) Tratado de fisiologia médica. 10ª Edição, Guanabara, . Rio de Janeiro.

Jean V.; Rosalind L.; Mullally S. (2004) Prática baseada na evidência manual para enfermeiros. Lusociência. Loures.

Karinkanta, S. (2005) Factors predicting dynamic balance and quality of life in home – dwelling elderly women. *Gerontology*, Vol. 51 nº2.

Marquis, B.; Huston, C. (2010) Administração e liderança em Enfermagem. 6ª Edição, Artmed, Porto Alegre.

Martins, R.; Hagen S. (2008) Ame as suas rugas, aproveite o momento. 1ª Edição, Coisas de ler Edições, Lda, Lisboa.

Neves M., Pacheco S. (2004) Para uma ética na enfermagem. Editora gráfica de Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros (2009) “Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro).” Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>. [data da visita 01/02/2012]

Ordem dos Enfermeiros (2006) CIPE Versão 1.0 – O manual do “ser enfermeiro”



Ordem dos Enfermeiros (2005) “Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem.” Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/6/6.pdf>. [data da visita 22/01/2012].

Ordem dos Enfermeiros (2007) “Um novo modelo de desenvolvimento profissional certificação de competências e individualização das especialidades de enfermagem.” Disponível: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_26\\_junho\\_2007\\_suplemento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_junho_2007_suplemento.pdf). [data da visita 12/01/12].

Ordem dos Enfermeiros (2007) “Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.” Disponível: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents:/documents/97\\_OrdemEnfermeiros-RMDE&Indicadores-VFOut2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents:/documents/97_OrdemEnfermeiros-RMDE&Indicadores-VFOut2007.pdf). [data da visita 20/12/2011].

Ordem dos Enfermeiros (2006) “Tomada de posição sobre segurança do cliente.” Disponível: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedestaques/TomadaPosio\\_segurancadoente\(1\).pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedestaques/TomadaPosio_segurancadoente(1).pdf). [data da visita 24/01/2012].

Pereira, F. (2004) Dos resumos mínimos de dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. Ordem dos Enfermeiros.

Phaneuf, M. (2001) Planificação dos cuidados: um sistema integrado e personalizado. Quarteto Editora, Coimbra.

Portugal – Despacho Normativo nº 12/98, de 25 de fevereiro de 1998. Diário da República, I série – B nº47.

Santos, T., Duarte, M., Subtil, C. (2004) “A Declaração de Bolonha e a Formação na Área de Enfermagem”. Relatório apresentado pelo Grupo de Trabalho para a Enfermagem do CCISP, no âmbito do processo de Bolonha. Disponível: [http://www.ccisp.pt/Bolonha/Bolonha\\_Enfermagem\\_25\\_novembro.doc](http://www.ccisp.pt/Bolonha/Bolonha_Enfermagem_25_novembro.doc). [data da visita 18/02/2012]



Simões, R. (2008) Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, 239 pps. Disponível no Instituto de Ciências Biomédicas Abel de Salazar da Universidade do Porto.

Stuart, W., Laraia, T. (2001) Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática. 6ª edição. Artmed Editora, Porto Alegre.

Tappen, R. (2005) Liderança e administração em Enfermagem: conceitos e práticas. Lusociência, Loures.

Velasco, C. (2006) Aprendendo a Envelhecer ... à luz da psicomotricidade. Phorte editora, São Paulo.

# **Anexos**

# **Anexo I**

Caracterização do Serviço de Urgência do Hospital de Valongo

## Caracterização do SU

O SU básico do Hospital de Valongo possui todas as características, em recursos humanos e equipamentos previstos no despacho nº 18459/2006, de 12 setembro de 2006. Este SU é o Serviço de referência do Concelho de Gondomar e Concelho de Valongo.

O SU estruturalmente, está dividido em:

- Sala de triagem com 2 postos de atendimento. A Triagem é feita segundo o STM. O STM consiste na avaliação do utente, de forma a identificar critérios de gravidade, que se traduzem posteriormente na prioridade clínica e no tempo recomendado alvo até à observação médica. O utente é classificado em 5 categorias diferentes com atribuição de pulseiras com cores que correspondem a um tempo alvo de atendimento pelo médico (Emergente = Vermelho = 0 minutos; Muito urgente = Laranja = 10 minutos; Urgente = Amarelo = 60 minutos; Pouco Urgente = Verde = 120 minutos; Não urgente = Azul = 240 minutos). A metodologia utilizada consiste em identificar a queixa inicial e utilizar o algoritmo de decisão, que consiste na utilização de discriminadores, de forma a identificar qual o mais relevante para a queixa inicial e para os dados que vão sendo recolhidos. O encaminhamento para as diferentes áreas é efetuado mediante a queixa clínica e prioridade atribuída.
- Sala da Pequena Cirurgia tem a capacidade para atender dois utentes. São executados tratamentos às mais variadas feridas e suturas quando necessário. Esta atividade fica a cargo dos Enfermeiros, após avaliação do Médico.
- Sala de Emergência possui características únicas para o ensino em situações de emergência, devido á exposição de um grande número de problemas clínicos que podem surgir e que põem em risco a vida do doente. É um espaço físico que se encontra em linha direta com a entrada da Urgência e está pronta para receber e tratar dois doentes em estado crítico e/ou em risco de vida, quer em idade adulta quer pediátrica.
- Sala de espera amarela/laranja local onde os utentes triados com estas cores aguardam a chamada do médico.
- Quatro gabinetes médicos denominados de A, B, C e D.

- Sala de espera verde/azul os utentes triados com esta cor esperam a chamada do médico.
- Sala de gessos onde os Enfermeiros são responsáveis pela colocação de talas gessadas e ligaduras.
- Sala de tratamentos constituída por uma sala de trabalho de Enfermagem, uma sala de inaloterapia e uma sala de colheitas. Após consulta médica muitos dos utentes são encaminhados para este local, para a administração de fármacos, a colheita de espécimes e a execução de inserções cateteres venosos periféricos.
- OBS tem a capacidade para oito camas, ficam neste local os doentes que não têm vaga no serviço de internamento. Esta sala teoricamente deveria destinar-se a doentes com situações clínicas que requeriam monitorizações constantes e vigilância devido ao seu diagnóstico.

## **Anexo II**

Caracterização do Lar Nossa Senhora da Misericórdia

## **Caracterização do Lar Nossa Senhora da Misericórdia**

O LNSM foi edificado de raiz, abrindo as suas portas em março de 1998. Na sua construção foram previstos todos os requisitos para estabelecimento de apoio a idosos, uma vez que o aumento da esperança de vida é uma realidade que deverá ser acompanhada com qualidade de vida e com respeito pela dignidade. Neste sentido, proporcionam a cada idoso uma vida equilibrada e promovem a autonomia, retardando, sempre que possível a perda das faculdades físicas e psíquicas. De forma a permitir uma inclusão e permanência positiva, incentivam o espírito de ajuda e valorização pessoal, individualizando cada situação.

A admissão e organização dos processos para internamento dos idosos são da responsabilidade do Gabinete de Ação Social e Animação.

O LNSM tem duas modalidades de acolhimento dos idosos:

- Zona social: existe um acordo com a Segurança Social em que está definido uma comparticipação por cada utente e que é regulamentada pelo Decreto de Lei nº265/99 de 14 de julho de 1999, Dr. I série A, Artigo 4º. É composto por 33 quartos duplos e triplos com capacidade para 75 residentes de ambos os sexos incluindo casais.
- Zona Residencial: é constituída por 10 suites.

Existe um regulamento para cada uma das diferentes modalidades de acolhimento, um para a zona social e outro para a zona residencial.

A prestação de apoio social tem a duração de 24 horas, sendo prestada ininterruptamente, em ambas as modalidades de acolhimento. São assegurados:

- Cuidados de saúde e bem-estar;
- Alimentação adequada à faixa etária e problemática de saúde;
- Tratamento de roupas;
- Organização de atividades lúdico recreativas, trabalhos manuais, jogos sociais, passeios e visitas culturais;
- Serviço religioso;
- Relacionamento interinstitucional e intercambio de experiencias com outras instituições similares.

De forma a dar uma resposta integrada às necessidades dos idosos, a equipa é multidisciplinar, constituída por pessoal técnico e de apoio:

- Técnica de serviço Social com funções de Diretora;

- Médicos;
- Psiquiatra;
- Enfermeiros;
- Capelão;
- Animadora;
- Administrativos;
- Ajudantes de Enfermaria e Lar;
- Cozinheiras;
- Lavandaria;
- Costureira;
- Porteiro e Motorista.

Estruturalmente o LNSM é constituído por três pisos:

- Rés do chão onde se encontra a cozinha e o ginásio
- O primeiro piso é composto por:
  - Quartos duplos e triplos, onde ficam os idosos mais dependentes,
  - Sala de refeições e convívio;
  - Casas de banho com banho assistido;
  - Sala de Enfermagem e gabinete médico;
  - Sala de Aprovisionamento.
- O segundo piso é composto por:
  - Quartos e suites;
  - Sala de refeições;
  - Capela.

## **Anexo III**

Folha de Registo de tratamento de ferida



## LAR NOSSA SENHORA DA MISERICÓRDIA

Rua da Diamantina, 67, 4350-145, Porto Telefone 225420500

### Folha de Registo tratamento de feridas

**Nome do cliente:**

**Tipo de ferida:**

- Ferida
  - Ferida Traumática
  - Ferida Cirúrgica
  
- Úlcera
  - Úlcera venosa
  - Úlcera de pressão

**Localização:**

**Caracterização da ferida:**

**Tratamento:**

<b>Avaliação:</b>	
<b>Data:</b>	
<b>Comprimento</b>	
<b>Largura</b>	
<b>Profundidade</b>	

<b>Avaliação:</b>	
<b>Data:</b>	
<b>Comprimento</b>	
<b>Largura</b>	
<b>Profundidade</b>	

<b>Avaliação:</b>	
<b>Data:</b>	
<b>Comprimento</b>	
<b>Largura</b>	
<b>Profundidade</b>	

## **Anexo IV**

Índice de Barthel



LAR NOSSA SENHORA DA MISERICÓRDIA

Rua da Diamantina, 67, 4350-145, Porto Telefone 225420500

Nome do cliente:

Data avaliação:

Cama:

Item	Atividades de vida diária	Cotação	Pontuação
Alimentação	<b>Independente</b> Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.	10	
	<b>Com ajuda</b> Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.	5	
	<b>Dependente</b> Necessita ser alimentado	0	
Banho	<b>Independente</b> Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa	5	
	<b>Dependente</b> Necessita de alguma ajuda	0	
Vestir	<b>Independente</b> Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou suspensórios se necessitar	10	
	<b>Com ajuda</b> Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável	5	
	<b>Dependente</b> Incapaz de se vestir sem ajuda	0	
Arranjo Pessoal	<b>Independente</b> Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc.). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é elétrica	5	
	<b>Dependente</b> Necessita de alguma ajuda	0	
Defecção	<b>Continente</b> Nenhum incidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só	10	
	<b>Ocasional</b> Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para supositórios	5	
	<b>Incontinente</b>	0	
Micção	<b>Continente</b> Nenhum incidente. Seco dia e de noite. Capaz de usar qualquer dispositivos (algália). Se necessário é capaz de mudar de saco	10	
	<b>Ocasional</b> Menos de que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos	5	
	<b>Incontinente</b>	0	
WC	<b>Independente</b> Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte	10	
	<b>Com ajuda</b> Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir roupa ou limpar-se	5	
	<b>Dependente</b> Incapaz de se desembaraçar sem ajuda	0	

Transferência cadeira-cama	<b>Independente</b> Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma	15	
	<b>C/ ajuda mínima</b> Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física (por ex. dada pelo cônjuge)	10	
	<b>C/ grande ajuda</b> Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama	5	
	<b>Dependente</b> Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado	0	
Deambulação	<b>Independente</b> Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc.) exceto andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão	15	
	<b>Com ajuda</b> Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros	10	
	<b>Independente em cadeira de rodas</b> Manobra a sua cadeira de rodas menos de 50 metros. Contorna esquinas sozinho	5	
	<b>Dependente</b> Requer grande ajuda	0	
Escadas	<b>Independente</b> Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio	10	
	<b>Com ajuda</b> Supervisão física ou verbal	5	
	<b>Dependente</b> Necessita de elevador ou não pode usar escadas	0	
		<b>Total</b>	

<20 Totalmente dependente

20 – 35 Severamente dependente

40 – 55 Moderadamente dependente

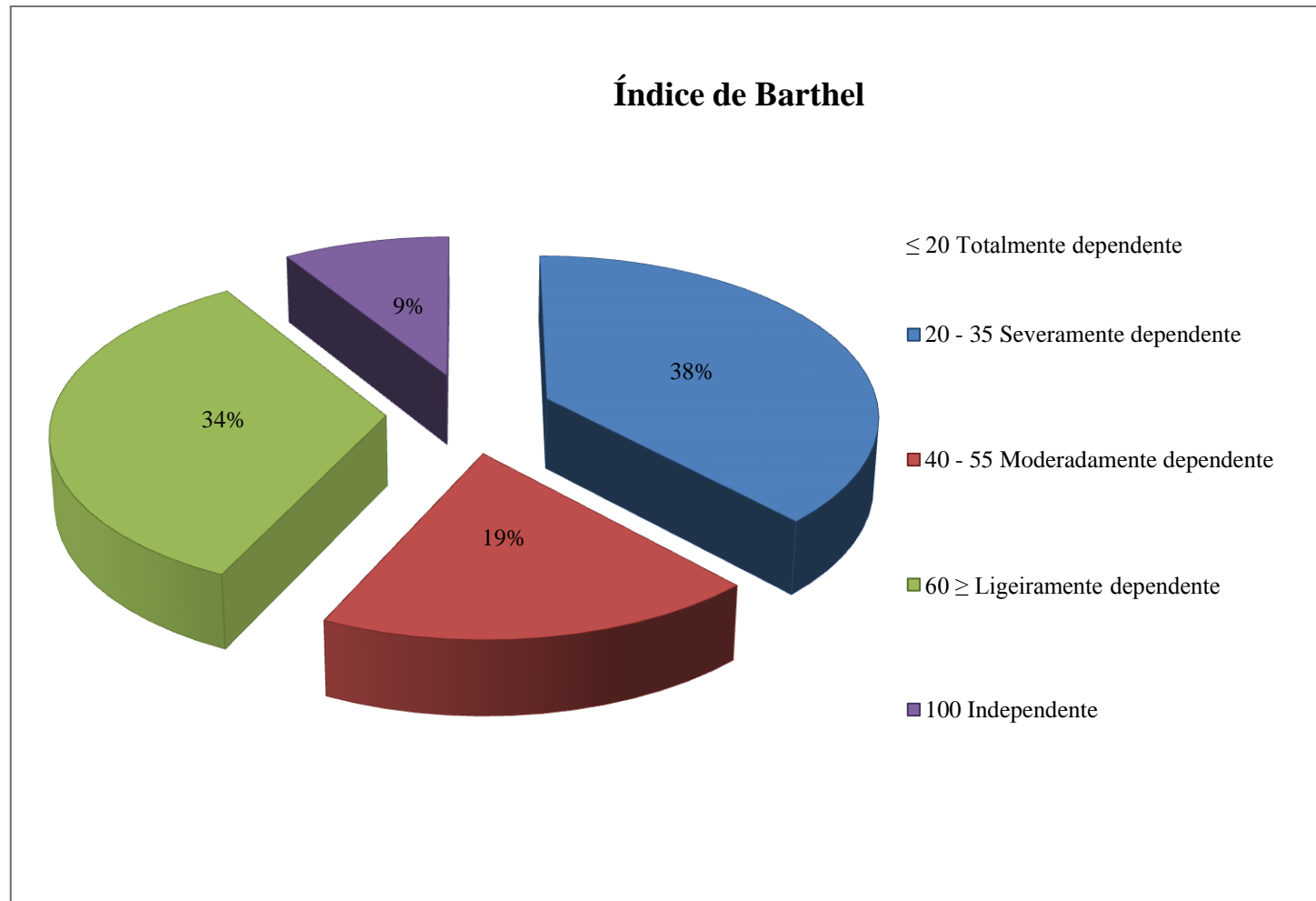
≥60 Ligeiramente dependente

100 Independente

## **Anexo V**

Gráfico 1 relativo às monitorizações segundo Índice de Barthel - Percentagem da dependência nas AVD

**Gráfico 1 - Percentagem da dependência nas AVD**



# **Anexo VI**

Escala de Braden

LAR NOSSA SENHORA DA MISERICÓRDIA

Rua da Diamantina, 67, 4350-145, Porto Telefone 225420500

Nome do cliente: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

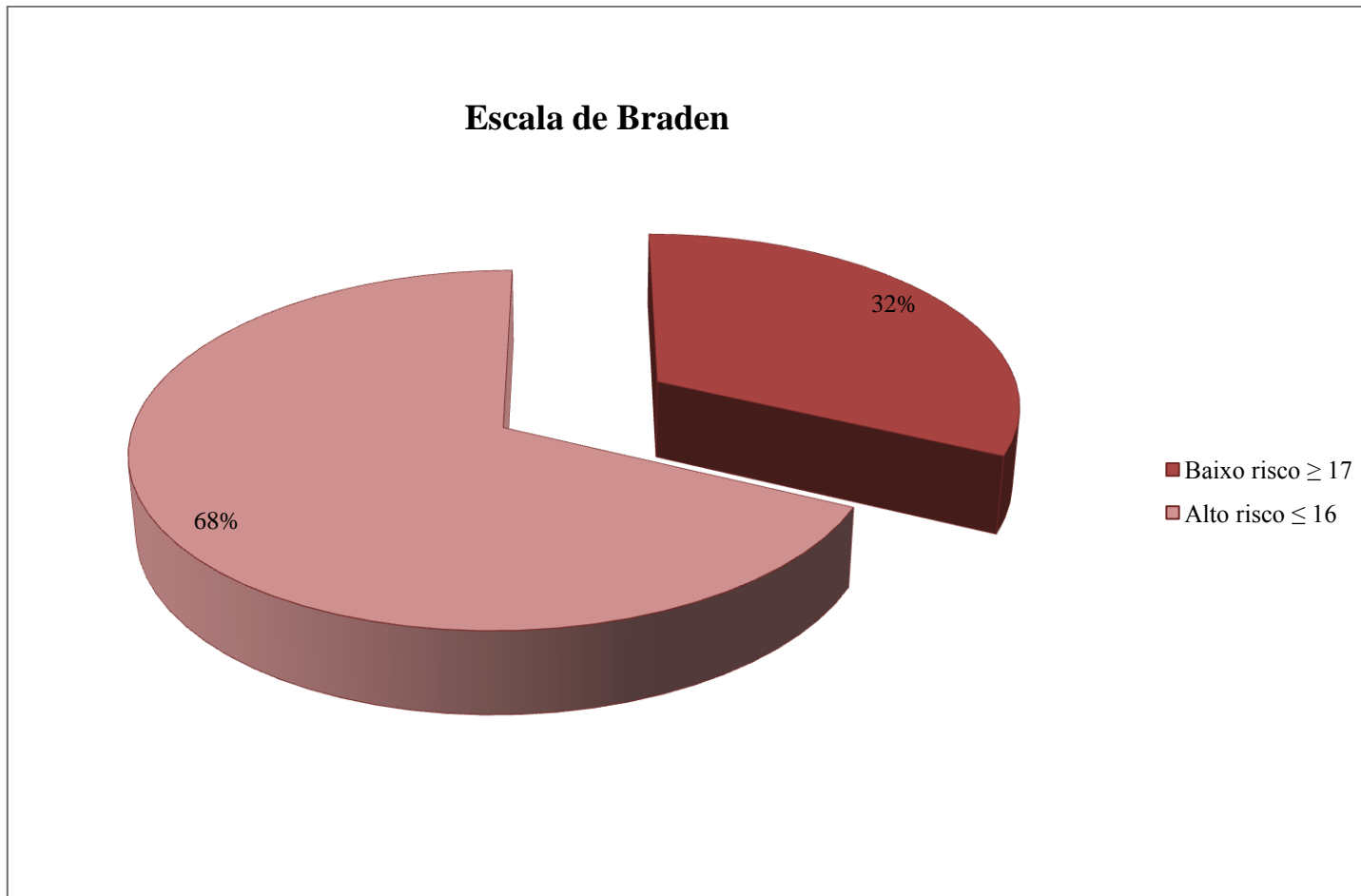
Escala de Braden	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	4 Pontos	Pontuação
<b>Perceção sensorial</b> Capacidade de reação significativa ao desconforto	<b>Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,  OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação,  OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,  OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
<b>Atividade</b> Nível de atividade física	<b>Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido  OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	<b>Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético  OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,  OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		
				<b>Total</b>	

Avaliação: Alto risco  $\leq 16$ ; Baixo risco  $\geq 17$

## **Anexo VII**

Gráfico 2 referente às monitorizações segundo a Escala de Braden- Percentagem do  
risco

**Gráfico 2 - Percentagem do risco**



## **Anexo VIII**

Despacho Normativo nº 12/98, de 25 de fevereiro de 1998

**MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE**

**Despacho Normativo nº12/98**

O XIII Governo Constitucional incluiu nas suas preocupações a melhoria do bem-estar da população, com prioridade para as pessoas que se encontram em dificuldade económica e social ou as que, pelas suas características físicas ou situação social, sejam especialmente vulneráveis.

Neste contexto, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de maio, que reformulou o regime de licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos e serviços de apoio social, do âmbito da segurança social, e determinou, nos termos do seu artigo 46º, a criação de normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos estabelecimentos, nas suas diversas valências.

Assim, através do presente despacho, estabelecem-se as condições a que devem obedecer a instalação e o funcionamento dos lares para idosos, tendo-se em consideração que o exercício de uma atividade desta natureza deve ser propiciador de um ambiente de convívio e de participação gerador de bem-estar social e de uma vivência saudável nos estabelecimentos.

Nestes termos, e ao abrigo do artigo 46º do Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de maio, determina-se o seguinte:

1 — São aprovadas as normas que regulam as condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos, abrangidas pelo Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de maio, que fazem parte integrante do presente despacho.

2 — O presente despacho entra em vigor no prazo de 30 dias após a sua publicação.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 13 de janeiro de 1998. — O Secretário de Estado da Inserção Social, *Rui António Ferreira da Cunha*.

# **NORMAS REGULADORAS DAS CONDIÇÕES DE INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS LARES PARA IDOSOS**

## **Norma I**

### **Definição**

Para efeitos do presente diploma, considera-se lar para idosos o estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

## **Norma II**

### **Objetivos dos lares**

São objetivos específicos dos lares para idosos:

- a)* Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- b)* Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- c)* Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar;
- d)* Potenciar a integração social.

