



**5º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**Vertente Pessoa Idosa**

Prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa  
internada no serviço de urgência:

A parceria como intervenção de enfermagem  
no cuidado à pessoa idosa e família para a promoção do  
cuidado de Si.

**Ana Filipa Alves Duarte**

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



**5º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**Vertente Pessoa Idosa**

Prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa  
internada no Serviço de Urgência:

A parceria como intervenção de enfermagem  
no cuidado à pessoa idosa e família para a promoção do  
cuidado de Si.

**Ana Filipa Alves Duarte**  
**Professora Doutora Idalina Gomes**

2015

## AGRADECIMENTOS

À professora Idalina Gomes o contributo essencial nesta conquista. O incentivo, a partilha de conhecimentos e a motivação para mudar, melhorar, continuar...

Aos enfermeiros orientadores, a disponibilidade, a simpatia com que me receberam, a amizade que se construiu e o trabalho desenvolvido em conjunto...

Ao amigo enfermeiro Valente por me ensinar a arte de ser Enfermeiro e estar aqui para ajudar...cuidar...

Aos colegas e amigos de equipa que me apoiaram, envolveram-se neste projeto e o sentiram como seu...

Aos meus Amigos a espera, os encontros que foram adiados e remarcados...

Aos colegas de mestrado, a boleia para Lisboa, os sorrisos em dias difíceis

À Verónica, que num dia quente de praia, me desafiou a voltar à escola...

À minha família pelo apoio, aos meus pais...por nunca me deixarem desistir...por tudo...

A ti, que amo, e sempre estiveste a meu lado

A todos o meu sincero Obrigada!

## LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde  
ABVD - Atividades Básicas de Vida Diárias  
BIPAP - Bilevel Positive Airway Pressure  
CDR - *Clinical Dementia Rating*  
DGS – Direção Geral de Saúde  
EPUAP/NPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel/ National Pressure Ulcer Advisory panel  
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
GPTF - Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
NICE – National Institute for Health and Care Excellence  
PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes  
PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
SA – Sala Aberta  
SNS – Sistema Nacional de Saúde  
SU – Serviço de Urgência  
SUG – Serviço de Urgência Geral  
RSL – Revisão Sistemática da Literatura  
UP – Úlceras por pressão  
UCC – Unidade Cuidados Comunidade  
MMSE – Mini Mental State Examination  
MNA - Mini Nutricional Assessment

## RESUMO

Na pessoa idosa as complicações da hospitalização são mais evidentes, sendo a ocorrência de úlceras por pressão (UP) um problema de elevada prevalência, morbidade e mortalidade, custos económicos, dor, alteração da qualidade de vida e aumento da duração do internamento. Apesar de ser um problema complexo este pode ser prevenido, através de uma atitude proactiva e preventiva na abordagem à pessoa em risco de desenvolvimento de UP.

Este projeto teve como objetivo desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre no âmbito dos cuidados à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção de UP através de uma intervenção em parceria promotora do cuidado de Si. Foi também objetivo desenvolver competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo desta complicação. Este trabalho foi desenvolvido num Serviço de Urgência Geral e numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um ACES, ao longo de 18 semanas de estágio. Recorreu-se à metodologia de projeto e envolveu-se os enfermeiros da equipa e as pessoas idosas. Para o diagnóstico de situação foi utilizada a observação das práticas e registos clínicos relativamente à prevenção, análise documental e dados estatísticos.

Os resultados do projeto mostram uma mudança positiva nas práticas da equipa, que partilham conhecimento e capacitam a pessoa idosa e sua família através de uma relação de parceria para um maior envolvimento no plano de cuidados. Os enfermeiros realizam uma avaliação inicial da pessoa idosa mais detalhada e sistemática que compreende a avaliação do risco, da pele e do estado nutricional. Realizam registos de forma mais completa acerca dos fatores de risco e implementam medidas preventivas de forma individualizada. Promovem a funcionalidade da pessoa idosa e fomentam a presença do familiar no serviço. Documentam de forma fundamentada o aparecimento de UP através do relato de incidente.