## **Norma III**

### **Condições gerais de funcionamento**

1 — A concretização dos objetivos referidos na norma II exige que o funcionamento do lar deva garantir e proporcionar ao idoso:

- a)* A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;
- b)* Uma alimentação adequada, atendendo, na medida do possível, a hábitos alimentares e gostos pessoais e cumprindo as prescrições médicas;
- c)* Uma qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada idoso;

*d)* A realização de atividades de animação sócio-cultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;

*e)* Um ambiente calmo, confortável e humanizado;

*f)* Os serviços domésticos necessários ao bem-estar do idoso e destinados, nomeadamente, à higiene do ambiente, ao serviço de refeições e ao tratamento de roupas.

2 — O funcionamento do lar deve fomentar:

*a)* A convivência social, através do relacionamento entre os idosos e destes com os familiares e amigos, com o pessoal do lar e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;

*b)* A participação dos familiares, ou pessoa responsável pelo internamento, no apoio ao idoso, sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo do residente.

3 — O lar deve ainda permitir a assistência religiosa, sempre que o idoso a solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares.

#### Norma IV

#### **Capacidade**

A capacidade dos lares não deve ser inferior a 4 pessoas nem superior a 40 e, em casos excecionais, devidamente justificados e avaliados, poderá ir até 60.

#### Norma V

#### **Regulamento interno dos estabelecimentos**

1 — Cada estabelecimento é obrigado a possuir um regulamento interno, donde constem, designadamente, os elementos seguintes:

*a)* As condições de admissão dos idosos no lar;

*b)* Os serviços a que o utente tem especificamente direito, nomeadamente médicos e de enfermagem, incluídos no preçário;

*c)* As condições de acesso a outros serviços não incluídos na mensalidade;

*d)* Os horários das refeições, das visitas e das entradas e saídas dos utentes;

*e)* As demais regras de funcionamento do lar.

2 — A disciplina do funcionamento do lar deve assegurar aos utentes a maior liberdade de movimentação interna e externa, compatível com as suas capacidades.

3 — No regulamento deve ficar estabelecido que os utentes poderão dirigir reclamações ao diretor técnico ou à pessoa responsável do lar.

4 — No ato de admissão deve ser dado um exemplar do regulamento a cada utente e, se for caso disso, ao familiar acompanhante.

#### Norma VI

##### **Afixação de documentos**

Os proprietários ou titulares dos estabelecimentos são obrigados a afixar, em local bem visível do público, os seguintes documentos:

- a) Alvará ou autorização provisória de funcionamento;
- b) Mapa de pessoal e respetivos horários, de harmonia com a legislação aplicável;
- c) Nome do diretor técnico do estabelecimento;
- d) Horário de funcionamento do estabelecimento;
- e) Regulamento interno;
- f) Mapa de ementas;
- g) Plano de atividades de animação social, cultural e recreativa;
- h) Preçário, com indicação dos valores mínimos e máximos praticados.

#### Norma VII

##### **Contratos a celebrar com os utentes**

Devem ser celebrados, por escrito, contratos de alojamento e prestação de serviço com os utentes ou seus familiares, donde constem os principais direitos e obrigações de ambas as partes.

#### Norma VIII

##### **Registo individual**

1 — Cada estabelecimento deve possuir um livro de registo de admissão dos utentes, atualizado, donde constem o nome, a idade, a data de entrada, a data de saída e o motivo desta.

2 — Cada estabelecimento deve elaborar uma ficha para cada utente, donde constem os dados seguintes:

- a) Identificação, com nome, data de nascimento, estado civil e nacionalidade;
- b) Nome, endereço e telefone de familiar ou de outra pessoa a contactar em caso de necessidade;
- c) Indicação do médico assistente, com nome, morada e telefone;
- d) Outras informações consideradas com interesse.

#### Norma IX

### **Alimentação**

1 — A alimentação deve ser variada, bem confeccionada e adequada à idade e ao estado de saúde dos utentes.

2 — A existência de dietas especiais terá lugar em caso de prescrição médica e a respetiva lista deve ser afixada junto à cozinha.

3 — As ementas devem ser afixadas pelo menos semanalmente, em local bem visível, por forma a poderem ser consultadas pelos utentes e familiares.

#### Norma X

### **Higiene e cuidados de saúde**

1 — Devem ser proporcionados aos utentes os cuidados fundamentais que assegurem uma higiene pessoal adequada.

2 — Devem ser asseguradas as condições necessárias à prestação de cuidados de saúde, clínicos e de enfermagem, podendo os utentes chamar o seu médico assistente sempre que o desejem.

3 — Quando a situação clínica do idoso o justifique, deve ser-lhe proporcionado o acesso a cuidados especiais de saúde.

4 — Deve existir um processo individual de saúde para cada utente, o qual só poderá ser consultado e atualizado pelo pessoal médico e de enfermagem, podendo ainda ser consultado pelos familiares ou representantes do idoso, de acordo com o critério do médico.

5 — No ato de admissão do idoso pode ser exigido um atestado comprovativo de que não sofre de doença infetocontagioso ou mental aguda e, quando exista um passado clínico, um relatório médico.

## Norma XI

### **Direção técnica**

1 — A direção técnica do lar deve ser assegurada por um elemento com formação técnica e académica adequada, de preferência na área das ciências sociais e humanas.

2 — Ao diretor compete, em geral, dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, e em especial:

- a) Promover reuniões técnicas com o pessoal;
- b) Promover reuniões com os utentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver;
- c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa;
- d) Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais, recreativas e ocupacionais dos idosos.

3 — As funções do diretor técnico podem ser exercidas a meio tempo, quando a capacidade do estabelecimento for inferior a 30 utentes.

4 — Quando a capacidade dos lares for inferior a 15 utentes, o diretor técnico poderá ter um horário semanal variável, mas deve assegurar, no mínimo, uma permanência diária de três horas no estabelecimento.

## Norma XII

### **Indicadores de pessoal**

1 — Para assegurar níveis adequados de qualidade no funcionamento do lar é necessário o seguinte pessoal:

- a) Um animador social em regime de tempo parcial;
- b) Um enfermeiro por cada 40 utentes;
- c) Um ajudante de lar por cada 8 idosos;

d) Um encarregado de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 idosos;

e) Um cozinheiro por estabelecimento;

f) Um ajudante de cozinheiro por cada 20 idosos;

g) Um empregado auxiliar por cada 20 idosos.

2 — Independentemente do pessoal da alínea c) do n.º 1, deverá ser assegurada a permanência de um ajudante de lar para vigilância noturna por cada 20 idosos.

3 — Sempre que o estabelecimento acolha idosos em situação de grande dependência, as unidades de pessoal de enfermagem, ajudante de lar e auxiliar serão as seguintes:

a) Um enfermeiro por cada 20 idosos;

b) Um ajudante de lar por cada 5 idosos;

c) Um empregado auxiliar por cada 15 idosos.

4 — Os indicadores referidos nos números anteriores podem ser adaptados, com a necessária flexibilidade, em função das características gerais, quer de instalação, quer de funcionamento, quer do número de utentes de cada estabelecimento, sem prejuízo de ser em número suficiente para assegurar os cuidados necessários aos utentes nas vinte e quatro horas.

### Norma XIII

#### **Admissão e gestão de pessoal**

1 — O pessoal auxiliar deve ser recrutado com a idade mínima de 18 anos e possuir a escolaridade mínima obrigatória.

2 — O pessoal técnico e auxiliar dos estabelecimentos deve ter formação adequada, devendo-lhe ser proporcionado e facultado o acesso à frequência de ações de formação.

3 — O pessoal deve ser sujeito a observação médica, no mínimo, uma vez por ano, obtendo dessa informação médica documento comprovativo do seu estado de saúde.

## Norma XIV

### **Condições de implantação**

1 — O lar, seja qual for o modelo de instalação, deve estar inserido na comunidade de modo a permitir a integração social das pessoas idosas.

2 — O local de implantação do edifício deve ser servido por transportes públicos e deve ser de fácil acesso a viaturas.

3 — O edifício deve situar-se em zona que possua infraestruturas de saneamento básico, com ligação à linha de energia elétrica, água e telefone.

4 — O edifício deve ser implantado em zona com boa salubridade, longe de estruturas ou infraestruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiro, fumos ou outros poluentes considerados perigosos para a saúde pública e que perturbem ou interfiram no quotidiano dos utilizadores do lar.

## Norma XV

### **Acessos ao edifício**

1 — Em edifícios de raiz, é obrigatório prever o estacionamento de viaturas, em número adequado aos fins do estabelecimento, à sua dimensão e ao número de utilizadores, conforme regulamentos camarários em vigor.

2 — Em edifícios a remodelar ou adaptar para lar, caso não haja área ou zona prevista para estacionamento, devem ser reservados espaços da via pública, no mínimo de um, perto da entrada do edifício, que sirvam a ambulâncias, cargas e descargas e ainda aos utilizadores, quando necessário.

3 — Sempre que possível deve ser considerada uma área não construída envolvente ao edifício, para o desenvolvimento de atividades e para o lazer dos idosos, e ainda para possibilitar o resguardo do edifício em relação à via pública.

4 — Em edifícios de raiz a remodelar ou adaptar para lar devem ser previstos, pelos menos, os seguintes acessos ao edifício:

*a)* O acesso principal, que serve aos idosos, ao pessoal técnico e administrativo e ainda a visitas;

*b)* O acesso secundário, que serve ao pessoal em serviço na cozinha e na lavandaria e permite o acesso a viaturas para as cargas e descargas e recolha de lixo. O acesso secundário, quando serve para a recolha de lixo e para as cargas e descargas, implica

que no interior do edifício haja compartimentação própria para ambas as funções, sem atravessamentos de circulações.

## Norma XVI

### **Edifício**

1 — O lar deve funcionar de preferência em edifício autónomo.

2 — A conceção do edifício que serve de suporte ao lar deve obedecer aos seguintes requisitos:

- a)* Permitir a adaptação e a polivalência dos espaços que o compõem;
- b)* Introduzir novos materiais de compartimentação e de revestimento no interior do edifício que permitam a fácil adaptação às necessidades, em oposição à dificuldade dos materiais tradicionais, pouco maleáveis;
- c)* Conceber instalações elétricas, mecânicas, de aquecimento, de águas e esgotos de fácil manutenção.

3 — O edifício onde irá funcionar o lar deve obedecer ainda à legislação aplicável, designadamente quanto a edificações urbanas, segurança e higiene no trabalho, segurança contra incêndios, licenciamento de obras particulares, acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada, segurança de instalações de utilização de energia elétrica e segurança de instalações coletivas em edifícios e entradas, segurança de postos de transformação e seccionamento, instalações telefónicas de assinantes, betão armado e pré-esforçado e canalizações de águas e esgotos.

## Norma XVII

### **Estrutura orgânica**

1 — O lar é composto por áreas funcionais que constituem a estrutura orgânica do edifício, entendendo-se por áreas funcionais o conjunto de compartimentos e espaços necessários para realizar determinadas funções específicas, devidamente articuladas entre si, por forma a possibilitar o bom funcionamento do lar.

2 — As áreas funcionais a prever são:

- a)* Área de acesso;
- b)* Área de direção e dos serviços administrativos;
- c)* Área das instalações para o pessoal;

- d) Área de convívio e de atividades;
- e) Área de refeições;
- f) Área de serviços;
- g) Área de quartos;
- h) Área de serviços de saúde;
- i) Área de serviços de apoio.

3 — A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades no estabelecimento e o seu dimensionamento, bem como as condições a observar nos projetos de especialidades, estão sintetizados e sistematizados nas fichas constantes do anexo I ao presente despacho e que dele faz parte integrante.

### Norma XVIII

#### **Adequação dos estabelecimentos existentes**

1 — Os estabelecimentos em funcionamento à data da publicação do presente diploma, ainda que detentores de alvará, que não reúnam os requisitos exigidos pelas normas anteriores devem adequar-se às condições mínimas referidas no anexo II ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

2 — Quando existam alojamentos para idosos em edifícios anexos ao edifício principal do lar e sem corredor de ligação interna, estes só são permitidos desde que:

- a) Seja prevista uma ligação ao edifício principal, coberta e fechada;
- b) Possuam as seguintes dependências: quartos, instalações sanitárias, sala de estar e de ocupação e pequena copa para preparação de refeições ligeiras, com as áreas mínimas constantes do anexo II;
- c) Possibilitem a assistência do pessoal de serviço através de um elemento presente ou de um sistema elétrico de chamada a partir de cada cama.

### Norma XIX

#### **Processo de adequação**

1 — Os proprietários dos estabelecimentos a que se refere a norma anterior devem apresentar no centro regional competente, no prazo de 90 dias a contar da entrada em vigor do presente diploma, um plano de adequação do estabelecimento, donde constem, nomeadamente:

- a) Projeto de obras de adaptação;
- b) Indicação do prazo estimado para o início e conclusão das obras;
- c) Medidas ou diligências a desenvolver para a concretização do plano.

2 — O plano de adequação de estabelecimento que não se encontre licenciado deve acompanhar o requerimento de concessão de alvará.

3 — O centro regional profere a sua decisão no prazo de 90 dias a contar da apresentação do plano de adequação.

4 — O prazo máximo para a concretização do plano de adequação será de um ano a contar da data da notificação da aprovação por parte do centro regional, podendo ser prorrogado por igual período desde que as adequações a realizar não possam justificadamente ser concluídas naquele prazo.

## ANEXO I

### **Constituição das áreas funcionais e projeto de especialidades**

#### **Ficha 1 — Área de acesso — Átrio**

Inclui espaços destinados à receção, espera e estar.

Deve ser ampla e fazer o encaminhamento para os diversos acessos horizontais e verticais do edifício.

Esta área funcional depende diretamente da dimensão do edifício.

O átrio deve possuir uma área útil mínima de 9 m<sup>2</sup>.

#### **Ficha 2 — Área da direção e serviços administrativos**

Inclui espaços para a direção do estabelecimento e para os serviços administrativos.

As áreas úteis mínimas admitidas são:

- a) Gabinete do diretor — 10 m<sup>2</sup>;
- b) Sala de reuniões — 10 m<sup>2</sup>;
- c) Gabinetes administrativos — 10 m<sup>2</sup>, com uma área útil mínima por posto de trabalho de 2 m<sup>2</sup>;
- d) Instalação sanitária — 3 m<sup>2</sup>.

### **Ficha 3 — Área das instalações para o pessoal**

1 — Estas instalações serão localizadas onde melhor se considerar, desde que assegurem o fácil acesso aos funcionários e não impliquem atravessamentos de circulações com outras áreas funcionais distintas.

As áreas úteis mínimas admitidas são:

- a) Sala do pessoal — 10 m<sup>2</sup>;
- b) Instalação sanitária — 3 m<sup>2</sup>;
- c) Deve ser considerada uma área de 3,50 m<sup>2</sup> para a instalação sanitária, com o equipamento sanitário completo, incluindo base de duche, sempre que não existam as instalações previstas no n.º 2.

2 — Devem ser incluídas instalações para o pessoal em funções na zona de serviços sempre que o lar tenha uma capacidade superior a 15 idosos.

Estas devem localizar-se perto da cozinha e da lavandaria.

As áreas úteis mínimas admitidas são:

- a) Vestiário, zona de descanso — 6 m<sup>2</sup>;
- b) Instalação sanitária, com duche — 3,50 m<sup>2</sup>.

### **Ficha 4 — Área de convívio e de atividades**

1 — Destina-se ao convívio, lazer e desempenho de atividades a desenvolver pelos idosos.

2 — Para atividades específicas, deve o compartimento estar apto ao uso de utensílios de trabalho, conforme o caso, bem como ter as condições ambientais, de iluminação e de conforto necessárias.

3 — A área dos compartimentos deve ser adequada às suas funções.

4 — Os compartimentos destinados a salas de estar e convívio não devem ter grandes dimensões, de modo a garantir espaços confortáveis.

5 — As áreas mínimas admitidas são:

- a) Sala de estar — 15 m<sup>2</sup>, devendo ser considerado um mínimo de 2,50 m<sup>2</sup> por pessoa;
- b) Instalação sanitária (2 m×1,5 m) — 3 m<sup>2</sup>; o equipamento a considerar é de lavatório, apoiado sobre poleias e sanita;
- c) Instalação sanitária (2,2 m×2,2 m) — 4,84 m<sup>2</sup>;

- d)* As áreas indicadas nas alíneas *b)* e *c)* aplicam-se no caso de o lar ter capacidade igual ou inferior a 15 utilizadores;
- e)* Para capacidades superiores deve ser considerada uma cabina com sanita por cada 10 utilizadores e um lavatório para cada 10 utilizadores;
- f)* As instalações sanitárias devem ser separadas por sexo;
- g)* Uma delas deve ser totalmente acessível, conforme expresso na alínea *c)*;
- h)* As portas das cabinas ou das instalações sanitárias devem abrir para o exterior do compartimento;
- i)* Os puxadores das portas devem ser de manípulo, e as fechaduras devem permitir a abertura pelo interior e exterior do compartimento.

### **Ficha 5 — Área de refeições**

1 — A sala de refeições não deve ter grandes dimensões e deve ser concebida por zonas.

Caso o número de utentes seja superior a 20, devem ser projetadas zonas de refeição, sendo a área total necessária deste compartimento subdividida em pequenos espaços por qualquer tipo de paramento amovível ou equipamento móvel.

2 — As áreas úteis mínimas admitidas são:

- a)* Sala de refeições — 20 m<sup>2</sup>, devendo ser considerados 2,50 m<sup>2</sup> por pessoa;
- b)* Instalações sanitárias (uma) (2 m×1,5 m) — 3 m<sup>2</sup>; o equipamento a considerar é de lavatório apoiado sobre poleias e sanita;
- c)* Instalação sanitária (2,2 m×2,2 m) — 4,84 m<sup>2</sup>;
- d)* Em lares com capacidade inferior ou igual a 15 utilizadores, são dispensáveis as instalações sanitárias referidas nas alíneas *b)* e *c)* desde que cumpridos os requisitos expressos na ficha 4, n.º 5, alíneas *b)* e *c)*, e desde que a sala de refeições e salas de convívio e de atividades sejam anexas, havendo um bloco sanitário de apoio, comum a todas as salas.

### **Ficha 6 — Área de serviços**

1 — Cozinha/copa:

- a)* Deve situar-se junto da sala de refeições;

- b)* Deve ser constituída por quatro zonas distintas: preparação dos alimentos, confeção, lavagem, arrumos dos utensílios e copa de distribuição dos alimentos;
- c)* Como anexos à cozinha devem ser previstas a despensa de dia, arrumos para produtos de limpeza ou químicos, arrumos para vasilhame e ainda depósito de lixo;
- d)* Deve ser dimensionada para o número de utilizadores do lar e objeto de projeto específico para a instalação dos equipamentos de trabalho, fixos e móveis, bem como dos aparelhos e máquinas necessários, sempre que a capacidade de utilizadores seja superior a 15;
- e)* Pode dispensar-se a cozinha, caso se proceda à confeção de alimentos no exterior do edifício. Contudo, e consoante o sistema a prever, devem ser concebidos os espaços necessários para proceder à receção das refeições, ao seu armazenamento, ao aquecimento e à distribuição, em condições de higiene e de bom funcionamento.

1.1 — Áreas úteis mínimas admitidas:

- a)* Cozinha — 10 m<sup>2</sup>;
- b)* Despensa de dia, arrumos 6 m<sup>2</sup> (esta área pode ser subdividida);
- c)* Compartimento para o lixo — 1,50 m<sup>2</sup>.

2 — Lavandaria:

- a)* Deve ser composta por cinco zonas distintas: lavagem, secagem, engomadoria, arrumos e expediente. Há a considerar também um estendal exterior;
- b)* Deve ser considerada a área de 1 m<sup>2</sup> por cama, até 20 camas, e, em número superior, 0,80 m<sup>2</sup> por cama;
- c)* A área útil mínima admitida é de 12 m<sup>2</sup>;
- d)* Pode ser dispensada a lavandaria, caso se proceda à lavagem e ao tratamento da roupa no exterior do lar.

Contudo, devem ser assegurados os espaços ou compartimentos necessários para proceder ao envio e à receção da roupa, depósito, separação e expediente em boas condições de higiene e de funcionamento.

## **Ficha 7 — Área de quartos**

1 — Deve constituir uma zona de acesso restrito.

2 — Os quartos são agrupados por núcleos de 10 unidades, no máximo.

2.1 — Cada unidade dispõe de uma sala de estar com uma pequena copa, para uso dos utilizadores, e também de uma rouparia comum (roupa de cama, atalhados, etc.).

- 2.2 — Os quartos são individuais, duplos ou de casal.
- 2.3 — O lar deve incluir 50% de quartos individuais.
- 2.4 — Todos os quartos devem permitir o acesso e a circulação em cadeira de rodas.
- 2.5 — Nos quartos duplos e de casal, um dos utilizadores deve ter acessibilidade total.
- 2.6 — Áreas úteis mínimas dos quartos, sala de estar e rouparia:
- a) Quarto individual — 10 m<sup>2</sup>;
  - b) Quarto de casal — 15 m<sup>2</sup>;
  - c) Quarto duplo — 16 m<sup>2</sup>;
  - d) Sala de estar com copa — 12 m<sup>2</sup>, devendo ser considerados 2 m<sup>2</sup> por pessoa;
  - e) Rouparia — 3 m<sup>2</sup>.
- 3 — Instalações sanitárias dos quartos.
- 3.1 — Todos os quartos têm instalação sanitária própria, com acesso privado.
- 3.2 — As instalações sanitárias devem ser totalmente acessíveis e permitir a circulação interior em cadeira de rodas.
- 3.3 — O equipamento a instalar será de sanita, bidé, lavatório apoiado sobre poleias e duche no pavimento. Na área destinada ao duche no pavimento (1,5 m×1,5 m) deve ser instalado um sistema que permita tanto o posicionamento como o rebatimento de um banco para o banho de ajuda. Este tipo de instalação sanitária permite o banho ajudado, caso seja necessário.
- 3.4 — Cada piso deve possuir uma instalação sanitária completa, com banho de ajuda. Para lares com capacidade igual ou inferior a 15 idosos pode ser dispensada esta instalação sanitária, desde que observados os requisitos constantes dos n.º 3.1 a 3.3.
- 3.5 — Por piso, é instalada uma zona de sujos, com pia de despejos hospitalares, para que possibilite o devido tratamento a pessoas acamadas.
- 3.6 — Áreas úteis mínimas admitidas:
- a) Instalação sanitária (2,15 m×2,1 m) — 4,50 m<sup>2</sup>;
  - b) Instalação sanitária com ajuda — 10 m<sup>2</sup>;
  - c) Zona de sujos — 3 m<sup>2</sup>.

### **Ficha 8 — Área de saúde**

- 1 — O gabinete de saúde deve permitir o atendimento das pessoas, espaço de trabalho para médico ou enfermeira e espaço para uma cama articulada ou duas macas.
- 2 — Do equipamento fixo deve constar um lavatório.

3 — Anexo ao gabinete de saúde deve ser prevista uma instalação sanitária.

4 — Áreas úteis mínimas admitidas:

a) Gabinete de saúde — 12 m<sup>2</sup>;

b) Instalação sanitária, com duche — 3,50 m<sup>2</sup>.

### **Ficha 9 — Arrecadações gerais**

Devem ser previstas, no mínimo, duas arrecadações, uma para o armazenamento de géneros alimentares, outra para material de limpeza, arrecadação geral de material e de equipamento, sem prejuízo de outras conforme a dimensão e as especificações técnicas de funcionamento do edifício.

### **Ficha 10 — Mobiliário**

1 — O mobiliário do lar deve ser, em geral, idêntico ao de qualquer habitação, por forma a conseguir-se um ambiente próximo do familiar.

2 — O referido mobiliário deve atender, em especial, às seguintes características:

a) As camas devem ser individuais, devendo existir camas articuladas na percentagem mínima de 30% da totalidade de camas existentes;

b) Devem existir mesas de refeições próprias para apoio às camas articuladas na mesma proporção destas;

c) Os quartos devem ser ainda equipados com armários-roupieiros com espelho e mesas de cabeceira individuais;

d) A dimensão das camas é a standardizada e devem ser colocadas de topo em relação a uma das paredes;

e) Nos quartos de casal a distância entre um dos lados da cama e a parede é, no mínimo, de 0,9 m e do outro lado deverá ser prevista uma área livre de 2,25 m<sup>2</sup>, devendo inscrever-se nela uma circunferência de 1,5 m de diâmetro;

f) Nos quartos duplos o distanciamento entre as camas deve ser, no mínimo, de 0,9 m, devendo ser considerado um espaço mínimo de 0,6 m entre uma das camas e a parede lateral e uma área livre de 2,25 m<sup>2</sup> (correspondente a uma circunferência de 1,5 m de diâmetro) entre a outra cama e a parede lateral;

g) Em todos os quartos, no topo livre das camas, deve prever-se espaço de circulação com 1 m de largura, no mínimo.

### **Ficha 11 — Pavimentos e paredes**

Nos revestimentos de pavimentos e paredes deve observar-se o seguinte:

- a) O revestimento dos pavimentos deve ser liso, nivelado, com materiais antiderrapantes e não inflamáveis, facilmente lavável e de duração razoável;
- b) As paredes, de cores claras, devem constituir superfícies regulares, sem excessiva rugosidade, apresentar boa resistência aos choques, em especial nas zonas de uso coletivo, e ser facilmente laváveis;
- c) As paredes da cozinha e instalações sanitárias devem ser revestidas de azulejo ou outro material similar pelo menos até 1,5 m de altura;
- d) No caso de utilização de materiais, produtos ou sistemas de construção não tradicionais, estes devem ser objeto de homologação pelo Laboratório Nacional de Engenharia Civil;
- e) No caso de utilização de materiais, produtos ou sistemas construtivos tradicionais, estes devem ser objeto de certificação por parte do Instituto Português da Qualidade ou outros organismos considerados idóneos e que produzam normas de qualidade ou de certificação;
- f) Os materiais considerados tradicionais são os previstos no artigo 17º do Regulamento Geral das Edificações Urbanas.

### **Ficha 12 — Instalações elétricas**

1 — Princípios gerais:

1.1 — Sempre que possível, as canalizações elétricas devem ser embebidas, para não acumularem sujidade.

1.2 — No dimensionamento dos condutores e dos tubos devem ser tomados em consideração as quedas de tensão admissíveis, as correntes máximas admissíveis em regime permanente e o eventual aumento de consumo.

1.3 — Para cada canalização e respetiva aparelhagem devem ser indicadas as classes de proteção e a classificação dos locais por ela servidos.

## 2 — Alimentação de energia:

2.1 — A alimentação de energia deve ser preferencialmente em baixa tensão.

2.2 — Caso seja necessária a instalação de um posto de transformação, deve ser analisada com a distribuidora a hipótese de o mesmo ser instalado em regime participativo.

## 3 — Instalações de utilização:

### 3.1 — Quadros elétricos:

a) Para a alimentação das várias instalações deve ser considerado um quadro geral, onde eventualmente será feita a contagem de energia, e os quadros secundários, subsidiários deste, que a organização dos espaços venha a impor;

b) Os quadros devem ser do tipo capsulado com porta e chave, tendo, no entanto, um acesso de emergência ao seu corte geral através de um visor em material quebrável ou solução equivalente;

c) O dimensionamento dos quadros deve contemplar sempre algumas reservas que permitam uma posterior ampliação das instalações;

d) No dimensionamento dos quadros devem ser tidos em atenção os efeitos térmicos e eletromagnéticos da corrente de curto-circuito calculada para a alimentação de cada quadro, pelo que deverá ser definido o poder de corte de aparelhagem;

e) O quadro geral deve ser localizado junto de uma das entradas do edifício e de acordo com a concessionária;

f) De acordo com a concessionária, devem ser definidos os espaços para o bloco de contagem;

g) A localização dos quadros elétricos terá em conta a separação regulamentar entre os contadores de eletricidade, água e gás;

h) Os esquemas dos quadros devem indicar, de circuito a circuito, o calibre de proteção, o calibre de canalização e a identificação inequívoca das áreas alimentadas por essa canalização.

### 3.2 — Iluminação:

a) A iluminação deve ser difusa e conduzir a um nível luminoso compreendido entre 150 lx e 250 lx em todas as áreas, exceto naquelas em que se desenvolvam atividades específicas que exijam níveis de iluminação compatíveis com as mesmas;

b) Nos quartos, salas de estar, circulações e instalações sanitárias deve ser previsto um nível de iluminação de 100 lx a 150 lx, no mínimo;

- c) Nas áreas de trabalho, nomeadamente direção, administrativos, salas de trabalho, salas de atividades, cozinha, lavandaria e outras, deve ser previsto um nível luminoso de 300 lx, no mínimo;
- d) Os níveis luminosos indicados podem ser obtidos à custa de uma iluminação geral ou à custa de uma iluminação geral conjugada com uma iluminação localizada sobre os «planos de trabalho», tendo neste caso em atenção que a iluminação geral não deve ter um nível inferior a um terço de iluminação sobre os «planos de trabalho»;
- e) O tipo de iluminação ideal é obtido com lâmpadas de incandescência. No entanto, e porque o rendimento destas lâmpadas é baixo, pode encarar-se a hipótese de iluminação fluorescente, desde que seja considerada a correção do efeito estroboscópico e sejam utilizadas lâmpadas com uma temperatura de cor da ordem de 93% das características apresentadas pelas lâmpadas incandescentes;
- f) Se optar por iluminação fluorescente deve haver o cuidado de compensar o fator de potência da mesma, a fim de não sobrecarregar os circuitos de iluminação. As lâmpadas a utilizar deverão ter uma temperatura de cor da ordem dos 2650 K e um índice de restituição de cores da ordem dos 93%;
- g) Os comandos da instalação de iluminação devem permitir, sempre que possível, mais de um nível luminoso e serão montados à altura dos puxadores das portas;
- h) Nos quartos, junto às camas, deve ainda prever-se uma iluminação local, fixa na parede e com comando independente;
- i) Deve ser prevista uma iluminação de vigília que permita a circulação noturna sem utilização da iluminação normal;
- j) Nos quartos esta iluminação será obtida através de armaduras de luz rasante e montadas perto do pavimento;
- l) Deve ser prevista uma iluminação de emergência que permita a circulação em casos de falha da iluminação normal.

### 3.3 — Tomadas e alimentação de equipamentos:

a) As tomadas para usos gerais devem ser do tipo «schuko 2p+T – 250 V-16 A»;

b) Do número de tomadas a instalar devem ser previstas:

Nos quartos, uma tomada por cama e outra para limpeza;

Nos espaços de circulação, as necessárias para a ligação a aparelhos de limpeza;

Nas salas de estar e de atividades, bem como nos gabinetes, deve ser prevista uma tomada por 4 m<sup>2</sup>;

Na cozinha e na lavanderia, a localização das tomadas deve ter em atenção a dos pontos de água, bem como a altura das bancas e armários e a implantação das máquinas.

Para alimentação dos equipamentos fixos de potência elevada deverão ser consideradas caixas terminais estanques com placa de bornes, a partir das quais se fará a sua ligação. Os circuitos para alimentação destas máquinas serão individualizados a partir do quadro;

Para os circuitos de força motriz serão previstas proteções contra eventuais quedas de tensão.

4 — Sistema de proteção de pessoas contra contactos indirectos:

*a)* O sistema de ligação a adotar deverá ser TT, ou seja, o da ligação das massas à terra, associado com a instalação de aparelhos sensíveis à corrente diferencial residual de média e alta sensibilidade;

*b)* O eléctrodo de terra será dimensionado de modo que a resistência de terra não exceda  $10 \Omega$ ;

*c)* O condutor de ligação ao eléctrodo de terra terá uma secção não inferior à secção dos condutores de fase que alimentam o quadro geral;

*d)* A resistência de isolamento medida a 500 V entre condutores e entre condutores e a terra não deverá ser inferior a  $20 M\Omega$ ;

*e)* Deverá prever-se a possibilidade de rega do eléctrodo de terra.

5 — Sinalização:

*a)* Deverá ser previsto um sistema de sinalização acústica e luminosa que permita o rápido pedido de socorro por parte dos utilizadores;

*b)* Devem ser instalados botões de chamada em todas as dependências ocupadas por idosos, tais como quartos (um por cama), salas e instalações sanitárias;

*c)* Os quadros de alvos correspondentes serão instalados no gabinete de saúde, podendo ser repetidos na secretaria, nas circulações e no gabinete do vigilante ou sala de pessoal;

*d)* Deve ser instalado porteiro eléctrico e simples campainha de chamada respetivamente nas portas principal e de serviços.

6 — Telefones:

*a)* Deve ser prevista, no mínimo, a montagem de telefones em todos os gabinetes de trabalho, no gabinete de saúde, no átrio e ainda um por piso;

b) Estes telefones funcionarão em comutação a partir de um PPCA a instalar na secretaria;

c) Deve ser prevista, no mínimo, a instalação de um telefone público, no átrio.

7 — Sistema de receção de rádio/TV:

a) Deve ser previsto um sistema de receção para AM/FM e para as quatro estações nacionais de televisão;

b) Deve ser garantido em cada tomada um nível de sinal de 60 dBuV a 85 dBuV;

c) Serão consideradas tomadas, no mínimo, no refeitório e nas salas de estar e convívio.

8 — Sistema de deteção de incêndios:

a) Deve ser previsto um sistema de deteção de incêndios, alimentado por uma unidade que permita o seu funcionamento, mesmo na falta de energia elétrica e com ligação à rede de bombeiros mais próxima ou a empresa de segurança;

b) Em situação de incêndio, devem ser cortados todos os sistemas de ventilação mecânica instalados no edifício;

c) Deve prever-se a colocação de extintores adequados na zona dos quartos (um extintor para cada quatro a seis quartos), na sala de refeições, nas salas de estar e de atividades, na cozinha e próximo do depósito de gás.

9 — Proteção contra descargas atmosféricas. — Deve ser prevista a instalação de um para-raios que faça a proteção contra as descargas elétricas.

10 — Sistema de deteção contra intrusão:

a) Deve ser instalado um sistema de deteção contra intrusão se a utilização do edifício o justificar, ou seja, se existir uma grande percentagem de áreas sem ocupação permanente;

b) A central do sistema deverá ser equipada com módulo de ligação à Polícia de Segurança Pública ou à central da empresa de segurança.

### **Ficha 13 — Instalações mecânicas**

1 — Aquecimento:

- a) O sistema a prever deve respeitar o Decreto-Lei n.º 156/92, de 29 de julho (Regulamento da Qualidade dos Sistemas Energéticos de Climatização dos Edifícios);
- b) O sistema de aquecimento deve ser dimensionado de forma a assegurar uma temperatura interior da ordem dos 20º;
- c) O tipo de instalação terá em conta aspetos de ordem financeira, tais como o investimento e a manutenção, mas será preferencialmente do tipo «água quente»;
- d) A central térmica deverá ser dimensionada de modo a produzir também as águas quentes de utilização;
- e) Caso os aparelhos de aquecimento sejam embebidos nas paredes, devem isolar-se os nichos respetivos, de modo a manter-se as características térmicas das respetivas paredes;
- f) Os comandos de instalação e aquecimento não devem ser acessíveis.

## 2 — Ventilação:

- a) Sempre que não seja possível obter por processo natural condições satisfatórias de ventilação natural, será admissível recorrer a sistemas de ventilação mecânica, à exceção de zonas de permanência dos utilizadores ou gabinetes de trabalho;
- b) Nos espaços comuns deve ser previsto um sistema de ventilação;
- c) Na cozinha e lavandaria deve considerar-se uma ventilação mecânica. Afim de compensar as perdas térmicas devidas à extração de ar, deve ser previsto um sistema de termoventilação;
- d) Os sistemas de extração devem funcionar em simultâneo com os sistemas de insuflação.

3 — Rede de gás. — Para alimentação dos sistemas de queima deve ser prevista uma rede de gás de acordo com o Decreto-Lei n.º 262/89, de 17 de agosto, e o manual técnico da Gás de Portugal.

## ANEXO II

### **Adequação dos estabelecimentos em funcionamento**

- a) A área dos quartos individuais não pode ser inferior a 9 m<sup>2</sup>.
- b) Nos quartos comuns, com capacidade máxima de três camas, a área mínima admitida por cama é de 6 m<sup>2</sup>, exceto no caso de camas articuladas, em que deverá ser de 7 m<sup>2</sup>,

recomendando-se, em qualquer dos casos, que a distância entre as camas não seja inferior a 0,9 m.

c) Nas salas de estar e ocupação, a área mínima admitida por utente é de 1,20 m<sup>2</sup>, não podendo a sala ter uma área inferior a 12 m<sup>2</sup>.

d) Na sala de refeições, a área mínima admitida por utente é de 1,20 m<sup>2</sup>, não podendo a sala ter uma área inferior a 12 m<sup>2</sup>.

e) No caso de existir apenas uma sala de estar (ocupação/ refeições), a área mínima admitida será de 2,20 m<sup>2</sup>/utente, não podendo a sala ter uma área inferior a 16 m<sup>2</sup>.

f) O número de peças sanitárias (sanita, bidé, lavatório e duche) deve ser de uma para cada sete utentes.

g) Uma das instalações sanitárias deve ter acessibilidade total (2,2 m×2,2 m).

h) O gabinete de saúde deve ter uma área mínima de 10 m<sup>2</sup> e deve dispor de água corrente e esgotos e ser equipado com o material necessário à prestação de cuidados de saúde.

i) A cozinha, a lavandaria e a rouparia devem respeitar os requisitos previstos na ficha 6

— Área de serviços do anexo I.

## **Anexo IX**

Apresentação Diapositivos sobre o Algoritmo de SAV - Novas *Guidelines* e Plano de Sessão



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

# Algoritmo de SAV – Novas Guidelines

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica

Realizado por:  
Ana Filipa Baltazar  
Carole Ramos



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

## Objetivos:

- Conhecer o Algoritmo Universal de PCR
- Conhecer as Novas Guidelines do SAV



Após confirmação da PCR deve-se:

- Pedir ajuda
- Iniciar SBV – 30:2
- Monitorizar o doente ao desfibrilhador se acessível



Compressões Torácicas:

- 30:2
- Compressões
  - ✓ Porção média do esterno
  - ✓ Depressão de 5-6 cm
  - ✓  $100\text{min}^{-1}$  ( $<120\text{min}^{-1}$ )
- Garantir a qualidade das compressões torácicas
- Minimizar as interrupções e planear as ações



Cont.

- Colocar a base de uma das mãos no centro do tórax da vítima (na metade inferior do esterno)
- Colocar a base da outra mão sobre a primeira
- Entrelaçar os dedos das mãos e assegurar que as compressões não são feitas sobre as costelas da vítima



Cont.

- Braços esticados
- Nenhuma pressão sobre o abdómen superior nem sobre o apêndice xifóide
- Vertical, deprimindo pelo menos 5cm (sem exceder 6cm)



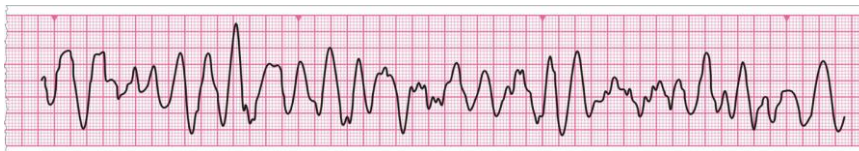
Cont.

- Quando a via aérea estiver assegurada, manter compressões contínuas sem interrupção para ventilar
- Planear a rotação dos reanimadores para
  - ✓ Evitar fadiga dos elementos da equipe
  - ✓ Evitar interrupções



## Ritmos Desfibrilháveis

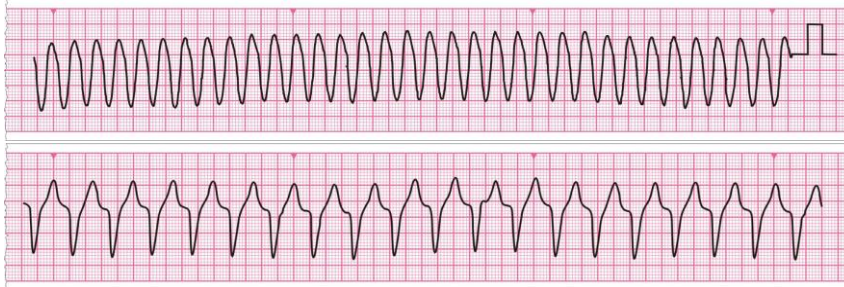
### Fibrilhação Ventricular



- Ondas bizarras e irregulares
- Sem complexos QRS reconhecíveis
- Frequência e amplitude irregulares

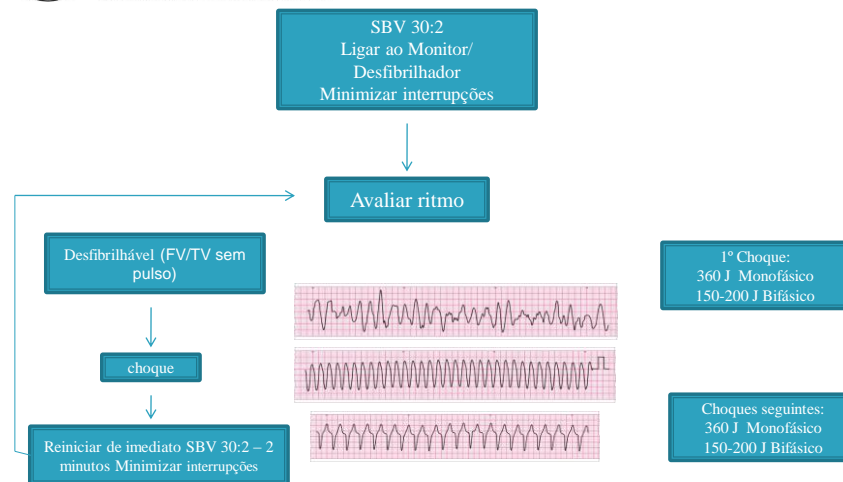


### Taquicardia ventricular sem Pulso



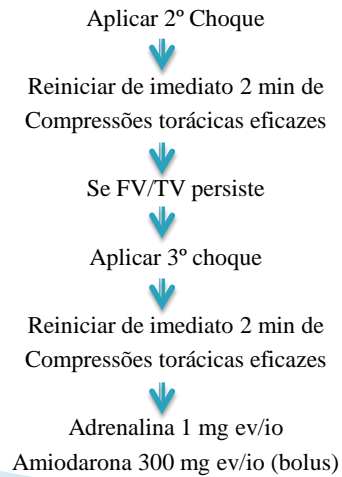
Taquicardia monomórfica

- ✓ Ritmo de complexos largos
- ✓ Frequência Rápida
- ✓ Morfologia do QRS constante





Se FV/TV persiste:



Cont.