A implementação deste projeto de enfermagem em parceria com a pessoa idosa facilita o seu conhecimento multidimensional e revela-se fundamental para a capacitação do idoso para o cuidado de Si, estabelecendo compromissos e intervenções que visem a prevenção de UP assegurando ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

**Palavras-Chave:** Cuidado de Enfermagem, Pessoa Idosa, Úlceras por pressão, Prevenção.

## **ABSTRACT**

In the elderly the complications of hospitalization are more obvious, and the occurrence of pressure ulcers (PU) a problem of high prevalence, morbidity, mortality and economic costs, pain, change in quality of life and increased length of hospital stay. Despite of being a complex problem that can be prevented through a proactive and preventive attitude in approaching the person at risk of development of PU.

This project aimed to develop skills of nurse specialist and master in care of the elderly person, specifically in preventing PU through an intervention in partnership promoting care of themselves. It was also intended to develop skills in the multidisciplinary team in the prevention and control of this complication. This project was developed in a General Emergency Department and community-care unit of an ACES over 18 weeks of internship. It was based on the design methodology involving nurses and elderly people. The diagnosis of the situation was based on constant observation and clinical records related to prevention, document analysis and statistical data.

The results of this project have shown a great changing in the team practice, sharing knowledge and empowering the elderly person and his family through a partnership for a better involvement in the care plan. Nurses perform an initial assessment of the elderly person more detailed and systematic comprising risk assessment, skin and nutritional status. Perform records more fully about the risk factors and implement preventive measures individually. Promote the functionality of the elderly person and encourage the stay of a family member in the service. The onset of UP is always grounded and reported through evidence.

The implementation of this nursing project in partnership with the elderly person shows his/her multidimensional knowledge and proves to be fundamental to the empowerment of older people being able to care of themselves, setting appointments and interventions aiming the prevention of UP, ensuring gains in health throw the nursing care.

**Keywords:** Nursing care, Elderly, Pressure Ulcers, Prevention.

**ÍNDICE**

	<b>PÁG.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>1. PROBLEMÁTICA /DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO</b>	13
<b>2. QUADRO DE REFERÊNCIA</b>	17
2.1. O processo de envelhecimento	17
2.2. A pessoa Idosa e o Serviço de Urgência	19
2.3. A Prevenção de Úlcera por pressão na pessoa idosa no Serviço de Urgência	21
2.4. A parceria como intervenção de enfermagem no Cuidado à pessoa idosa em risco de desenvolver úlcera por pressão	26
<b>3. METODOLOGIA</b>	31
3.1. Considerações éticas	31
3.2. Planeamento	33
<b>4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO – ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS E RESULTADOS</b>	36
4.1. Adquirir e aprofundar conhecimentos na área da prevenção de UP na pessoa idosa.	36
4.2. Divulgar o Projeto no SUG de Setúbal e UCC.	39
4.3. Avaliar a taxa de prevalência e incidência de UP no Serviço de Urgência.	40
4.4. Intervir em parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar no desenvolvimento de intervenções de enfermagem para prevenção de UP, promovendo o cuidado de Si.	42
4.4.1. Avaliação multidimensional da pessoa idosa no SUG	43
4.4.2. Contexto hospitalar - SUG	44
4.4.3. Contexto de cuidados domiciliários – UCC em ECCL.	47
4.4.4. Notas de campo	50
4.5. Contribuir para a melhoria das intervenções da equipa de enfermagem de acordo com as necessidades do doente idoso em	51