- 2º choque e subsequentes
  - ✓ 150 - 200 J bifásico
  - ✓ 360 J monofásico
- Manter compressões enquanto se colocam as pás do desfibrilhador
- Reduzir tempo de pausa para desfibrilhar a <5secs
- Depois do choque retomar as compressões torácicas de imediato
- Administrar fármacos depois de reiniciar as compressões torácicas



**Durante a reanimação:**

- Garantir a qualidade das compressões torácicas e planear as ações antes de interromper SBV
- Assegurar acesso ev/io
- Garantir que os contatos dos eléctrodos estão ligados
- Considerar indicações para:
  - ✓ administrar O<sub>2</sub>
  - ✓ via aérea avançada e capnografia
  - ✓ administrar adrenalina 1mg ev/io 3-5 min amiodarona, magnésio
- Corrigir causas reversíveis



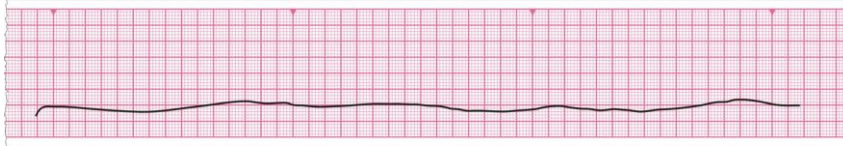
**Situações/causas potencialmente reversíveis**

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| Hipóxia                                    | } | 4 H's |
| Hipovolémia                                |   |       |
| Hipo/hipercalémia & distúrbios metabólicos |   |       |
| Hipotermia                                 |   |       |
| PneumoTórax hiperTensivo                   | } | 4 T's |
| Tamponamento cardíaco                      |   |       |
| Tóxicos                                    |   |       |
| Trombose (coronária ou pulmonar)           |   |       |



## Ritmos não Desfibrilháveis

### Assistolia



- Ausência de atividade ventricular (QRS)
- Pode persistir atividade auricular (onda P)
- Não é uma linha isoelectrica (recta)

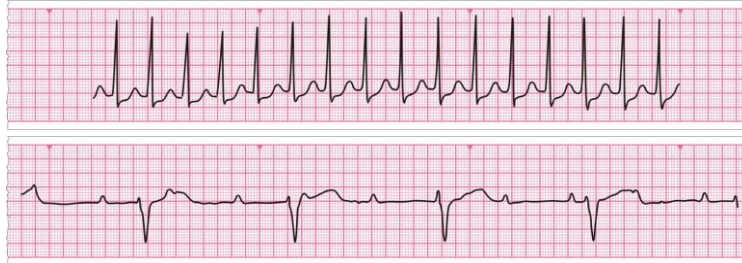


### Cont.

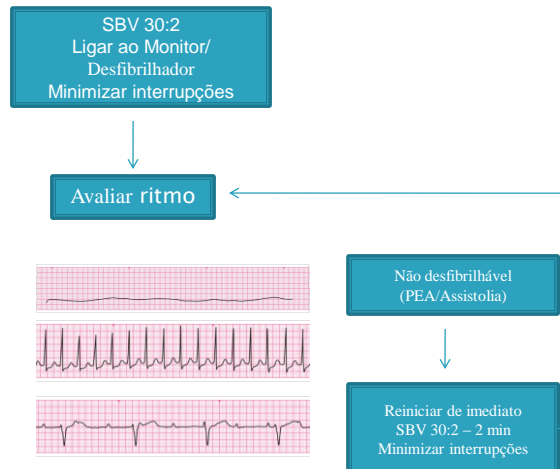
- Iniciar de imediato compressões torácicas em ciclos de 2 min
- Confirmar conexões dos eléctrodos
- Adrenalina 1mg ev/iv logo que haja acesso
- Não interromper para avaliar o pulso a menos que o ritmo altere
- Reiniciar de imediato 2 min de compressões torácicas eficazes



### Atividade Elétrica sem pulso AEsP



- Manifestações clínicas de PCR
- ECG normalmente associado a débito cardíaco





### **Acessos intravasculares**

- A cateterização de veias periféricas é mais rápida, fácil e segura do que a cateterização central
- Os fármacos administrados por via periférica devem ser seguidos de bólus de 20mL de soro
- Se a colocação de acesso ev for difícil, considerar a possibilidade de colocar acesso intra-ósseo (io)
- Os fármacos administrados por via io chegam ao plasma em dose e tempo comparável aos administrados por acesso venoso central
- Fármacos administrados por tubo traqueal - **NÃO**



### **Adrenalina**

Recomenda-se a administração de adrenalina:

- FV/TV administrar a seguir ao 3º choque
- Depois de reiniciadas as compressões torácicas
- Não FV/TV – administrar logo que haja acesso ev/io
- Repetir cada 3-5 min (ciclos alternados)
- 1 mg ev/io
- Sem interrupções das compressões torácicas

Usar com precaução depois do RCE



### **Anti-arrítmicos**

Recomenda-se a administração:

- 300mg de amiodarona ev
- Em bólus se a FV / TV persiste após três choques
- Se FV/TV refratária ou recorrente administrar mais 150mg de amiodarona seguida de mais 900mg em perfusão ev nas 24h seguintes
- A lidocaína (1mg/Kg-1), pode ser alternativa quando não há amiodarona



### **Retorno da circulação espontânea - RCE**

Medidas pós-reanimação:

- Seguir abordagem ABCDE
- Ventilação e oxigenação controladas
- ECG de 12 derivações
- Tratar a causa precipitante
- Controlar a temperatura
- Considerar hipotermia terapêutica



### Sumário das principais alterações às recomendações de 2005

- Recomenda-se a manutenção das compressões torácicas enquanto se carrega o desfibrilhador – para minimizar o tempo de pausa pré-choque
- Desvaloriza-se o papel do murro précordial
- Defende-se a aplicação de três choques seguidos em caso de fibrilhação ventricular (FV) / taquicardia ventricular sem pulso (TVsP) que ocorre durante a cateterização cardíaca ou no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca



### Cont.

- Não se recomenda a administração de fármacos por via traqueal – se não se consegue acesso ev os fármacos devem ser administrados por via io
- No tratamento das FV/TVsP deve-se administrar 1mg de adrenalina depois do 3º choque, logo que as compressões torácicas tenham sido retomadas e repeti-la a intervalos de 3-5 min (ciclos alternados). A amiodarona, 300mg ev, também se administra depois do 3º choque
- Já não se recomenda o uso, por rotina, de atropina na assistolia ou atividade elétrica sem pulso (EAsP)



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**OBRIGADO**



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**Referências Bibliográficas**

➤ European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010

## **Planificação da Ação de Formação**

### **Tema/Título:**

- Algoritmo de SAV – Novas *Guidelines*

### **Formadoras:**

- Ana Baltazar;
- Carole Ramos

### **Orientadoras:**

- Professora Irene Oliveira;
- Professora Patrícia Coelho

### **Enfermeiro Tutor:**

- Enfermeiro Rui Dias

### **Enquadramento:**

- A formação será realizada durante o estágio referente ao Módulo I – Serviço de Urgência, âmbito do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa – Porto.

### **Justificação:**

- Qualquer doente que recorra ao serviço de urgência pode ser vítima de uma paragem cardiorrespiratória. Para corretamente se socorrer estas vítimas, devem atualizar-se os conhecimentos no que diz respeito ao algoritmo de Suporte Avançado de Vida, nomeadamente quanto às novas *guidelines* apresentadas pelo European Resuscitation Council, em dezembro de 2010.

### **Objetivos da formação:**

- Transmitir as novas *guidelines* de SAV aos Enfermeiros do Hospital de Valongo.

### **Objetivos pedagógicos:**

- Conhecer o algoritmo universal de PCR;
- Conhecer as novas *guidelines* de SAV.

**Destinatários da formação:**

- Enfermeiros do Hospital de Valongo.

**Data e local da formação:**

- 3 de junho de 2011, às 14h30, no departamento de formação.

**Conteúdos a serem abordados:****Introdução:**

- Noções gerais de como proceder após reconhecimento de um doente em PCR.

**Desenvolvimento:**

- Abordagem da realização de compressões torácicas: como fazer, quando iniciar, alteração do *timing* aquando de doentes intubados;
- Reconhecimento de ritmos desfibrilháveis (taquicardia ventricular sem pulso e fibrilhação ventricular);
- Como proceder em casos de ritmos desfibrilháveis;
- Reconhecimento de ritmos não desfibrilháveis (assistolia e atividade elétrica sem pulso);
- Como proceder em casos de ritmos não desfibrilháveis.

**Conclusão:**

- Aspectos gerais a ter em atenção durante a reanimação (causas potencialmente reversíveis, acessos intravasculares ou intraósseos, fornecimento de O<sub>2</sub>, manutenção de SBV);
- Noções gerais dos principais fármacos (adrenalina e amiodarona);
- Como proceder pós-reanimação (pós-retorno de circulação espontânea);
- Sumário das principais alterações do algoritmo de SAV, propostas em dezembro de 2010.

**Duração da formação:**

- 45 minutos, divididos por:

<i>Fases</i>	<i>Tempo dispendido</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Avaliação</i>
Apresentação	2,5 minutos	Apresentação da equipa formadora.	Entrega de questionários aos Enfermeiros sobre a ação de formação e para avaliação dos conhecimentos adquiridos durante a formação.
Introdução	10 minutos	Noções gerais de como proceder após reconhecimento de um doente em PCR.	
Desenvolvimento	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Abordagem da realização de compressões torácicas;</li> <li>– Reconhecimento de ritmos desfibrilháveis e como proceder;</li> <li>– Reconhecimento de ritmos não desfibrilháveis e como proceder.</li> </ul>	
Conclusão	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aspetos gerais a ter em atenção durante a reanimação;</li> <li>– Noções gerais dos principais fármacos;</li> <li>– Como proceder pós-reanimação;</li> <li>– Sumário das principais alterações do algoritmo de SAV.</li> </ul>	
Questões	10 minutos	Possibilidade para os Enfermeiros colocarem questões.	
Avaliação	2,5 minutos	Entrega de questionários aos Enfermeiros sobre a ação de formação.	

**Metodologia utilizada:**

- Método expositivo

**Recursos didáticos:**

- Computador e Projetor multimédia

**Forma de avaliação:**

- Questionário acerca da satisfação dos Enfermeiros quanto à sessão de formação;
- Questionário para avaliar os conhecimentos adquiridos pelos formandos durante a formação.

## **Anexo X**

Questionário avaliativo da opinião dos formandos sobre ação de formação



**Ação de formação: Algoritmo de Sav – Novas *Guidelines***

Esta ficha de avaliação é confidencial, tendo como objetivo recolher as opiniões dos participantes acerca da sessão de formação. O seu preenchimento é facultativo e anónimo.

Para cada questão assinale com uma cruz, a opção pretendida.

1. Considera o tema desta ação de formação pertinente?  
 Nada pertinente    Pouco pertinente    Pertinente    Muito pertinente
2. A apresentação do tema foi de encontro aos objetivos expostos?  
 Nada    Pouco    Muito
3. Considera que a metodologia utilizada foi adequada?  
 Nada adequada    Pouco adequada    Adequada    Muito adequada
4. A ação de formação foi de encontro às suas expectativas?  
 Não    Sim, suficientemente    Sim, completamente    Sim, excedeu-as
5. O tempo disponibilizado para a apresentação foi suficiente?  
 Nada suficiente    Pouco suficiente    Suficiente    Muito suficiente
6. O tema abordado foi novo para si?  
 Não    Não, mas só tinha umas noções    Sim, completamente novo
7. Apreciação global da sessão?  
 Insuficiente    Suficiente    Bom    Muito Bom

**Comentários e sugestões:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Obrigada pela vossa atenção e disponibilidade!**

## **Anexo XI**

Questionário avaliativo dos conhecimentos dos formandos sobre ação de formação



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **Ação de formação: Algoritmo de Sav – Novas Guidelines**

Esta ficha de avaliação é confidencial, tendo como objetivo avaliar os conhecimentos adquiridos pelos participantes durante a sessão de formação.

Leia atentamente as questões e classifique cada alínea em **Verdadeira (V)** ou **Falsa (F)**.

### **Durante a reanimação:**

1. A relação entre ventilações e compressões torácicas deve ser de 5 para 15;
2. Nas compressões torácicas, as mãos devem ser posicionadas no 1/3 superior do esterno;
3. O murro pré-cordial pode ser aplicado numa situação de paragem cardiorrespiratória (PCR) testemunhada;
4. Deve pesquisar-se as causas potencialmente reversíveis.

### **A Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP):**

1. É caracterizada pela presença de atividade cardíaca elétrica e ausência de pulso palpável;
2. Só se deve efetuar Suporte Básico de Vida quando chegar a equipa de reanimação;
3. Deve ser tratada com Amiodarona 300 mg IV;
4. Deve ser administrada adrenalina 1mg cada 3-5 min.

### **Na Assistolia:**

1. O ritmo no monitor aparece como uma linha isoeétrica;
2. Não é necessário confirmar a posição dos elétrodos;
3. Logo que haja acesso deve administrar-se adrenalina 1mg;
4. Não se deve interromper as compressões para avaliar o ritmo.

### **A Fibrilhação Ventricular:**

1. Caracteriza-se por ondas bizarras e irregulares;
2. É um ritmo compatível com vida;

3. Deve administrar-se Adrenalina 1 mg IV após cada choque;
4. Deve aplicar-se um choque inicial bifásico de 150 – 200J.

**Na Taquicardia Ventricular Sem Pulso:**

1. Deve desfibrilhar-se o doente;
2. Logo que se aplica o choque deve reiniciar-se suporte básico de vida, sem se pesquisar pulso;
3. A amiodarona administra-se somente após o 3º choque;
4. Enquanto se carregam a pás do desfibrilhador no doente devem manter-se as compressões torácicas.

**Quando se administram fármacos em contexto de PCR:**

1. Deve ser preferida a administração endotraqueal;
2. Em caso de não haver acessos intravasculares, pode utilizar-se a via intraóssea;
3. A via periférica é mais rápida e fácil de cateterizar do que a via central;
4. Deve ser administrado 1 mg de Adrenalina IV a todos os doentes em PCR.

**As compressões torácicas devem ser:**

1. Realizadas a um ritmo de 60 por minuto;
2. Iniciadas em qualquer doente inconsciente;
3. Contínuas após intubação traqueal;
4. Deve interromper-se as compressões para administrar medicação.

**Quando o doente recupera circulação espontânea, deve-se:**

1. Efetuar um ECG de 12 derivações;
2. Tratar a causa precipitante;
3. Considerar hipotermia terapêutica;
4. Avaliar o doente seguindo a abordagem ABCDE.

**Obrigado pela disponibilidade**

## **Anexo XII**

Poster - Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



## **Anexo XIII**

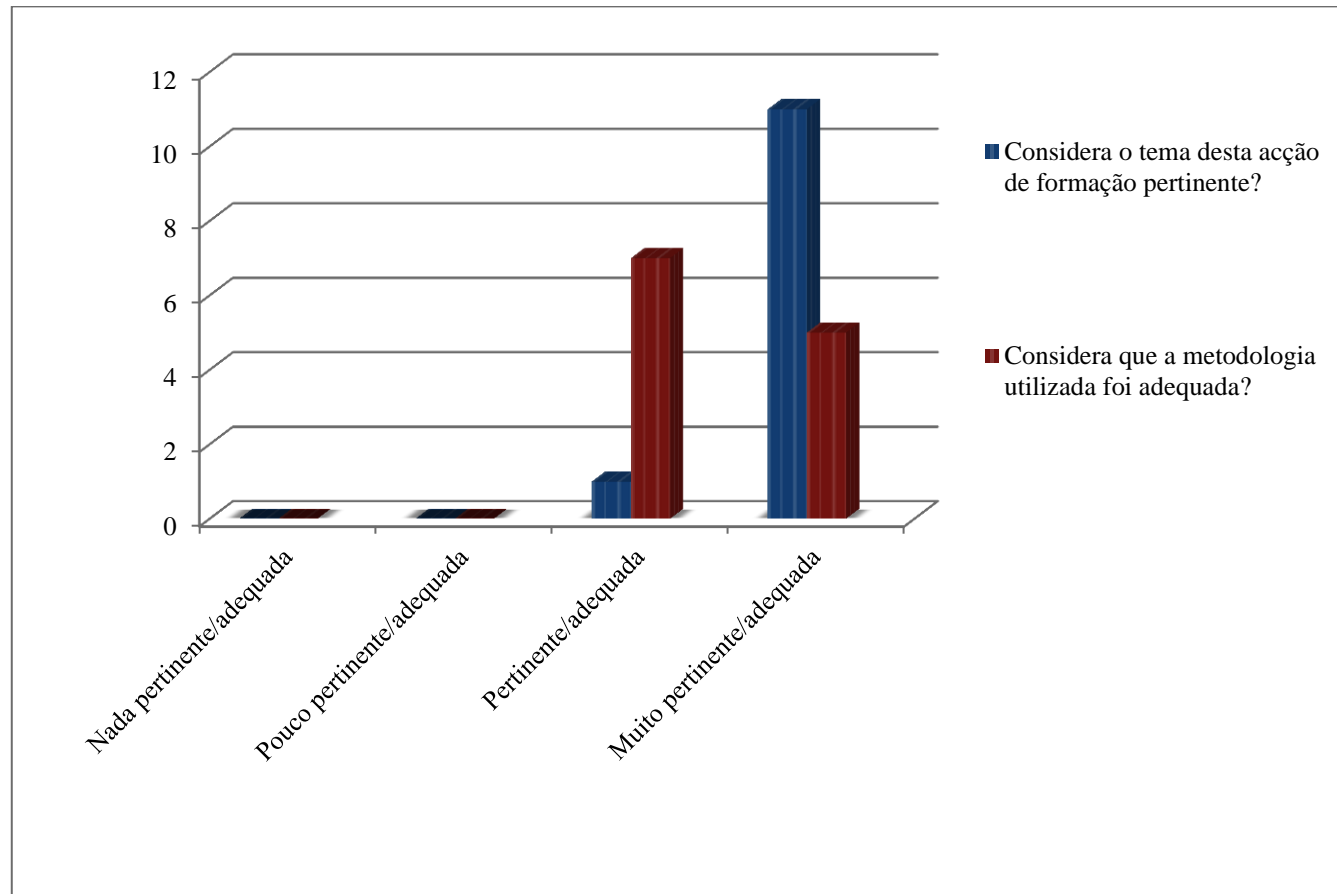
Tabela das respostas dos formandos relativamente ao questionário sobre a  
opinião dos formandos

<b>Hipóteses</b>	<b>Resultados</b>
<b>Questão:</b> <i>Considera o tema desta ação de formação pertinente?</i>	
Nada Pertinente	0
Pouco Pertinente	0
Pertinente	1
Muito Pertinente	11
<b>Questão:</b> <i>A apresentação do tema foi de encontro aos objetivos expostos?</i>	
Nada	0
Pouco	0
Muito	12
<b>Questão:</b> <i>Considera que a metodologia utilizada foi adequada?</i>	
Nada Adequada	0
Pouco Adequada	0
Adequada	7
Muito adequada	5
<b>Questão:</b> <i>A ação de formação foi de encontro às suas expectativas?</i>	
Não	0
Sim, suficientemente	2
Sim, completamente	10
Sim, excedeu-as	0
<b>Questão:</b> <i>O tempo disponibilizado para a apresentação foi suficiente?</i>	
Nada Suficiente	0
Pouco Suficiente	0
Suficiente	7
Muito Suficiente	5
<b>Questão:</b> <i>O tema abordado foi novo para si?</i>	
Não	5
Não, mas só tinha umas noções	5
Sim, completamente novo	2
<b>Questão:</b> <i>Apreciação global da sessão</i>	
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	5
Muito Bom	7

## **Anexo XIV**

Gráfico 3 referente à ação de formação que demonstra a – Opinião dos formandos  
acerca do tema e metodologia utilizada

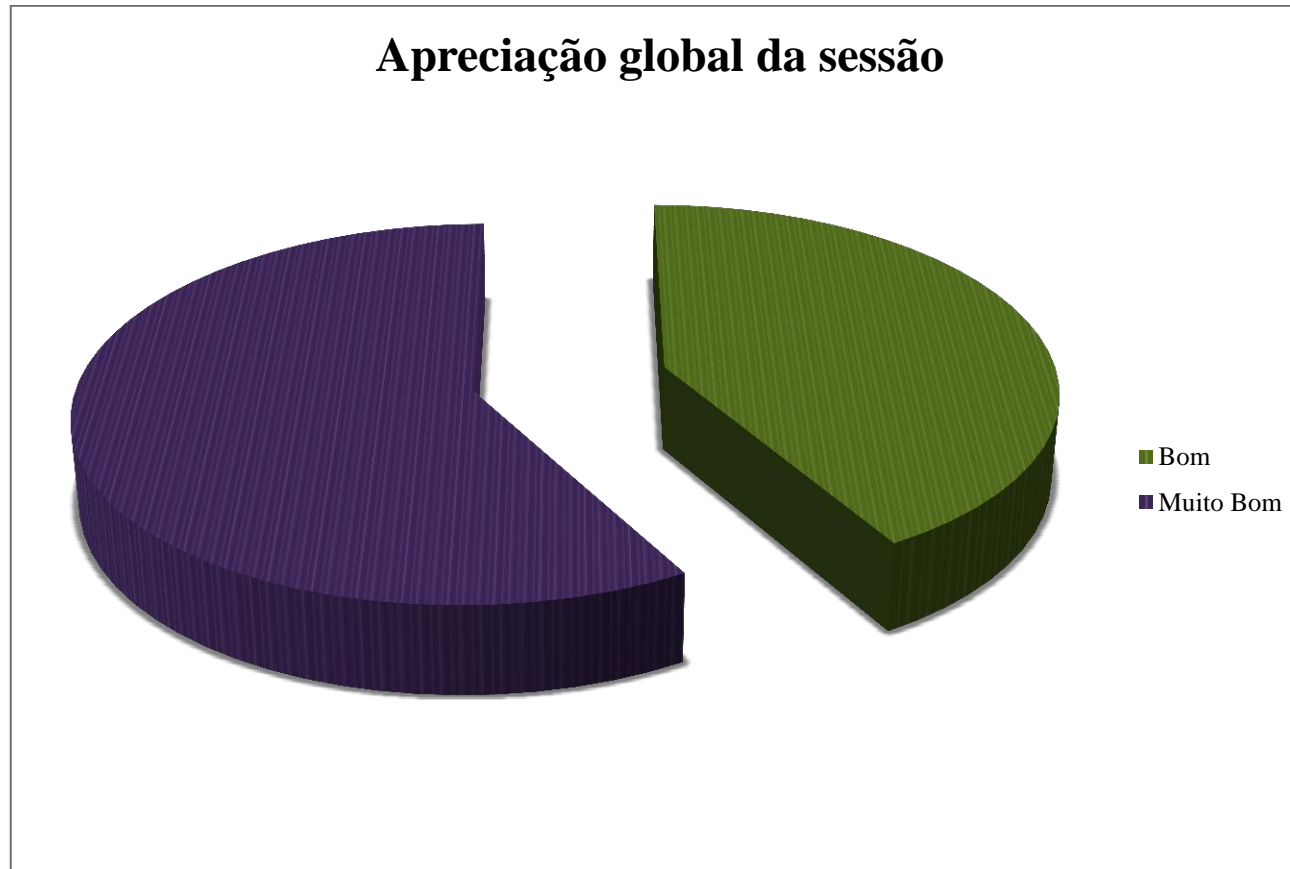
**Gráfico 3** – Opinião dos formandos acerca do tema e metodologia utilizada



## **Anexo XV**

Gráfico 4 relativo à ação de formação que evidência – Apreciação global da sessão

Gráfico 4 – Apreciação global da sessão



## **Anexo XVI**

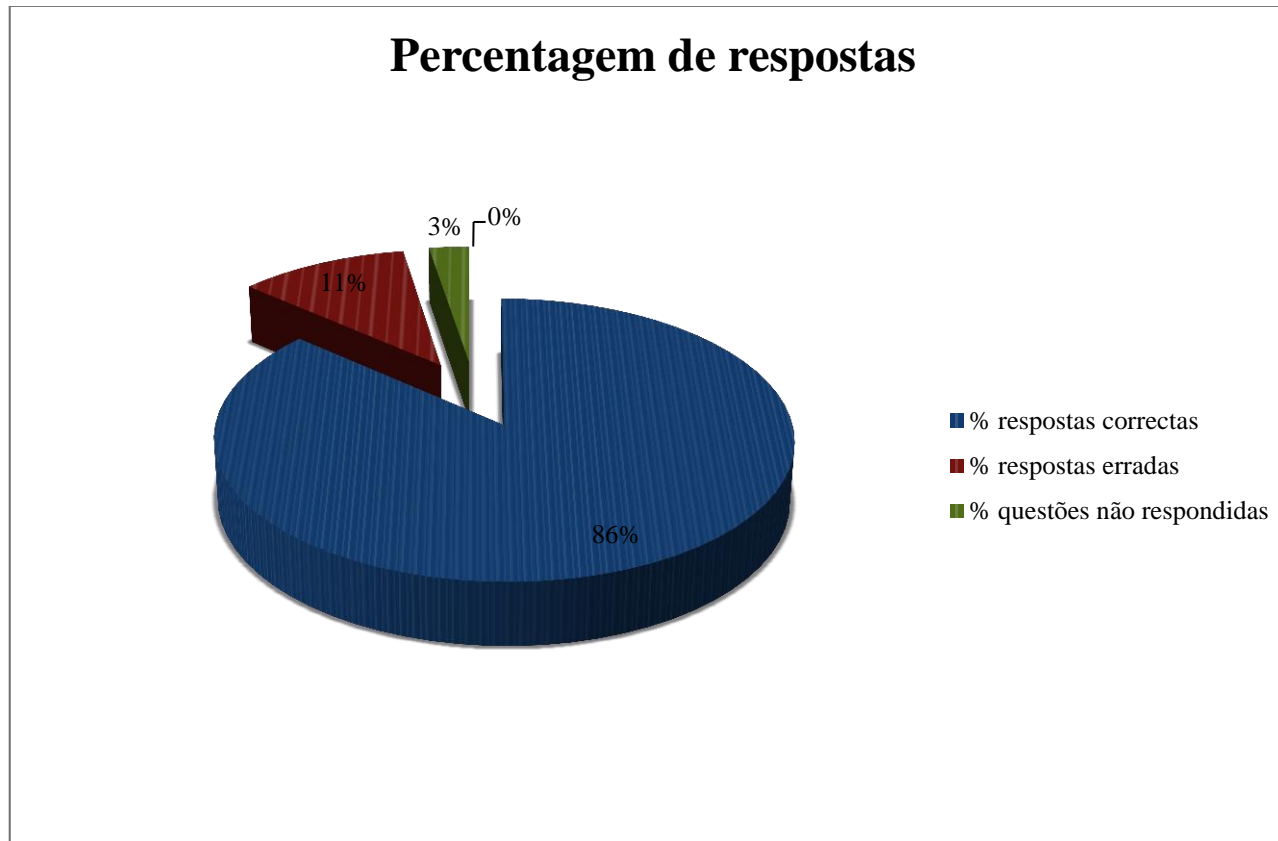
Tabela das respostas dos formandos quanto ao questionário dos conhecimentos

<b>Questão</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Resposta Correta</b>	<b>Verdadeiros</b>	<b>Falsos</b>	<b>Sem Resposta</b>
1.1	0,75	Falso	0	12	0
1.2	0,5	Falso	1	11	0
1.3	0,75	Verdadeiro	10	2	0
1.4	0,5	Verdadeiro	12	0	0
2.1	0,75	Verdadeiro	12	0	0
2.2	0,5	Falso	0	12	0
2.3	0,5	Falso	5	6	1
2.4	0,75	Verdadeiro	7	4	1
3.1	0,75	Falso	5	7	0
3.2	0,5	Falso	0	12	0
3.3	0,75	Verdadeiro	9	2	1
3.4	0,5	Verdadeiro	12	0	0
4.1	0,5	Verdadeiro	12	0	0
4.2	0,75	Falso	2	10	0
4.3	0,75	Falso	0	11	1
4.4	0,5	Verdadeiro	8	4	0
5.1	0,5	Verdadeiro	9	2	1
5.2	0,75	Verdadeiro	6	6	0
5.3	0,75	Verdadeiro	9	2	1
5.4	0,5	Verdadeiro	11	1	0
6.1	0,75	Falso	0	12	0
6.2	0,75	Verdadeiro	12	0	0
6.3	0,5	Verdadeiro	10	0	2
6.4	0,5	Falso	1	10	1
7.1	0,75	Falso	1	11	0
7.2	0,5	Falso	2	10	0
7.3	0,75	Verdadeiro	10	1	1
7.4	0,5	Falso	1	11	0
8.1	0,5	Verdadeiro	12	0	0
8.2	0,5	Verdadeiro	12	0	0
8.3	0,75	Verdadeiro	12	0	0
8.4	0,75	Verdadeiro	12	0	0

## **Anexo XVII**

Gráfico 5 relativo à ação de formação que permite aferir a – Percentagem de respostas corretas, erradas e questões não respondidas

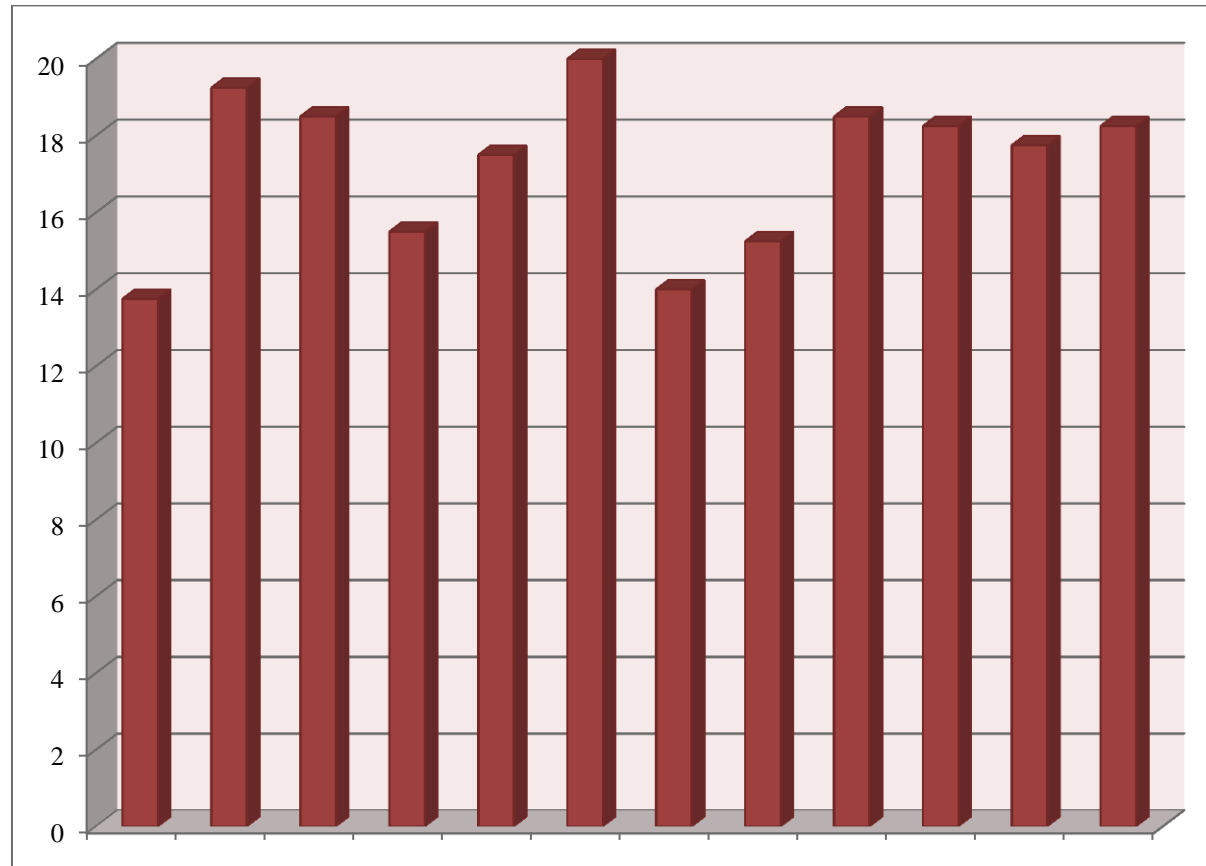
**Gráfico 5** – Percentagem de respostas corretas, erradas e questões não respondidas



## **Anexo XVIII**

Gráfico 6 referente à ação de formação que demonstra a - Pontuação dos questionários de conhecimentos

**Gráfico 6 - Pontuação dos questionários de conhecimentos**



## **Anexo XIX**

Revisão Bibliográfica sobre o tema suicídio

## Suicídio

O “comportamento suicida” é todo ato pelo qual o indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Uma definição tão abrangente possibilita o aprofundamento em questões importantes quando da caracterização do comportamento suicida, quais sejam:

1. *Atribuição da natureza suicida.* Certos acontecimentos aparentemente ocasionais, como acidentes de carros ou homicídios, podem ter conotação suicida. Mesmo diante da negativa de alguns doentes, os familiares ou a equipa medica identificam o caráter autodestrutivo de alguns atos e manifestações.
2. *O grau de intencionalidade suicida.* As tentativas de suicídio são mais um sintoma de desespero interior do que desejo de morrer.
3. *A motivação para o comportamento suicida.* Embora alguns suicidas procurem realmente a morte, muitos encontram, assim, uma maneira de comunicar seu sofrimento, de protestar, de tentar modificar algo em suas vidas, entre tantas possibilidades de significado.
4. *Fantasia a respeito da morte.* Diante da morte real, pode existir o desconhecido temido. Perante a morte imaginada, fantasias de vingança, de libertação, de reencontro e de controlo onnipotente.
5. *O grau de letal do método utilizado no ato suicida.*
6. *O grau de gravidade das lesões e o nível de conhecimento que a pessoa tinha a esse respeito.*

### Epidemiologia

O suicídio encontra-se entre as 10 principais causas de morte no mundo, e entre as três primeiras quando se considera a faixa entre 15 e 34 anos de idade. Entretanto, taxas exatas sobre o padrão de distribuição do suicídio são difíceis de obter. Há o problema decorrente da dificuldade de estabelecer se a morte foi acidental ou intencional, do estigma que cerca este tipo de fatalidade e dos diferentes critérios utilizados para definir o suicídio. Por essas razões, estima-se que os coeficientes reais de mortalidade por suicídio possam atingir taxas até quatro vezes maiores que os registos oficiais.

A mortalidade por suicídio em diferentes países apresenta um padrão de distribuição que, em grande parte, mantém-se invariável. Os coeficientes de mortalidade

variam desde mais de 30 por 100000 habitantes, em países como Hungria, Áustria, Dinamarca e Finlândia, a mesma de 10 por 100000, em Portugal, Espanha, Grécia, Itália, Reino Unido e na maioria dos países latino-americanos.

### Fatores de risco

Os homens cometem o suicídio três vezes mais frequentemente que as mulheres, que, por sua vez, tendem três vezes mais que os homens a tentar o suicídio. O risco aumenta com a idade em ambos os sexos, mas tem-se observado um aumento no número de suicídios na população adolescente e adulta jovem em diversos países.

Os suicídios são menos frequentes entre pessoas casadas e aumentam em número entre os que nunca se casaram, viúvos e divorciados, principalmente entre homens. O isolamento social destaca-se entre os fatores de risco. Em relação ao estatuto socioeconómico, o suicídio é mais frequente entre os indivíduos mais pobres e entre os mais ricos da sociedade. Algumas categorias são mais propensas ao suicídio, como os médicos, artistas, polícias e estudantes universitários.

Considera-se que o suicídio seja mais frequente entre protestantes e ateus do que entre católicos e judeus. Mais do que a simples filiação religiosa, acredita-se que o grau de intensidade da prática religiosa exerça um papel preponderante. Também fatores culturais influenciam o suicídio, como o que ocorre com entre mulheres hindus diante a morte do marido e, mais recentemente, entre jovens japoneses que não conseguem ingressar na universidade. Em sociedades tribais, a tentativa de suicídio é geralmente precipitada pela quebra de regras e padrões de tradição, correspondendo a uma tentativa de reabilitação do indivíduo no grupo, no caso de ele sobreviver. O fenómeno do suicídio coletivo observado em integrantes de seitas religiosas fortemente identificados com um líder espiritual. Em todos esses casos, parece que o suicídio é valorizado e encarado como uma alternativa de solução para determinada circunstância da vida.

Há variações sazonais nas taxas de suicídio, com incremento durante a primavera e início do verão, isso ocorre em ambos os hemisférios. Taxas de suicídio costumam ser mais elevadas na região urbana do que no campo. Em grandes cidades, essas taxas variam entre grupos populacionais, sendo maiores em áreas que abrigam mais imigrantes, pessoas desempregadas e que vivem sozinhas.

Doenças orgânicas incapacitantes, dor crônica e lesões desfigurantes relacionam-se com um maior risco de suicídio. Doentes renais crônicos, por exemplo, tem um coeficiente de suicídio 400 vezes maior que a população geral.

Alguns estudos indicam 9 entre 10 pessoas mortas por suicídio tinham alguma forma de transtorno mental na ocasião da morte. Entre os transtornos psiquiátricos, os de maior risco são a depressão (suicídios melancólicos, calcula-se que cheguem a 50% dos casos de suicídio), alcoolismo (presente entre 10 a 25% dos casos) e drogados, juntamente com a esquizofrenia e transtornos de personalidade.

A depressão é o transtorno mais comum entre pessoas que cometem o suicídio. Geralmente há histórias de tentativas de suicídio anteriores e de isolamento. Entre alcoólatras que já receberam tratamento psiquiátrico, a incidência de suicídio ao longo de um seguimento de cinco anos é 80 vezes maior em homens mais velhos, sofrendo de depressão, com complicações físicas e com problemas matrimoniais, profissionais e com a justiça. Transtornos de personalidade associam-se a outras causas para aumentar o risco de suicídio. Este grupo tende a ser mais jovem, vir de lares desfeitos e ter história de abuso de álcool e drogas.

### Comportamento suicida

“Não suporto mais e não há nada que eu possa fazer. Bem que eu podia morrer”.

Os indivíduos deprimidos experimentam uma variedade de pensamentos negativistas em relação a si mesmos, seu mundo ou experiência, e seu futuro. Tendem a olharem-se como portadores de enormes defeitos e acham que os outros os estão a rejeitar ou negligenciar. Em consequência disso, costumam acreditar que não possuem os recursos para resolver as dificuldades e encaram o futuro sem esperança. Os sentimentos deprimidos influenciam a sua memória – de tal forma que seletivamente, lembram outros momentos de fracasso no seu passado – assim como suas percepções dos acontecimentos atuais. O peso terrível das crenças negativas leva os indivíduos a perceber que carecem de controle sobre importantes acontecimentos da sua vida, que os leva a sentirem-se desamparados. Além disso, tendem a prestar atenção às consequências imediatas do seu comportamento e a realizar atribuições inadequadas sobre a sua responsabilidade pelos acontecimentos negativos. Os indivíduos deprimidos tendem a não recompensar-se por seus sucessos e podem tornar-se extremamente auto punitivos quando não conseguem corresponder a seus padrões ou objetivos. Dadas essas crenças, expectativas e atribuições, os indivíduos deprimidos podem tornar-se suicidas.

Acham que sua situação atual é intolerável e acreditam não haver esperança dela mudar. Em consequência disso, o suicídio torna-se uma solução viável. Acreditam que a sua tentativa vai comunicar sua angústia a outras pessoas e por isso pode causar uma mudança no ambiente ou vai proporcionar-lhes uma sensação de alívio dos seus problemas.

“O estímulo comum no suicídio é a dor psicológica insuportável” e o “propósito comum é buscar uma solução “, desta perspectiva, o suicídio pode ser considerado uma condição da mente, segundo Scheidman. Além das distorções cognitivas frequentemente associadas aos sentimentos de depressão, há várias distorções cognitivas que parecem contribuir para o risco de suicídio. De maior destaque entre estas é a “visão de túnel” ou “constricção” que se caracteriza pela incapacidade de ver caminhos de ação e resultados alternativos e o “pensamento dicotômico”. Os estudos sugerem que os indivíduos suicidas tendem a categorizar os acontecimentos ou as experiências em extremos polares. Adotam rigidamente uma perspectiva absolutista, preto ou branco, e experimentam dificuldades para reconhecer nuances, subtilezas ou alternativas relativistas. Além disso, os indivíduos suicidas tendem a demonstrar dificuldades de resolução de problemas, manifestam níveis altos de crenças irracionais ou disfuncionais e comportam-se de maneira impulsiva.

As crenças de um indivíduo são extremamente influenciadas por suas experiências sociais, e que as atitudes disfuncionais desenvolvem-se em um contexto social. Os doentes deprimidos e suicidas tendem a se afastar dos outros e relatam que as suas famílias não são coesas nem proporcionam-lhes apoio. Estas dificuldades sociais servem para exacerbar seus sentimentos de alienação e proporcionam uma evidência adicional para suas crenças de que as outras pessoas estão a rejeitá-los.

### Fatores predisponentes

Nenhuma teoria isolada é capaz de explicar adequadamente as respostas autodestrutivas ou orientar a intervenção terapêutica. A teoria do comportamento sugere que os ferimentos autoinflingidos são aprendidos e reforçados na infância ou na adolescência. Em contraste a teoria psicológica concentra-se em defeitos significativos nos primeiros estágios de desenvolvimento do ego. Ela sugere que o comportamento autodestrutivo pode ter suas raízes em um trauma interpessoal precoce e que a ansiedade não trabalhada pode promover episódios continuados de ferimentos autoinflingidos. As teorias interpessoais propõem que os ferimentos autoinflingidos

podem ocorrer a partir das interações que fazem com que a criança sinta-se culpada e sem valor. Uma história de abuso ou de incesto podem precipitar a autodestruição, se as percepções negativas forem internalizadas e atenuadas e não houver vínculos seguros. Outros fatores predisponentes relativos a comportamentos autodestrutivos incluem a incapacidade de comunicar as suas próprias necessidades, os sentimentos de culpa, a depressão e a despersonalização e a flutuação de emoções.

Cinco domínios de fatores predisponentes – diagnóstico psiquiátrico, traços e transtornos de personalidade, fatores psicossociais e ambientais, variáveis genéticas e familiares e fatores bioquímicos – contribuem para a compreensão do comportamento autodestrutivo ao longo do ciclo vital.

### *Diagnostico psiquiátrico*

Mais de 90% dos adultos que tiram suas vidas pelo suicídio têm uma doença psiquiátrica associada. Três amplos transtornos psiquiátricos que colocam as pessoas em um risco particular de suicídio são:

- Transtornos do humor
- Abuso de substâncias
- Esquizofrenia

Estudos recentes sugerem que os doentes com transtornos de pânico também têm um risco aumentado de suicídio, e os adolescentes que se matam tendem a ter depressão e transtornos de conduta. Além disso, uma alta percentagem desses jovens abusavam de álcool ou drogas.

O suicídio é a complicação mais seria dos transtornos do humor, 15% dos portadores desse tipo de doenças suicidam-se. O suicídio é particularmente comum em homens idosos deprimidos. Os doentes com transtorno bipolar e depressão psicótica estão em maior risco. O uso de álcool está associado com 25% a 50% dos suicídios. Em doentes com dependência de álcool, o suicídio ocorre com frequência na fase tardia da doença e frequentemente está relacionado com alguma perda interpessoal ou com o início de complicações médicas. A esquizofrenia, uma doença que afeta 1% da população, traz em si uma alta incidência de suicídio, 10 a 13% dos doentes com esquizofrenia cometem o suicídio. O risco é maior para doentes com menos de 40 anos que se sentem sem esperança, são suicidas, temem a desintegração mental, fizeram tentativas de suicídio anteriores, têm um curso crônico ou com recaídas em sua doença e não aderem ao tratamento.

### *Traços de personalidade*

Os três aspetos da personalidade mais estreitamente associados com maior risco de suicídio são hostilidade, impulsividade e depressão. Esses traços são importantes porque cruzam grupos de diagnóstico. Além disso, o transtorno de personalidade *borderline* e o transtorno de personalidade antissocial estão mais altamente correlacionados com o comportamento suicida. A coexistência de sintoma antissocial e depressivo parece ser uma combinação particularmente letal tanto em adultos quanto em jovens. A associação de hostilidade e suicídio deriva-se da noção proposta por Freud de que o indivíduo suicida volta a sua raiva para si mesmo. Outros estudos descobriram que as pessoas suicidas são mais retraídas socialmente, têm uma autoestima mais baixa, confiam menos nos outros, esperam a ocorrência de coisas más para si mesmas, sentem-se impotentes quanto às suas vidas e têm um modo de pensar rígido e inflexível.

### *Ambiente psicossocial*

Este domínio diz respeito a apoios sociais, a eventos de vida e a doença crónica. O luto recente, a separação ou o divórcio, uma perda precoce e apoios sociais diminuídos são fatores importantes relativos ao potencial para o suicídio. O comportamento suicida é desencadeado com frequência, por eventos de vida humilhantes, como problemas interpessoais, vergonha em público, perda do emprego ou ameaça de encarceramento. Além disso, as evidências demonstram que conhecer alguém que tentou ou cometeu o suicídio ou a exposição ao suicídio através dos meios de comunicação pode tornar a pessoa mais vulnerável ao comportamento autodestrutivo. Esse parece ser um fator particularmente importante, em ocorrências de suicídios agrupados.

A força dos apoios também é importante. Já foi bem documentado que o vigor e a qualidade desses apoios são importantes na etiologia dos problemas psiquiátricos, na adesão ao tratamento e na resposta a intervenções terapêuticas. Finalmente, doenças com evolução crónica e debilitantes com frequência precipitam o comportamento autodestrutivo. A prevalência de doenças físicas varia de 25 a 70% dos suicídios e parece ser um fator importante em 11 a 51% dos casos de suicídio. Entre os transtornos mais frequentemente associados com o suicídio estão o cancro, a epilepsia, os transtornos musculoesqueléticos, úlcera péptica e a Sida.

### *História familiar*

Uma história familiar de suicídio é um fator de risco significativo para o comportamento autodestrutivo. Explicações para essa associação incluem a identificação e a imitação de um membro da família que cometeu o suicídio, o stress familiar e transmissão de fatores genéticos. As famílias de vítimas de suicídio têm uma taxa significativamente maior de suicídio do que as famílias com parentes não suicidas mas com doença mental. Além disso os gêmeos monozigóticos têm uma taxa de concordância maior para o suicídio do que os gêmeos dizigóticos. Será importante diferenciar a contribuição de uma história familiar de suicídio daquela de uma história familiar de transtorno afetivo, para a melhor identificação de grupos em alto risco para a intervenção clínica.

### *Fatores bioquímicos*

Existem evidências crescentes de uma associação entre o suicídio ou tendência suicida e um baixo nível do neurotransmissor cerebral serotonina (5HT). Um interesse recente pelo papel dos níveis e da atividade 5HT no suicídio deriva de duas áreas principais de estudo: um aumento do entendimento sobre a transmissão anormal de serotonina na etiologia da doença mental, particularmente depressão e esquizofrenia, e uma melhor apreciação de que as drogas antidepressivas melhoram a eficácia da serotonina. Isso sugere que a 5HT deve estar em equilíbrio para que ocorram respostas emocionais adaptadas. Esse equilíbrio pode ser avaliado pela medição das quantidades de neurotransmissor produzidas e pela quantidade de seus metabolitos (os produtos residuais da decomposição ou *turnover* do neurotransmissor). Portanto, a quantidade do metabolito da serotonina 5HIAA, que pode ser medida no sangue e líquido cefalorraquidiano, é uma indicação da quantidade de serotonina originalmente disponível no cérebro.