**risco de desenvolver UP e sua família, tendo por base uma intervenção em parceria.**

4.5.1. Observação de cuidados especializados e em Parceria com a pessoa idosa	51
4.5.2. Análise inicial dos registos da equipa – A parceria como intervenção de enfermagem	52
4.5.3. Auditoria ao uso de colchões anti escaras	53
<b>4.6. Capacitar os enfermeiros para a utilização da escala de Braden, como sistema de registo uniforme e sistemático de avaliação do risco.</b>	<b>54</b>
4.6.1. Auditoria ao preenchimento da Escala de Braden	54
<b>4.7. Implementar de forma sistemática uma completa avaliação inicial da pessoa idosa, nomeadamente: risco de UPP, características da pele e estado nutricional no momento da admissão ao internamento.</b>	<b>55</b>
4.7.1. Construção de uma pasta de apoio / <i>dossier</i> informático	55
4.7.2. Avaliação multidimensional da pessoa idosa	55
<b>4.8. Implementar intervenções de enfermagem a nível de enfermeiro especialista, englobando o idoso e família como parceiros no cuidar, de acordo com os níveis de risco avaliados através da escala de Braden; que promovam o cuidado de Si.</b>	<b>57</b>
4.8.1. Análise final dos registos da equipa – A parceria como intervenção de enfermagem	58
<b>4.9. Reflexão sobre competências adquiridas / discussão dos resultados</b>	<b>60</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>64</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO I - Folha de colheita de dados para a Taxa de Prevalência**

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** – Análise SWOT

**APÊNDICE II** - Pedido de autorização para a realização do projeto

**APÊNDICE III** – Cronograma de atividades

**APÊNDICE IV** – Revisão Sistemática da Literatura

**APÊNDICE V** – Resumo e Apresentação da Comunicação Livre: “*A Prevenção de Úlceras por Pressão na Pessoa Idosa internada no SUG*”. 2º Jornadas de enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) – “Um olhar reflexivo sobre o (in) visível, Intervenção partilhada de Enfermagem”

**APÊNDICE VI** – Póster: “*Implicações da institucionalização da pessoa idosa – Avaliar para prevenir*” - No IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria

**APÊNDICE VII** – Resumo e Póster: “*A parceria como intervenção de Enfermagem na Prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência – Estudo de Caso*”. 3º Congresso dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**APÊNDICE VIII** – Divulgação do Projeto à equipa de Enfermagem – Apresentação em *Power Point*.

**Apêndice IX** – Taxa de Prevalência de UP em 2014 no SUG.

**APÊNDICE X** – Nota de campo – “Estudo de caso no Serviço de Urgência - Como fazer?”

**APÊNDICE XI** – Resumo mínimo de dados: “Guião” de colheita de dados.

**APÊNDICE XII** – Estudo de Caso no SUG

**APÊNDICE XIII** - Nota de Campo - Visita em Equipa multidisciplinar na UCC

**APÊNDICE XIV** – Estudo de caso na UCC

**APÊNDICE XV** – Folheto - Úlceras por pressão: Guia para o Cuidador, como Prevenir?

**APÊNDICE XVI** – Notas de campo

**APÊNDICE XVII** - Grelha de análise dos registos de enfermagem – Indicadores de Parceria.

**APÊNDICE XVIII** – Análise dos Registos de Enfermagem (Análise Inicial e Análise Intermédia).

**APÊNDICE XIX** – Auditoria ao uso de colchões anti escaras e à avaliação do risco através da Escala de Braden no SUG.

**APÊNDICE XX** – Póster: Tratamento e prevenção de úlceras por pressão no SUG - Material de tratamento.

**Apêndice XXI** – Póster / Protocolo: “A prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência”.

**APÊNDICE XXII** – Formação da Equipa de Enfermagem – *“Prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência: A parceria como intervenção de Enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família”*.

**APÊNDICE XXIII** – Formação da Equipa de Enfermagem – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, Apresentação do “Guião” de colheita de dados.

**APÊNDICE XXIV** – Análise dos Registos de Enfermagem (Avaliação final).

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge após o término da unidade curricular Estágio com Relatório do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, nos anos letivos 2014/2015. Este relatório pretende descrever e analisar as atividades desenvolvidas no âmbito da implementação de um projeto de estágio subordinado ao tema: “Prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência: A Parceria como intervenção de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família para a promoção do cuidado de si” e refletir sobre as competências desenvolvidas de enfermeiro especialista.