O cérebro também tenta regular ou equilibrar os níveis de neurotransmissor de outra maneira. O número de recetores pós-sinápticos de 5HT no cérebro é afetado pelos níveis disponíveis de 5HT. Existem mais desses recetores quando há pouca 5HT (regulação para cima) e menos deles quando há muita 5HT (regulação para baixo). Os transtornos do humor supostamente resultam de um desequilíbrio ou uma deficiência dos neurotransmissores, particularmente 5HT. As drogas antidepressivas em geral aumentam a quantidade ou a eficiência da 5HT, aumentando assim a quantidade de metabolitos e afetando a quantidade de recetores de 5HT.

Recentemente, diversos estudos descobriram que uma deficiência de serotonina e seu metabolito 5HIAA e um dos recetores pós-sinápticos de 5HT (5HT<sub>2A</sub>) estão implicados no comportamento suicida, por exemplo, os doentes deprimidos com baixos níveis de serotonina têm tendências suicidas superiores às daqueles com níveis normais. Entre as pessoas hospitalizadas por tentativas violentas de suicídio, aquelas com baixos níveis de 5HIAA em seu líquido cefalorraquidiano estão 10 vezes mais propensas a se matar dentro de um ano. Similarmente, os doentes esquizofrênicos que tentaram o suicídio têm concentrações significativamente mais baixas de 5HIAA que aqueles que não tentaram o suicídio. Nos estudos de autópsia do cérebro de vítimas de suicídio, os pesquisadores descobriram um excesso de recetores nervosos para a serotonina, indicando uma compensação para os baixos níveis de serotonina no cérebro. Finalmente, uma combinação de agressividade impulsiva e falta de esperança, associada com deficiências de serotonina, é mais comum em homens que em mulheres, o que pode explicar porque os homens matam-se com muito maior frequência, embora as mulheres tenham uma taxa maior de depressão.

Em virtude da taxa globalmente aumentada de suicídio e do alto risco de suicídio em doentes psiquiátricos, seria útil poder identificar pessoas de alto risco para a prevenção do suicídio e seu tratamento. Assim, além dos indicadores demográficos, psicossociais, de personalidade e comportamentais do risco de suicídio, um simples teste sanguíneo que pudesse oferecer um método adicional para a identificação daqueles em maior risco para o suicídio representaria uma vantagem significativa para o campo da saúde mental. Embora não existia, atualmente, um teste biológico que mostre uma diferenciação entre as pessoas que cometem o suicídio e aquelas que não o fazem existe um grande interesse pela descoberta de marcador biológico dessa espécie para o suicídio.

Um dilema ético pode surgir para os Enfermeiros que tomam conhecimento da opção do doente ao tentar o suicídio. Não existe respostas fáceis para a questão de como resolver esse conflito, cabendo a cada um guiar-se de acordo com seu próprio sistema de crenças.

Encontram-se frequentemente nos serviços de urgência suspeita de suicídio. Se um doente comete o suicídio, é importante intervir junto aos sobreviventes que podem estar em risco para o comportamento suicida. Essas pessoas precisam de alguém que as escute e lhes diga que os seus sentimentos não são anormais. Elas precisam ser capazes

de discutir as suas crenças sobre os motivos para a morte e ajudadas a encontrar algum significado na experiência. Os membros da família devem ser motivados a apoiar uns aos outros. Os sobreviventes com frequência sofrem discriminação e podem precisar auxílio para lidar com isso.

### Ética diante dos casos de Suicídio

Falar em ética e os casos de tentativa de suicídio e mesmo casos de suicídio requer isenção de postulados teóricos e filosóficos que seguramente, estamos longe de atingir ou mesmo sequer dimensionar. Falar em suicídio é tocar no cerne de questionamentos que envolvem questões mais amplas que um ato isolado que, em princípio, envolve apenas uma pessoa e seus familiares mais próximos. Falar em suicídio é falar na destrutibilidade que de alguma forma atinge a todos indistintamente e que escolhe suas vítimas apenas para pontuar a extensão desse aspeto destrutivo. Guillon e Bonnie ensinam que muitos suicídios são assassinatos, crimes sociais, e em todos os outros a responsabilidade do sistema social está comprometida. Mesmo dizendo isso, dizemos pouca coisa. A sociedade mata, adoce as pessoas deixa-as loucas. Nem por isso se cogita lutar contra a doença ou a loucura. E de facto podemos constatar que muitas pessoas despojadas de dignidade existencial em suas vidas se matam; e uma primeira questão que surge é se devemos dissuadi-las disso? Em nome de qual proposta de felicidade devemos fazê-lo?

O suicídio nada mais é do que a constatação derradeira de que é o facto de não poder viver que leva a pessoa procurar a morte. É a constatação de que um projeto social falhou na pessoa suicida, um projeto social que não pode ser balizado na dimensão da dor e do sofrimento daquela vítima. Um projeto que faliu e ruiu diante dos escombros da dignidade humana afetada circunstancialmente pela dor e desespero.

O suicídio é uma das mais violentas manifestações da própria violência. É um ato sempre revestido de muita violência até mesmo naqueles casos em que a morte é fulminante e não apresenta sinais de dor física. É uma violência cometida contra si mesmo e contra o outro. O suicida se eterniza no outro. Traz, além da morte, e das implicações inerentes ao morrer, a condição de levar o outro a um sem número de questionamentos infundáveis. E o suicídio como manifestação da violência irá exigir que tipo de ética? Que tipo de ética poderá ser erigida para um paradoxo no qual a violência exige mais violência?

A base ética para a prevenção do suicídio é a tese psicológica bem autenticada que uma tentativa de suicídio é muitas vezes um grito de pedido de ajuda e não uma decisão definitiva de terminar a vida. Frequentemente o simples facto da tentativa de suicídio chegar ao Serviço de Urgência sugere que o ato foi motivado de uma forma ambivalente. Muitas tentativas de suicídio ficam a meio. A tentativa de suicídio pode não ser um ato de autonomia mas antes um ato resultante de uma capacidade diminuída devido a uma situação psicopatológica ou a um conflito emocional.

As tentativas de suicídio são frequentemente realizadas em condições psicopatológicas que são tratáveis, ou em condições sociais transitórias. É possível por vezes antecipar estes problemas. Os Profissionais de saúde têm a obrigação ética de reconhecer as tendências suicidas dos doentes que encontram na sua prática clínica e devem esforçar-se para os assistir pessoalmente ou a enviar a um profissional treinado.

### Gestão do suicídio

Infelizmente, não há nenhum conjunto de procedimentos universalmente aceite para como se deve lidar com um indivíduo suicida ou potencialmente suicida. No entanto, os serviços devem responder às necessidades do indivíduo suicida. A identificação, avaliação, e tratamento de indivíduos suicidas exigem a consideração de muitas variáveis importantes.

Os indivíduos suicidas têm uma variedade de necessidades que vão desde informação até ao aconselhamento e à medicação. Várias combinações de intervenções breves de aconselhamento

É essencial que o Enfermeiro estabeleça uma relação com o indivíduo potencialmente suicida que inclua crença e confiança no Enfermeiro. O indivíduo potencialmente suicida deve sentir-se livre para partilhar informação e deve estar confiante que o Enfermeiro está disposto a lidar com a crise. Essencialmente, o Enfermeiro necessita garantir a segurança do indivíduo, ao mesmo tempo que tenta gerir e reduzir a crise.

Tendo por base o diagnóstico de Enfermagem “Vontade de viver comprometido” aquando da gestão do suicídio, o Enfermeiro tem de perguntar se o indivíduo tem intenções de se ferir ou de se matar. Deve igualmente:

- Motivar o doente a abrir-se consigo quanto aos seus problemas e sentimentos;
- Reconhecer o suicídio como uma escolha, mas sem aceitar como uma escolha “normal”;

- Escutar atentamente o que tem para dizer o doente, intervindo sempre que necessário, e reforçar positivamente a necessidade do doente se tratar bem a si mesmo;
- Manter o processo de aconselhamento focado no momento e na situação atual;
- Evitar aconselhar o seu doente sobre problemas mais profundos até que a crise diminua;
- Fazer perguntas sobre a letalidade dos planos do doente;
- Remover meios letais;
- Tomar decisões eficazes para gestão da crise.

## **Anexo XX**

Apresentação Diapositivos sobre Diabetes Mellitus e Plano de Sessão



## LAR NOSSA SENHORA DA MISERICORDIA

Serviço de Saúde da Santa Casa da  
Misericórdia



## DIABETES MELLITUS

Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Realizado por:  
Carole Ramos

Orientadora:  
Patrícia Coelho

## Objectivos

- ❖ Conhecer o que é a Diabetes e os tipos;
- ❖ Conhecer os sintomas e complicações da diabetes;
- ❖ Saber realizar a pesquisa de glicemia capilar;
- ❖ Saber administrar insulina e os locais;
- ❖ Conhecer sintomas de Hipo e Hiperglicemia;
- ❖ Conhecer os cuidados aos pés.

---

## Diabetes no idoso

A diabetes é bastante frequente na população idosa, pouco diagnosticada e pouco tratada nesta idade.



## Falsa crença

Muitos acreditam que o açúcar é o causador da diabetes. Mas, na realidade, não é por consumir-se mais açúcar que as pessoas se tornam diabéticas.



## Sintomas

- ❖ Aumento da sede (polidipsia);
- ❖ Aumento da fome (polifagia);
- ❖ Excesso de urina (poliúria);
- ❖ Cansaço, fraqueza e perda de peso;
- ❖ Dificuldade de cicatrização de feridas;
- ❖ Confusão mental aguda;
- ❖ Infecções frequentes;
- ❖ Dores nas mãos e pernas (com formigueiro e/ou dormência);
- ❖ Diminuição da visão.



## Nota

Estes sintomas são muitas vezes atribuídos a situações próprias da idade avançada e por isso ignorados.



---

## Diabetes Mellitus

É um distúrbio no metabolismo do açúcar no qual a glicose sempre alta no sangue, passa para a urina sem ser usada como nutriente pelo organismo.

## Diabetes Mellitus

Quando há excesso de glicose no sangue, o rim não consegue impedir a sua passagem para a urina e surge a glicosúria.



As análises ao sangue fazem-se em jejum habitualmente e a glicose (açúcar) deve ser menor que 116mg/dl.

## Tipos de Diabetes

### Tipo 1

- ❖ Manifesta-se na criança, no adolescente ou adulto jovem;
- ❖ O organismo não produz insulina;
- ❖ Como o organismo deixa de produzir insulina, obriga ao uso desta artificialmente.



## Tipos de Diabetes

### Tipo II

- ❖ Manifesta-se no adulto;
- ❖ Tem ligação direta com a predisposição genética, a obesidade e o sedentarismo;
- ❖ O pâncreas ainda produz insulina, mas em quantidade ou qualidade insuficiente para atender às necessidades do corpo.



## Como tratar o diabético

### Tipo II

- ❖ Ingestão de antidiabéticos orais;
- ❖ Após alguns anos, a insulina poderá ser prescrita;
- ❖ Reduzir a ingestão de açúcar;
- ❖ Seguir o plano alimentar;
- ❖ Praticar exercício físico regularmente.



## Importante

- ❖ O único medicamento que consegue reduzir a glicose no sangue é a insulina;
- ❖ Os antidiabéticos orais actuam no pâncreas para produzir mais insulina ou inibir a absorção de glicose no organismo.

---

## Plano alimentar

- ❖ Consumo de alimentos saudáveis;
- ❖ Moderação nos hidratos de carbono (massa, pão, batata, arroz);
- ❖ Moderação nas proteínas (carne vermelha, queijo, conservas, enchidos);
- ❖ Reduzir gorduras (natas, manteiga, banha);
- ❖ Ingestão de cereais integrais ricos em fibras;
- ❖ Restrição do consumo de algumas frutas (uvas, cerejas, bananas, figos).



## O diabético esta proibido

- ❖ Consumo de açúcar (sacarose);
- ❖ Alimentos que contenham açúcar na sua base (bolos, refrigerantes, gelados, biscoitos e bolachas).



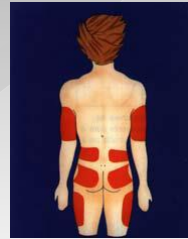
## Glicemia capilar

- ❖ Colocar a fita no aparelho
- ❖ Picar o dedo (na parte lateral) e deixar cair a gota na zona indicada da fita
- ❖ Registrar o valor



## Locais de Administração de insulina

- ❖ Abdómen;
- ❖ Parte externa da coxa;
- ❖ Nádegas;
- ❖ Parte externa dos braços;



- ❖ Alternar os locais de administração;
- ❖ Deixar um espaço de 1,5 cm entre os locais de administração.

## O que é a insulina?

A insulina é uma hormona segregada pelo pâncreas e que tem como função baixar o nível de açúcar no sangue. Utiliza-se quando o pâncreas entra em falência e começa a produzir menos insulina.

Existem quatro tipos de insulina que diferem entre si na duração do seu efeito.

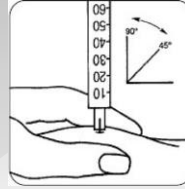
Caracterizam-se em:

- ❖ Rápida;
- ❖ Intermédia;
- ❖ Mista;
- ❖ Prolongada.



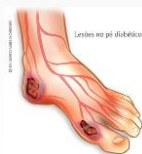
## Administração de Insulina

- ❖ Agitar a insulina;
- ❖ Marcar as unidades;
- ❖ Desinfetar o local;
- ❖ Efetuar uma prega na pele;
- ❖ Inserir a agulha num ângulo de 90°;
- ❖ Injetar a insulina;
- ❖ Manter a agulha contando até 30;
- ❖ Retirar a caneta e guardar ao abrigo do sol.



## Complicações causadas pela Diabetes

- ❖ Perda de visão;
- ❖ Insuficiência renal – pela continua excreção de glicose pela urina;
- ❖ Amputações de dedos, pés e pernas – devido à falta de circulação, ferimentos não tratados e gangrena;
- ❖ Problemas cardíacos – entupimento das veias.



## Hipoglicemia

Consiste na queda dos níveis de açúcar no sangue.

Sintomas:

- ❖ Fome súbita;
- ❖ Fadiga, tremores e tonturas;
- ❖ Suores, pele fria, húmida e pálida;
- ❖ Visão turva;



## Hipoglicemia

Sintomas (cont.):

- ❖ Dores de cabeça;
- ❖ Dormência nos lábios e língua;
- ❖ Desorientação;
- ❖ Podem ocorrer crises convulsivas e inconsciência.

## Hipoglicemia



### Como actuar:

- ❖ Dar um copo de água com açúcar ou sumo;
- ❖ Colocar açúcar na parte interna da bochecha, para uma absorção mais rápida;
- ❖ Se em quinze minutos os sintomas não desaparecerem repetir o procedimento.

## Hiperglicemia

Consiste no aumento de açúcar no sangue.

### Sintomas:

- ❖ Excesso de urina;
- ❖ Sede excessiva;
- ❖ Apesar da glicose no sangue estar elevada, ocorre ao mesmo tempo a redução da glicose no cérebro, o que provoca muita fome;



## Hiperglicemia

Sintomas (cont.):

- ❖ Dores, dormência e formiguelo nas pernas;
- ❖ Visão turva embaçada;
- ❖ Comichão na região genital.

## Hiperglicemia

**Como actuar:**

- ❖ Dar muita água;
- ❖ Reavaliar a glicemia.

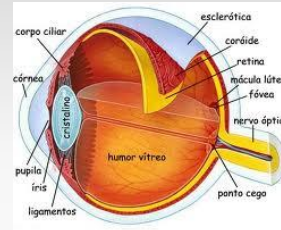


## Retinopatia Diapética

É a complicação ocular mais grave da Diabetes Mellitus

Esta afeta a retina provocando alterações:

- ❖ Espessamento de algumas estruturas;
- ❖ Redução do calibre;
- ❖ Alterações da consistência, elasticidade e permeabilidade.



## Retinopatia Diabética

Os sintomas são:

- ❖ Visão desfocada ou turva;
- ❖ Moscas volantes;
- ❖ Flashes;
- ❖ Perda súbita de visão.



## Cuidado aos pés

❖ Observar diariamente os pés. Ficar atento ao aparecimento de:

✓ Pele :

- Roxa;
- Fria;
- Vermelha e quente;
- Com bolhas.

✓ Alteração do aspeto das unhas

✓ Outras alterações:

- Dor durante a marcha;
- Dor em repouso;
- Formigueiro;
- Gretas entre os dedos.



## Cuidado aos pés

❖ Utilizar sapatos adequados que evitem o atrito;



❖ Realizar higiene diária dos pés com sabonete neutro e água morna;



## Cuidado aos pés

❖ Secar bem entre os dedos e passar creme ou óleo hidratante, porém não entre os dedos;



❖ Cortar as unhas em corte reto, utilizar lima para eliminar pontas salientes;



❖ Evitar cortar os cantos das unhas;

---

# Obrigada

## Referências Bibliográficas

- ❖ Martins, R.; Hagen S. (2008) Ame as suas rugas, aproveite o momento; 1ª Edição, Lisboa: Coisas de ler Edições, Lda;
- ❖ Guyton, A.; Hall, J. (2002) Tratado de fisiologia médica; 10ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara.



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

<b>Tema/ título</b>	– Diabetes Mellitus
<b>Formadora</b>	– Carole Ramos
<b>Orientadora</b>	– Patrícia Coelho
<b>Enfermeiro Tutor</b>	– Enfermeira Sónia Fernandes
<b>Enquadramento</b>	– A formação será realizada durante o estágio referente ao módulo III – Estágio opcional – Lar Nossa Senhora da Misericórdia, no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa – Porto.
<b>Justificação</b>	– A diabetes é de extrema importância para população idosa pela elevada frequência de ocorrência e pelo facto de acarretar complicações macro vasculares (doença cardiovascular, cerebrovascular e de vasos periféricos) e micro vasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Essas complicações contribuem para a queda da qualidade de vida dos idosos.
<b>Objetivo da Formação</b>	– Fornecer informação sobre a diabetes à equipa multidisciplinar, idosos diabéticos e família.
<b>Objetivos pedagógicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Conhecer o que é a Diabetes e os tipos;</li><li>– Conhecer os sintomas e complicações da diabetes;</li><li>– Saber realizar a pesquisa de glicemia capilar;</li><li>– Saber administrar insulina e os locais;</li><li>– Conhecer sintomas de Hipo e Hiperglicemia;</li><li>– Conhecer os cuidados aos pés.</li></ul>
<b>Destinatário da</b>	– Equipa multidisciplinar;

<b>formação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Idosos diabéticos;</li> <li>– Família.</li> </ul>	
<b>Data e local de formação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 21 de novembro</li> <li>– Ginásio</li> </ul>	
<b>Duração da formação</b>	– 40 Minutos, divididos por:	
<i>Fases</i>	<i>Tempo Dispendido</i>	<i>Conteúdos</i>
Apresentação	2,5 Minutos	Apresentação da formadora.
Introdução	10 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Noções gerais sobre a Diabetes;</li> <li>– Abordagem sobre os tipos de diabetes;</li> <li>– Abordagem sobre como tratar o diabético segundo o tipo II.</li> </ul>
Desenvolvimento	10 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Recomendações sobre o plano alimentar;</li> <li>– Explicação de como se realiza a pesquisa de glicemia capilar;</li> <li>– Abordagem dos locais de administração de insulina;</li> <li>– Explicação sobre como administrar insulina.</li> </ul>
Conclusão	5 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Abordagem das complicações decorrentes da diabetes;</li> <li>– Abordagem dos sintomas de Hipo e Hiperglicemia;</li> <li>– Abordagem dos cuidados aos pés.</li> </ul>
Questões	10 Minutos	Possibilidade para equipa multidisciplinar, idosos e família colocarem questões.
Avaliação	2,5 Minutos	Entrega de questionários à equipa multidisciplinar.

<b>Método utilizado</b>	– Método expositivo
<b>Recursos didáticos</b>	– Computador e projetor multimédia
<b>Forma de Avaliação</b>	– Questionário acerca da satisfação da equipa multidisciplinar quanto à ação de formação

## **Anexo XXI**

Questionário Avaliativo da Opinião dos Participantes sobre ação de formação



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## Ação de formação: Diabetes Mellitus

Esta ficha de avaliação é confidencial, tendo como objetivo recolher as opiniões dos participantes acerca da sessão de formação. O seu preenchimento é facultativo e anónimo.

Para cada questão assinale com uma cruz, a opção pretendida.

8. Considera o tema desta ação de formação pertinente?

Nada pertinente    Pouco pertinente    Pertinente    Muito pertinente

9. A apresentação do tema foi de encontro aos objetivos expostos?

Nada    Pouco    Muito

10. Considera que a metodologia utilizada foi adequada?

Nada adequada    Pouco adequada    Adequada    Muito adequada

11. A ação de formação foi de encontro às suas expectativas?

Não    Sim, suficientemente    Sim, completamente    Sim, excedeu-as

12. O tempo disponibilizado para a apresentação foi suficiente?

Nada suficiente    Pouco suficiente    Suficiente    Muito suficiente

13. O tema abordado foi novo para si?

Não    Não, mas só tinha umas noções    Sim, completamente novo

14. Apreciação global da sessão?

Insuficiente    Suficiente    Bom    Muito Bom

**Comentários e sugestões:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Obrigada pela vossa atenção e disponibilidade!**

## **Anexo XXII**

Panfleto sobre Diabetes Mellitus

## Complicações da diabetes:

- Perda de visão;
- Insuficiência renal;
- Amputações de dedos, pés e pernas;
- Problemas cardíacos

## Cuidados aos pés

- Observar os pés diariamente;
- Utilizar sapatos adequados que evitem o atrito;



- Realizar a higiene diária dos pés com sabonete neutro e água morna



- Secar bem entre os dedos e passar creme ou óleo hidratante, porém não entre os dedos;



- Cortar as unhas em corte reto, utilizar lima para eliminar pontas salientes;

- Evitar cortar os cantos das unhas.



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

Realizado por: Enf.<sup>a</sup> Carole Ramos

Aluna da Pós-licenciatura em Enfermagem com  
Especialização em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica

NOVEMBRO 2011

A magnifying glass with a black handle and frame, focusing on the word "Diabetes" written in a bold, black, sans-serif font on a white background.

**Sou Diabético... O que é  
que preciso saber?**

**Lar Nossa Senhora  
da Misericórdia**

**Serviço de Saúde da Santa Casa da  
Misericórdia**

## O que é a Diabetes?

É uma doença crónica em que o açúcar no sangue (glicemia) sobe para valores acima dos normais. A insulina é uma hormona que ajuda o açúcar a ser utilizado pelo nosso organismo como fonte de energia. A diabetes surge por falta de insulina ou resistência à sua ação. Assim o açúcar não é utilizado e acumula-se no sangue.

## Tipos de Diabetes

Diabetes tipo I é quando o organismo não produz insulina.

Diabetes tipo II é quando o organismo ainda produz insulina mas a quantidade não é suficiente ou a insulina produzida não é eficaz.

## Alimentação

- Consumir alimentos saudáveis;
- Moderar nos hidratos de carbono (massa, pão, batata, arroz);
- Moderar nas proteínas (carne vermelha, queijo, conservas, enchidos);



- Reduzir gorduras (natas, manteiga, banha);
- Ingerir cereais integrais ricos em fibra;
- Restringir o consumo de algumas frutas (uvas, cerejas, bananas, figos)

## O diabético está proibido:

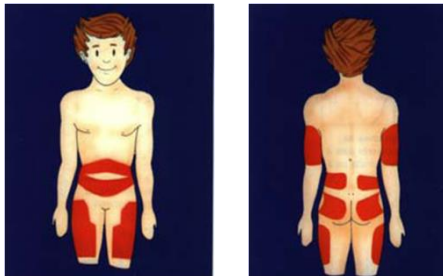
- Consumir açúcar;
- Alimentos que contêm açúcar na sua base (bolos, refrigerantes, gelados, biscoitos, bolachas).

## Glicemia Capilar

- Colocar a fita no aparelho;
- Picar o dedo (na parte lateral) e deixar cair a gota na zona indicada da fita;
- Registrar o valor.



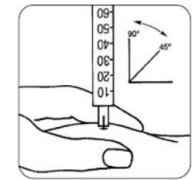
## Locais de administração de insulina:



- Abdómen, parte externa das pernas e nádegas;
- Alternar os locais de administração;
- Deixar um espaço 1,5 cm entre os locais.

## Administração de insulina:

- Agitar a insulina;
- Marcar as unidades;
- Desinfetar o local;
- Efetuar uma prega na pele;
- Inserir a agulha num ângulo de 90°;
- Injetar a insulina;
- Manter a agulha contando até 30;
- Retirar a caneta e manter abrigo da luz.



## **Anexo XXIII**

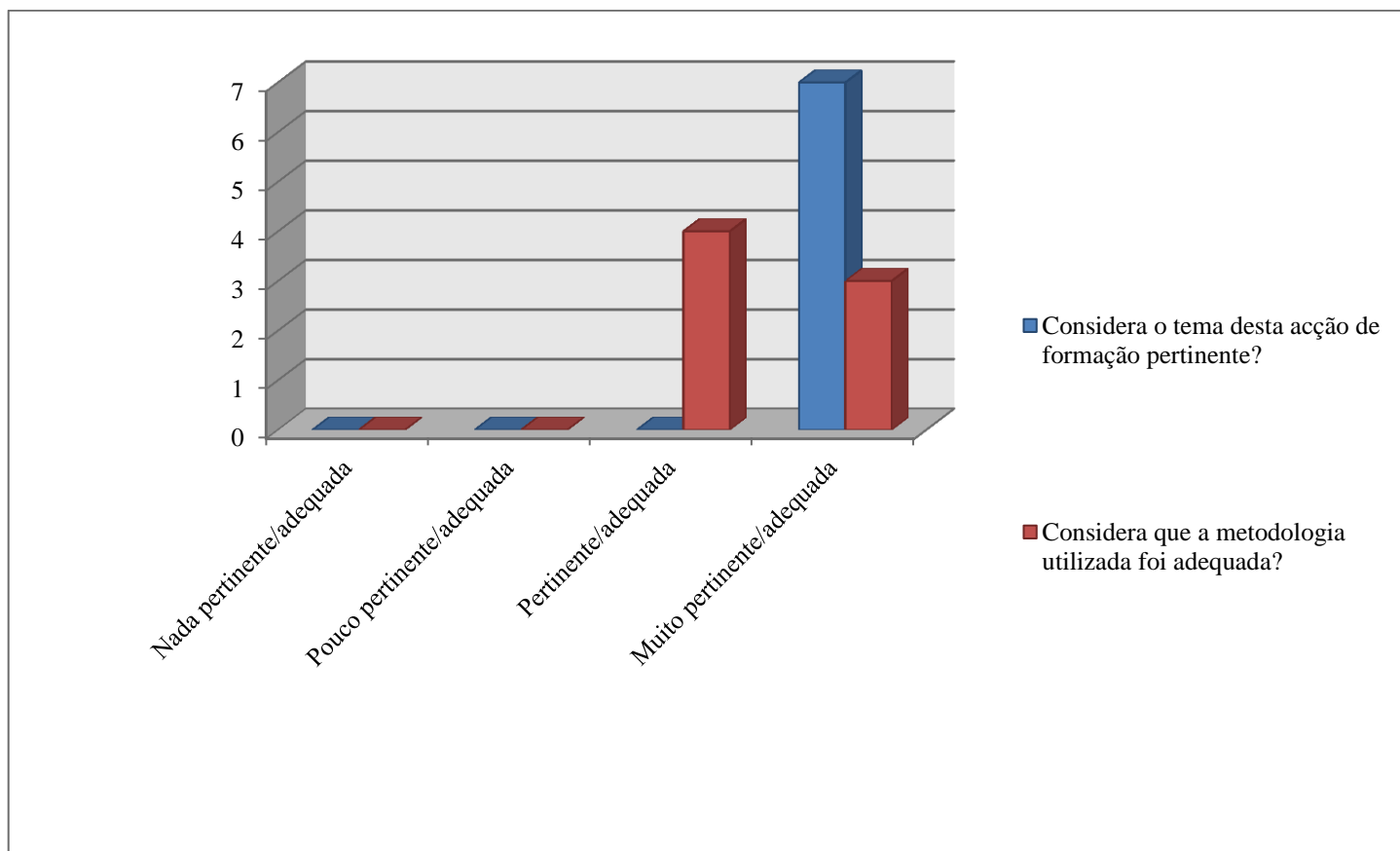
Tabela das respostas dos formandos: questionário avaliativo da opinião sobre ação de formação

<b>Hipóteses</b>	<b>Resultados</b>
<b>Questão: Considera o tema desta ação de formação pertinente?</b>	
Nada Pertinente	0
Pouco Pertinente	0
Pertinente	0
Muito Pertinente	7
<b>Questão: A apresentação do tema foi de encontro aos objetivos expostos?</b>	
Nada	0
Pouco	0
Muito	7
<b>Questão: Considera que a metodologia utilizada foi adequada?</b>	
Nada Adequada	0
Pouco Adequada	0
Adequada	4
Muito adequada	3
<b>Questão: A ação de formação foi de encontro às suas expectativas?</b>	
Não	0
Sim, suficientemente	1
Sim, completamente	5
Sim, excedeu-as	1
<b>Questão: O tempo disponibilizado para a apresentação foi suficiente?</b>	
Nada Suficiente	0
Pouco Suficiente	0
Suficiente	4
Muito Suficiente	3
<b>Questão: O tema abordado foi novo para si?</b>	
Não	3
Não, mas só tinha umas noções	4
Sim, completamente novo	0
<b>Questão: Apreciação global da sessão</b>	
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	4
Muito Bom	3

## **Anexo XXIV**

Gráfico 7 relativo à ação de formação que evidência a - Opinião dos formandos  
acerca do tema e metodologia utilizada

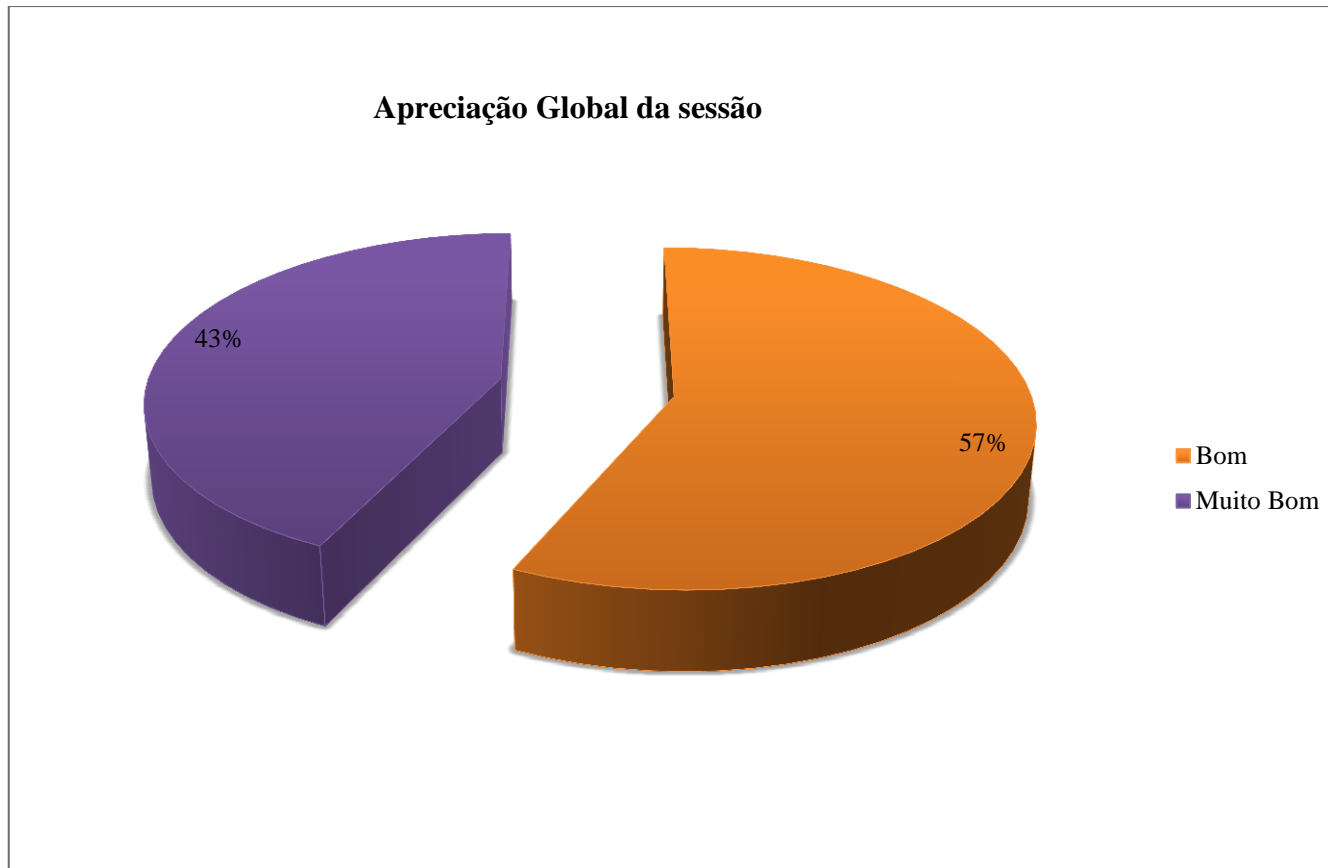
**Gráfico 7** - Opinião dos formandos acerca do tema e metodologia utilizada



## **Anexo XXV**

Gráfico 8 referente à ação de formação que demonstra a – Apreciação global da  
sessão

**Gráfico 8 –** Apreciação global da sessão



## **Anexo XXVI**

Questionário sobre a Pesquisa de neuropatia diabética e sua associação com  
controlo glicémico referente ao Projeto Acreditar

## Projeto Acreditar

Questionário – Pesquisa de neuropatia diabética e sua associação com controlo glicémico

1. ID   (3 primeiras consoantes do nome – 3 primeiras vogais do apelido)
2. Idade
3. Género: a) Feminino b) Masculino
4. Tipo de diabetes : a) Tipo 2 b) Tipo 1 c) outro
5. Duração da diabetes (em anos): \_\_\_\_ anos
6. Úlceras prévias: a) Não b) Sim
7. Amputação prévia: a) Não b1) Sim (acima do tornozelo)  
B2) Sim (abaixo do tornozelo)
8. Queimaduras nos pés prévias: a) Não b) Sim
9. Hipertensão arterial? a) Não b) Sim
10. Hábitos tabágicos? a) Não fumadores  
b) Ex-fumador  
c) Fumador atual
11. Tem algum (s) destes sintomas nas pernas?
  - a) Dor que agrava durante a noite mas melhora com a marcha.
  - b) Formigueiros.
  - c) Dor ao toque.
  - d) Sensação de queimadura ou choque elétrico.

12. Resultados exame físico:

1. Reflexo aquiliano:

- a) Presentes e simétricos.
- b) Abolidos.

2. Teste monofilamento:

- a) Normal
- b) Anormal

3. Teste diapasão:

- a) Normal
- b) Anormal

4. Sensibilidade térmica

- a) Normal
- b) Anormal

13. Valor da HbA1C: \_\_\_\_\_

## **Anexo XXVII**

Trabalho sobre Psimotrocidade



# *Psicomotricidade*



Elaborado por:  
Carole Ramos

## *Idoso em nossa sociedade*

Se tomarmos como visão futura que a longevidade pode e deve ser saudável, vamos verificar a inevitabilidade do envelhecer. Mas é possível retardar esse processo através de todos os mecanismos atuais das pesquisas científicas apresentadas pela medicina atual.

Os humanos, há 5.000.000 anos, viviam em média 15 anos; já na Roma Antiga, 400 a.C., a expectativa de vida era de 19 anos; na Idade Média, séculos XIV-XVI, 30 anos; no final do século XIX, 47 anos; no século XX, 50 anos; nos dias atuais, 84 anos, sendo a previsão para 2025 de 103 anos e, para 2080, 200 anos. Portanto, precisamos nos preparar para este desafio. A maior parte do que hoje se sabe sobre o envelhecimento é fruto de pesquisas realizadas nas últimas décadas. Toda a evolução do conhecimento modifica conceitualmente o envelhecimento, respondendo não apenas a uma nova gama de interesses profissionais, mas também às necessidades originadas por uma verdadeira explosão demográfica da população idosa.

Não é necessário apenas maior interesse em conhecer o envelhecimento. Há, também, e principalmente, uma enorme necessidade de que ele seja rápida e amplamente compreendido em todas as suas nuances orgânicas, psíquicas e sociais. Afinal, o atendimento ao idoso já se coloca entre os principais problemas de saúde pública.

## *Psicomotricidade*

A psicomotricidade é a ciência do homem. Considera os aspectos biológicos, antropológicos, sociológicos e culturais, respeitando a abordagem filogenética (bioantropológica) e ontogenética (psicobiológica) do desenvolvimento da espécie humana. O desenvolvimento da criança recapitula, acelera e qualifica o da espécie humana. Ele compreende todas as mudanças contínuas ocorridas desde a concepção ao nascimento e do nascimento à morte.

O desenvolvimento humano é um processo contínuo, iniciado na concepção, seguido por metamorfoses sequenciais até a morte, de tal forma que cada estágio apresenta um determinado nível de maturidade. O ser humano caminha para uma maturidade, vence vários obstáculos e realiza várias aquisições essenciais para lidar com

as realidades existentes. Posteriormente evolui para uma imaturidade, que se inicia na terceira idade.

As complexas capacidades inatas transformam-se em novas fontes de informação por meio de novas aprendizagens, consubstanciando-se em si o fator causal do desenvolvimento.

A evolução humana contém uma reorganização do nascimento à morte, desde a criança, passando, pelo adulto até o idoso. Em cada fase há algo sazonal idêntico à sequência das estações: primavera (criança), verão (jovem), outono (adulto) e inverno (idoso). Portanto, a evolução caminha para a “involução”, num processo inverso. Tudo está programado para se desintegrar. A chamada “involução”, isto é, a mudança de comportamento intrínseca no período final da vida, implica numa deterioração, peça por peça, de todos os nossos sistemas, propriedades e funções. Essas transformações são encaradas patologicamente, mas representam o efeito inevitável do avanço da idade. Na sequência dos fatores de desenvolvimento há a noção inversa, que é a retro gênese humana.

As mudanças, da infância à adolescência, desde a idade adulta até a velhice, são inevitáveis. Elas atingem todas as áreas do comportamento humano e, naturalmente, a psicomotricidade.

O destino humano é cheio de mudanças estruturais e funcionais, mas que não podem ser encaradas com doenças e, sim, como processos adaptativos a situações, circunstâncias que formarão uma nova organização psicomotora. Para que o idoso minimize os efeitos da retro gênese psicomotora – como a lentidão cognitiva e motora, as alterações psíquicas e comportamentais é preciso que ele participe em programas de intervenção baseados em métodos científicos, pedagógicos e criativos, colocando o corpo em movimento, o cérebro em produção e a alma em alegria. As propostas devem ser as mais variadas e diversificadas possíveis, abrangendo desde o relaxamento, formas estáticas e dinâmicas de equilíbrio, tonicidade, coordenação, atenção, observação e memória, até simples propostas de reflexão e meditação. E mais, atividades de reintegração, simbolismo da imagem corporal, exploração de atividades de verbalização e situações de elaboração prática.

O envelhecimento é inevitável, constitui uma etapa da vida em que é preciso aprender, uma vez que exige adaptação. Nesse sentido a psicomotricidade pode exercer um efeito preventivo – conservando a tonicidade funcional, controle postural flexível, boa imagem do corpo, organização espacial e temporal, etc – perfeitamente adaptadas às

necessidades funcionais específicas do idoso. Assim, possibilita escapar à imobilidade, passividade, isolamento, solidão, depressão, dependência e segregação, dando à fase terminal da vida a dignidade que ela merece.

A psicomotricidade é um caminho que abre possibilidades aos idosos de encontrarem outras formas de fazer, outras maneiras de pensar, outros sonhos a realizar..., aprendendo a envelhecer com felicidade e prazer.

## *Plano de Atividades*

O plano de atividades pretende, através da operacionalização das suas estratégias, contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às necessidades da população idosa. Pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas, assim como a sua participação ativa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência. Visa oferecer ao idoso, uma melhor qualidade de vida através da valorização das atividades de caráter preventivo, mantendo os movimentos ainda existentes do idoso, trabalhando esquema e imagem corporal. Assim, são propostas um conjunto de exercícios retirados do livro - *Terceira idade – Atividades criativas e recursos práticos*.

### **Exercícios de Alongamento**

#### *PESCOÇO*

- Inclinar a cabeça para o lado, puxando-a com uma das mãos. Manter o outro braço esticado e com a mão estendida

#### *OMBRO*

- Puxar com uma das mãos o cotovelo até sentir alongar a região posterior do ombro

#### *PUNHOS*

- Manter um dos braços estendidos. Dobrar o punho para baixo com o auxílio da outra mão. Repetir o mesmo com o outro punho
- Flexionar o polegar, segurá-lo com os dedos e realizar um movimento de desvio para baixo
- Com os braços retos e para os lados, girando lentamente as mãos em círculo trabalhando os punhos

### *Pescoço*

- Inclinar a cabeça para a esquerda, para a direita, para a frente e para trás. Manter cada posição por alguns segundos

### *Ombro*

- Com os braços soltos e com as mãos apontadas para baixo, executar um movimento giratório para a frente e para trás, três vezes para cada lado

### *Pontas dos dedos*

- Com a mão direita estendida, dedos juntos e palma voltada para baixo, forçar os dedos contra a palma da esquerda, mantendo a posição por alguns segundos e soltá-los suavemente. Repetir a flexão nos dedos da outra mão

## **Exercício respiratório**

- Atravessar a sala, contando o número de respirações efetuadas no deslocamento
- Perguntar o número de respirações
- Explicar a forma incorreta de respirar: respiração torácica e mesmo tempo de inspiração e expiração
- Realizar novo deslocamento, tentando alongar o tempo de expiração e considerando a respiração abdominal
- Perguntar se o número respirações diminui
- Posteriormente introduzir o movimento de braços. Ao inspirar, erguer os braços e expirar baixá-los lentamente

## **Exercícios sentados**

1. Dobrar a cabeça para a frente para trás, para a direita e para a esquerda
2. Levantar e baixar, primeiro, um ombro de cada vez e, depois, os dois juntos
3. Entrelaçar os dedos atrás da cabeça e fazer movimentos para a frente e para trás, para a direita e para a esquerda, com a parte superior do corpo
4. Esticar e dobrar os braços, abrindo e fechando as mãos
5. Com os braços estendidos, rodar o corpo para a direita e para esquerda
6. Colocar as mãos atrás da nuca e tentar chegar com o cotovelo esquerdo ao joelho direito. De seguida, tentar chegar aos joelhos com os dois cotovelos
7. Esticar a perna esquerda dobrando-a sobre a direita. Fazer o mesmo com a perna direita
8. Esticar as duas pernas separando-as e juntando-as. De seguida, fazer o movimento de tesoura
9. Esticar o mais possível o braço e a perna em sentido diagonal
10. Exercício de empurre
  - a. Flexionar uma perna
  - b. Levantar o pé o mais alto possível
  - c. Empurrar lentamente o calcanhar para diante, até que a perna esteja esticada
  - d. Fazer p mesmo exercício do lado contrario
11. Levantar-se do banco e voltar a sentar-se
  - a. Inclinar o tronco para a frente
  - b. Levantar o corpo mantendo as mãos apoiadas no banco
  - c. Soltar as mãos e endireitar o tronco
  - d. Sentar, flexionando os joelhos e ancas inclinando o tronco bem para a frente e com as mãos apoiadas no banco
  - e. Posição sentado, de costas direitas
12. Levantar-se balançando os braços
  - a. Balançar ambos os braços para trás
  - b. Ao balançar os braços para a frente, levantar o corpo obliquamente para a frente e para cima
  - c. De pé, bater palmas acima da cabeça

- d. Ao sentar com os braços bem esticados para a frente flexionar as ancas e os joelhos e sentar-se lentamente

**13. Exercícios sentado com bola**

- a. Sentado com a bola entre as mãos, elevar a bola até o cimo da cabeça – seguir a bola com a vista
- b. Bater a bola a partir do lado de trás, da direita para esquerda passando diante os pés
- c. Pegar a bola com a mão esquerda e bater a bola para a direita passando diante dos pés
- d. Bater a bola agarrando do lado direito com ambas as mãos
- e. Passar a bola com ambas as mãos acima da cabeça
- f. Bater a bola agarrando do lado esquerdo com ambas as mãos
- g. Lançamento da bola:
  - ✓ Grupos de 2
  - ✓ Lançar a bola ao parceiro em diversas direções (para cima, para baixo, para a direita e para a esquerda)
  - ✓ Rolar a bola pelo solo e, a seguir, agarrar a bola lançando pelo ar ao companheiro acima da cabeça

## **Exercícios de Pé**

1. Balançar, varias vezes, um braço para a frente e outro para trás, com os joelhos ligeiramente fletidos. De seguida juntar os braços e balança-los para a direita e para a esquerda
2. Com as pernas separadas, esticar os braços acima da cabeça, deixar cair o corpo para a frente e balançar os braços
3. Com um braço levantado e outro na cintura, fletir o corpo para a direita e para a esquerda
4. Com as pernas separadas, dobrar o corpo sobre a perna direita e esquerda, fletindo ligeiramente os joelhos
5. Com os pés juntos, levantar os calcanhares e voltar à posição inicial
6. Bater, alternadamente, com o calcanhar direito e esquerdo no chão. Fazer o mesmo exercício, mas, com as pontas dos pés
7. Juntar as pernas e esticar, uma de cada vez, para o lado. Marchar no mesmo e, de seguida, levantar uma perna, tentando tocar com o joelho no peito. Fazer o mesmo exercício com a outra
8. Levantar uma perna esticada e tentar bater palmas. Repetir o exercício com a outra perna. Terminar sacudindo as pernas para relaxar
9. Caminhar até o outro lado de sala (esquerda, direita – esquerda direita), batendo palmas
10. Exercícios de caminhar
  - a. Passo com o pé direito, bater palmas adiante do tronco
  - b. Passo com o pé esquerdo, bater palmas por detrás do tronco
  - c. Caminhar para um lado como um boneco
  - d. Bater palmas em cima, no meio
  - e. Caminhar para o outro lado como um boneco (repetir o exercício c, d,e)

## Atividades

### *Com bola*

- Organizar o grupo em círculo
- Jogar a bola para o alto, dizer o nome e depois passar a bola ao colega
- Jogar a bola para o alto, passando-a à pessoa que estiver à sua direita e dizendo o nome desta. Até que todos do círculo participem
- Fazer o mesmo, para a esquerda
- A pessoa que tiver a bola lança para qualquer outra pessoa do círculo, dizendo o nome desta
- A pessoa que tiver a bola deve colocar-se ao centro do círculo e lançá-la para qualquer outra pessoa, dizendo o nome desta e mudando de lugar. A pessoa nomeada passa ao centro, e assim sucessivamente
- A pessoa no centro que tem a bola, lança-a qualquer um dos componentes do grupo e este deve bater palmas antes de recebê-la. A pessoa do centro deve permanecer um certo tempo em seu posto, e a bola sempre retornará para ela

### *Com balões*

- Sentados em círculo
- Descalços, massajar o balão com a planta dos pés
- Fazer o balão rodar entre as mãos
- Fazer o balão rodar entre os braços
- Trocar o balão de mão passando-o pela frente e por trás na altura da cintura
- Passar o balão por baixo de uma perna e outra. Levantando cada perna
- Passar o balão por baixo, flexionando o tronco para a frente
- Braços estendidos na linha dos ombros, mantendo o balão numa das mãos, fazer rotações
- Aproximar e separa os balões

## **Auto massagem**

- Iniciar sentado, costas eretas, posição confortável
- Concentração com olhos fechados, respiração calma
- Afastar pensamento e voltar atenção para si mesmo
- Colocar as mãos no rosto (cobrindo-o), transmitir carinho e energia
- Tapar os ouvidos por 10 segundos
- Deslizar os 8 dedos pela testa, 4 para cada lado
- Pressão sobre os pontos:
  - Canto interno da orbita ocular
  - Canto externo da orbita ocular
  - Encontro das sobrancelhas
  - Final das sobrancelhas
- Massajar com cuidado os globos oculares, com pressão suave sobre as pálpebras
- Deslizar pelas vertentes do nariz, saindo lateralmente sobre o musculo zigomático
- Massajar pavilhão da orelha e lóbulo
- Seguir o desenho interno das orelhas com as pontas dos indicadores
- Friccionar com polpa dos dez dedos o couro cabeludo
- Pressionar com as pontas dos dedos a caixa craniana
- Pressionar logo abaixo da caixa craniana, acima dos músculos que ladeiam a coluna cervical
- Elevar os braços e dobrar para trás, caminhando com as mãos para baixo (partindo dos ombros) em direção à cintura
- Massajar os ombros do centro para as laterais
- Segurar a nuca e girar a cabeça: cima/baixo/lateral
- Segurar com uma das mãos o ombro oposto, enquanto gira-se o ombro 360°
- Repetir do outro lado da mesma forma
- Deitar de costas, elevar a cabeça do chão, girando a cabeça lentamente, soltando o ar, e baixá-la, também lentamente
- Em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas e pés no chão
- Com a ponta dos dedos, massajar o intestino grosso, subir pela direita seguindo o cólon ascendente, atravessar para esquerda seguindo o cólon transverso e descer pelo cólon descendente

- Repetir 3 vezes esta sequencia lentamente e com a musculatura abdominal relaxada
- Com as pernas dobradas, girar a base da coluna para cima, para baixo e lateralmente, deitando as pernas ate tocar com os joelhos no chão
- Segurar os joelhos com as mãos e aproximá-los do tronco, soltando o ar, tocar cada vértebra no chão
- Pés no chão, pernas flexionadas. Elevar o quadril e baixá-lo lentamente, soltando o ar quando elevar o quadril
- Massajar com as pontas dos dedos os espaços intercostais
- Massajar a clavícula, do centro para as laterais
- Unir os joelhos elevados, com os pés no chão e percutir pelo lado externo da coxa e da perna, sempre do quadril para o pé, repetidamente
- Dar atenção aos joelhos e tornozelos, principalmente as articulações
- Massajar desde o ombro até a mão, com a palma da mão para cima
- Massajar com a palma da mão para baixo, a face externa do braço até o ombro novamente
- Tocar com atenção as articulações: ombro, cotovelo e pulso
- Massajar as palmas e dorso das mãos
- Depois massajar atentamente os dedos, desde a articulação até à extremidade
- Pressionar as extremidades de cada dedo
- Flexionar os dedos, pressionando as articulações entre as falanges
- Massajar as solas dos pés, com os polegares pressionando cada ponto. Percutir com a mão fechada sobre o calcâneo
- Massajar os dedos dos pés, com o mesmo cuidado que os dedos da mão

## Plano das Sessões

<b>Tema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicomotricidade</li> </ul>
<b>Formador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carole Ramos</li> </ul>
<b>Enquadramento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ As aulas decorreram durante o estágio referente ao módulo III – Estágio opcional – Lar Nossa Senhora da Misericórdia, no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa – Porto.</li> </ul>
<b>Justificação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O Envelhecimento afeta todos os sistemas importantes do organismo levando a diminuição da funcionalidade (física e cognitiva). A dependência tende a aumentar com a idade, pelo que compete ao Enfermeiro promover a atividade física, desta forma melhorar a capacidade funcional e a saúde do idoso prevenindo e atenuando a severidade de certas doenças.</li> <li>▪ A psicomotricidade pretende manter o máximo de tempo possível as funções preservadas do doente, proporcionando-lhe a sensação de segurança e transmitindo a consciência que se está a tentar reabilitar os seus défices. A Terapia de Psicomotricidade permite que o próprio corpo seja uma ferramenta através da qual se exercita a mente e vice-versa, reforçando a relação e coordenação entre ambos.</li> </ul>
<b>Objetivo da formação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tornar o idoso o mais independente possível</li> <li>▪ Prevenir o agravamento das incapacidades</li> <li>▪ Contribuir para o seu bem-estar psíquico</li> <li>▪ Promover o aumento da sua interação social através de atividades em grupo</li> </ul>
<b>Destinatário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupo de idosos, cerca de 6 a 8</li> </ul>
<b>Datas e local</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Datas a designar</li> <li>▪ Ginásio</li> </ul>

<b>Conteúdos a serem abordados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atividades de reconhecimento do esquema corporal</li> <li>▪ Atividades para manter e desenvolver a condição física</li> <li>▪ Atividades de estabelecimento de relações interpessoais</li> </ul>
<b>Duração</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entre 50 e 70 minutos</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Fases</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aquecimento: 15 a 20 minutos – exercícios de alongamento</li> <li>▪ Dinâmica de grupo: 20 a 30 minutos – exercícios sentado e de pé, atividades com bola e balões</li> <li>▪ Relaxamento: 10 a 15 minutos – auto massagem</li> <li>▪ Avaliação: 5 minutos</li> </ul>
<b>Metodologia utilizada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Método expositivo</li> </ul>
<b>Recursos didáticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bola</li> <li>▪ Balões</li> </ul>
<b>Forma de avaliação</b>	<p><i>Avaliação inicial</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exame físico breve</li> <li>▪ Índice de Barthel</li> </ul> <p><i>Avaliação continua</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escala de faces</li> </ul> <p><i>Avaliação final</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escala de Barthel</li> <li>▪ Escala de avaliação do grau de satisfação com o programa</li> </ul>

## Exame físico

### Avaliação Inicial do Estado Físico

	Sim	Não	Qual
<b>Patologia Cardíaca</b>			

Pressão arterial			mmHg
Frequência cardíaca			bpm

	Sim	Não	Qual
<b>Patologia do aparelho osteo-musculo-articular</b>			

	Sim	Não	Qual
<b>Patologia do aparelho respiratório</b>			

	Sim	Não
<b>Outras patologias</b>		

## Escala de Barthel

**Índice de Barthel**

cotação (de 0 a 100)

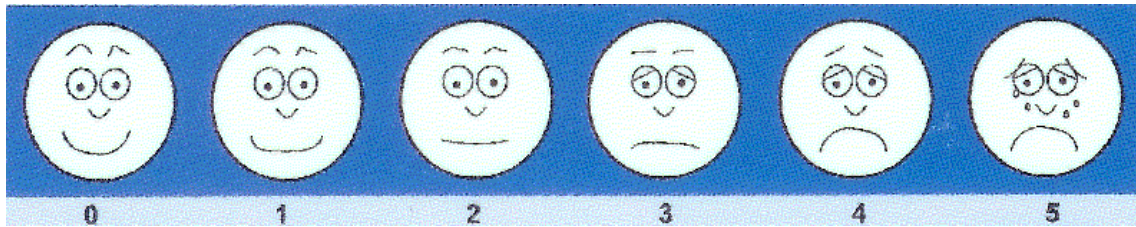
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado
<b>BANHO</b>		
5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>VESTIR</b>		
10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda
<b>ARRANJO PESSOAL</b>		
5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>DEFECAÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	
<b>MICÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente	
<b>W.C.</b>		
10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>		
15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULAÇÃO</b>		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.
<b>ESCADAS</b>		
10	Independente	Capaz de subir ou descer um lance de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

<20 Totalmente dependente; 20-35 severamente dependente;

40-55 Moderadamente dependente; > =60 Pontos ligeiramente dependente

100 Pontos independente

## Escala de Faces



Escala de avaliação do grau de satisfação com o programa

**Questionário de avaliação do Programa de Psicomotricidade**

**1- Sentiu que estas sessões contribuíram para melhorar a sua qualidade de vida/bem-estar?**

Sim  Não

Se sim, de que forma/explique:

---

---

---

---

**2- Na sua opinião, obteve melhorias/benefícios?**

Sim  Não

**Se sim, mais a nível físico (mobiliza-se com mais facilidade, mais força muscular, ...) ou a nível psicológico (humor, memória, ...)?**

---

---

---

---

**3- Considera que os exercícios/actividades realizados foram apropriados?**

Sim  Não

**4- As sessões estão divididas em três partes: Aquecimento (mobilização de todas as articulações), dinâmicas de grupo e relaxamento. Qual a parte que mais gostou?**

---

---

---

**5- Gostava de voltar a participar num programa igual?**

Sim  Não

**6- Sentiu benefícios apenas no dia em que veio ou estes prolongaram-se nos dias seguintes?**

---

---

---

**7- Na sua opinião, os técnicos foram directivos ou permitiram sugestões?**

---

---

---

**Avalie quantitativamente o programa**

I-----I  
Não gostou Gostou Muito

## **Bibliografia**

- Geis, P; Rubí, M. (2003) Terceira idade – Atividades criativas e recursos práticos, Porto Alegre: Editora Artmed;
- Velasco, C (2006) Aprendendo a Envelhecer ... à luz da psicomotricidade, São Paulo: Phorte editora.

## **Anexo XXVIII**

Exame Físico: Avaliação inicial, incluído no programa de Psicomotricidade

## Exame Físico

### Avaliação Inicial do Estado Físico

Nome: N. C

*Patologia cardíaca* – Sim

*Qual* – bradicardia, extrasístolia SV rara, ICC e HTA

*Pressão arterial* – 182/81

*Frequência cardíaca* – 67 bpm

*Patologia do aparelho osteo-musculo-articular* – Sim

*Qual* – osteoporose, osteoartroses múltipla

*Patologia do aparelho respiratório* – Não

*Outras patologias* – Sim

*Quais* – diabetes insulino-dependente, gastrite crónica, hérnia do hiato esofágico e síndrome desmemorização

---

Nome: J.

*Patologia cardíaca* – Sim

*Qual* – enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca severa e HTA

*Pressão arterial* – 103/48

*Frequência cardíaca* – 52 bpm

*Patologia do aparelho osteo-musculo-articular* – Não

*Patologia do aparelho respiratório* – Não

*Outras patologias – Sim*

*Quais – enfarte cerebral de território das artérias cerebral media e posterior, síndrome de desmemorização*

---

*Nome: A.V*

*Patologia cardíaca – Sim*

*Qual – HTA, insuficiência da válvula mitral grau 1, insuficiência tricúspide de grau 1 e dilatação auricular esquerda*

*Pressão arterial – 137/61*

*Frequência cardíaca – 46 bpm*

*Patologia do aparelho osteo-musculo-articular – Não*

*Patologia do aparelho respiratório – Sim*

*Qual - DPOC*

*Outras patologias – Sim*

*Quais – síndrome varicos dos MI, operada às cataratas, operada a neoplasia do reto*

---

*Nome: A. F*

*Patologia cardíaca – Sim*

*Qual – HTA, aorta bicúspide, dilatação auricular esquerda, disritmia*

*Pressão arterial – 127/83*

*Frequência cardíaca – 60 bpm*

*Patologia do aparelho osteo-musculo-articular – Sim*

*Qual* – doença degenerativa osteo-articular

*Patologia do aparelho respiratório* – Não

*Outras patologias* – Sim

*Quais* – degeneração macular, doença hemorroidária

---

*Nome:* A. G

*Patologia cardíaca* – Sim

*Qual* – alterações degenerativas da válvula aórtica, sem aparente significado funcional

*Pressão arterial* – 126/67

*Frequência cardíaca* – 76 bpm

*Patologia do aparelho osteo-musculo-articular* – Sim

*Qual* – paraplégico por lesão medular

*Patologia do aparelho respiratório* – Não

*Outras patologias* – Não

## **Anexo XXIX**

Índice de Barthel: Avaliação inicial, incluído no programa de Psicomotricidade

# Índice de Barthel

## Avaliação inicial

Nome: N. C

Índice de Barthel		cotação (de 0 a 100)
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado
<b>BANHO</b>		
5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>VESTIR</b>		
10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda
<b>ARRANJO PESSOAL</b>		
5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>DEFECAÇÃO</b>		
10	Contínente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontínente	
<b>MICÇÃO</b>		
10	Contínente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontínente	
<b>W.C.</b>		
10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>		
15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULAÇÃO</b>		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.
<b>ESCADAS</b>		
10	Independente	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

Pontuação: 100 Independente

Nome: J

Índice de Barthel		cotação (de 0 a 100)
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado
<b>BANHO</b>		
5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>VESTIR</b>		
10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda
<b>ARRANJO PESSOAL</b>		
5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>DEFECAÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	
<b>MICÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente	
<b>W.C.</b>		
10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>		
15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULAÇÃO</b>		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.
<b>ESCADAS</b>		
10	Independente	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

Pontuação: 100 Independente

Nome: A. V

Índice de Barthel		cotação (de 0 a 100)
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado
<b>BANHO</b>		
5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>VESTIR</b>		
10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda
<b>ARRANJO PESSOAL</b>		
5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>DEFECAÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	
<b>MICÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente	
<b>W.C.</b>		
10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>		
15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULAÇÃO</b>		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.
<b>ESCADAS</b>		
10	Independente	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

Pontuação: 100 Independente

Nome: A. F

Índice de Barthel		cotação (de 0 a 100)
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado
<b>BANHO</b>		
5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>VESTIR</b>		
10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda
<b>ARRANJO PESSOAL</b>		
5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>DEFECAÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	
<b>MICÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente	
<b>W.C.</b>		
10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>		
15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULAÇÃO</b>		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.
<b>ESCADAS</b>		
10	Independente	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

Pontuação: 75 Ligeiramente dependente

Nome: A.G

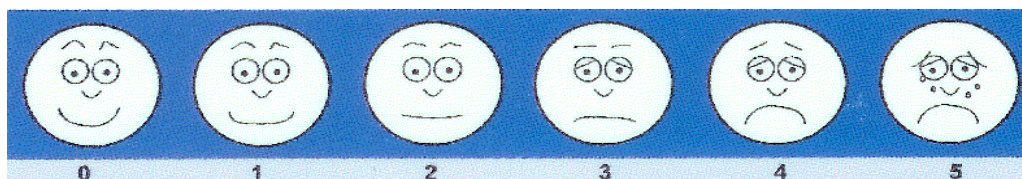
Índice de Barthel		cotação (de 0 a 100)
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado
<b>BANHO</b>		
5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>VESTIR</b>		
10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda
<b>ARRANJO PESSOAL</b>		
5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>DEFECAÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	
<b>MICÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente	
<b>W.C.</b>		
10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>		
15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULAÇÃO</b>		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.
<b>ESCADAS</b>		
10	Independente	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

Pontuação: 70 Ligeiramente dependente

















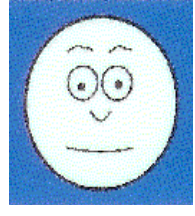
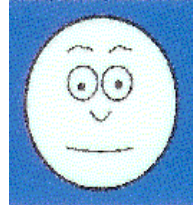
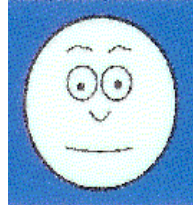
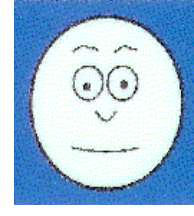
## **Anexo XXX**

Escala de Faces: Avaliação contínua, incluído no programa de Psicomotricidade

### Escala de Faces



### Avaliação Contínua

<i>Programa de Psicomotricidade</i>				
Nomes	1º Sessão	2º Sessão	3º Sessão	4º Sessão
N. C				
J. R				
A. V				
A. F				
A. G				

## **Anexo XXXI**

Índice de Barthel: Avaliação final, incluído no programa de Psicomotricidade

# Índice de Barthel

## Avaliação final

Nome: N. C

Índice de Barthel		cotação (de 0 a 100)
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado
<b>BANHO</b>		
5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>VESTIR</b>		
10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda
<b>ARRANJO PESSOAL</b>		
5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>DEFECAÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	
<b>MICÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente	
<b>W.C.</b>		
10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>		
15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULAÇÃO</b>		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.
<b>ESCADAS</b>		
10	Independente	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

Pontuação: 100 Independente

Nome: J

Índice de Barthel		cotação (de 0 a 100)
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado
<b>BANHO</b>		
5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>VESTIR</b>		
10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda
<b>ARRANJO PESSOAL</b>		
5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>DEFECAÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	
<b>MICÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente	
<b>W.C.</b>		
10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>		
15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULAÇÃO</b>		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.
<b>ESCADAS</b>		
10	Independente	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

Pontuação: 100 Independente

Nome: A. V

Índice de Barthel		cotação (de 0 a 100)
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado
<b>BANHO</b>		
5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>VESTIR</b>		
10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda
<b>ARRANJO PESSOAL</b>		
5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>DEFECAÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	
<b>MICÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente	
<b>W.C.</b>		
10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>		
15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULAÇÃO</b>		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.
<b>ESCADAS</b>		
10	Independente	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

Pontuação: 100 Independente

Nome: A. F

Índice de Barthel		cotação (de 0 a 100)
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado
<b>BANHO</b>		
5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>VESTIR</b>		
10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda
<b>ARRANJO PESSOAL</b>		
5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>DEFECAÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	
<b>MICÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente	
<b>W.C.</b>		
10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>		
15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULAÇÃO</b>		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.
<b>ESCADAS</b>		
10	Independente	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

Pontuação: 75 Ligeiramente dependente

Nome: A.G

Índice de Barthel		cotação (de 0 a 100)
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado
<b>BANHO</b>		
5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>VESTIR</b>		
10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda
<b>ARRANJO PESSOAL</b>		
5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda
<b>DEFECAÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	
<b>MICÇÃO</b>		
10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente	
<b>W.C.</b>		
10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>		
15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULAÇÃO</b>		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.
<b>ESCADAS</b>		
10	Independente	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

Pontuação: 70 Ligeiramente dependente

## **Anexo XXXII**

Escala de avaliação do grau de satisfação do programa: Avaliação final, incluído no programa de Psicomotricidade

## Escala de Avaliação do grau de satisfação com o programa

### Avaliação Final

Hipóteses	Resultados
<b>Questão:</b> <i>Sentiu que estas sessões contribuíram para melhorar a sua qualidade de vida/bem-estar?</i>	
Sim	5
Não	0
<b>Questão:</b> <i>Na sua opinião, obteve melhorias/benefícios?</i>	
Sim	5
Não	0
<b>Questão:</b> <i>Se sim mais a nível físico (mobiliza-se com mais facilidade, mais força muscular, ...) ou a nível psicológico (humor, memória, ...)?</i>	
Nível físico	2
Nível psicológico	1
Ambos	2
<b>Questão:</b> <i>Considera que os exercícios/atividades realizados foram apropriados?</i>	
Sim	5
Não	0
<b>Questão:</b> <i>As sessões estão divididas em três partes: Aquecimento, dinâmicas de grupo e relaxamento. Qual a parte que mais gostou?</i>	
Aquecimento	0
Dinâmicas de grupo	0
Relaxamento	2
As três	3
<b>Questão:</b> <i>Gostava de voltar a participar num programa igual?</i>	

Sim	5
Não	0
<b>Questão:</b> <i>Sentiu benefícios apenas no dia em que veio ou estes prolongaram-se nos dias seguintes?</i>	
1 ° Dia	1
Dias seguintes	4
<b>Questão:</b> <i>Na sua opinião, os técnicos foram diretivos ou permitiram sugestões?</i>	
Diretivos	0
Permitiram sugestões	5
<b>Questão:</b> <i>Avalie quantitativamente o programa</i>	
Não gostou	0
Gostou	1
Gostou muito	4

## **Anexo XXXIII**

Gráfico 9 relativo ao programa de Psicomotricidade que demonstra a –  
Apreciação Global do Programa de Psicomotricidade

**Gráfico 9 – Apreciação Global do Programa de Psicomotricidade**