Este percurso académico foi desenvolvido ao longo de 18 semanas de estágio entre 28 de Setembro de 2014 e 13 de Fevereiro de 2015, num total de 700 horas curriculares, em contexto hospitalar num Serviço de Urgência Geral (SUG) e numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) integrando a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Desde 1990 que o índice de envelhecimento apresenta uma tendência sistemática de crescimento, sendo 136 em 2013, o que significava que por cada 100 jovens existiam 136 idosos. Nos últimos anos o peso da população idosa, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) manteve um perfil ascendente, como consequência das tendências de diminuição da fecundidade e de aumento da longevidade (INE, 2014a; 2014b).

Com o envelhecimento populacional crescem igualmente as necessidades em saúde, pois embora todos os progressos em saúde e tecnologia tenham tido um papel preponderante na qualidade de vida na pessoa idosa, os últimos anos de vida, ainda estão associadas situações de fragilidade. Para Cabral & Ferreira (2014, p.11) “viver mais significa também estar mais exposto a doenças crónicas, assim como ao declínio das redes pessoais e sociais”

O declínio do estado de saúde é o fator mais associado à pessoa idosa, e o mais condicionante, especialmente em casos de doença crónica que afetam o quotidiano e autonomia das pessoas mais velhas e da sua família, podendo levar à hospitalização e ao grande consumo de cuidados de saúde (Ribeiro & Paúl, 2012; Cabral & Ferreira, 2014). Durante o internamento da pessoa idosa, podem ocorrer diversas complicações. Fulmer (2007) enumera seis como principais,

nomeadamente: os problemas relacionados com o sono, com a alimentação, com a incontinência, a confusão, a evidência de quedas e alterações da integridade cutânea em especial as úlceras por pressão (UP). Todas estas complicações podem conduzir a um aumento dos custos e da duração dos internamentos.

A UP é um problema multifatorial, no entanto pode ser prevenido, sendo os enfermeiros elementos essenciais no seu diagnóstico precoce, prevenção e tratamento (Stotts & Gunningberg, 2007; Rodrigues & Soriano, 2011; Armour-Burton, Fields, Outlaw & Deleon, 2013). Em 2006, a taxa de prevalência média de UP a nível Europeu era de 18.1%, sendo que em Portugal verificaram-se valores na ordem dos 12.5% (Vanderwee, Clark, Dealy, Gunningberg & Defloor, 2006). Num estudo realizado em Bordéus, em SU, cerca de 7,8% dos clientes apresentavam UP na admissão, sendo que esta taxa aumentava para 12,3% no momento da alta. Estes valores foram mais evidentes em pessoa idades acima dos 75 anos, com uma taxa que cresceu de 4.9% para 15,7% após a alta (Dugaret et al, 2014).

No decorrer de 9 anos de profissão na área do cuidado à pessoa idosa e lidando com as suas especificidades e problemas nomeadamente os decorrentes do internamento hospitalar, poderia considerar-me, segundo Benner (2001), como uma enfermeira proficiente, no entanto, o desejo de mais conhecimento, e o reconhecimento de necessidades específicas desta população, levou-me a querer obter mais conhecimento nesta área e a ambição de alcançar o nível de perito.

A temática das feridas e em especial das UP, como complicação e evento adverso, tem sido a minha área de interesse ao longo dos últimos anos de trabalho, especialmente, desde que me tornei elemento de ligação do SUG ao grupo hospitalar de prevenção e tratamento de feridas (GPTF), razão que me motivou a estudar mais sobre o assunto e a querer desenvolver competências de enfermeira especialista nesta área.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010, p.2) define especialista como: “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico (...) tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. Sendo que no meu percurso profissional o campo de intervenção à pessoa idosa e sua família se destacam.

Assim, com a finalidade de desenvolver competências para um cuidado especializado e mestre no domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área do cuidado à pessoa idosa e família, nomeadamente na prevenção de UP foram definidos os seguintes objetivos gerais: 1. Desenvolver competências como enfermeira especialista nos cuidados à pessoa idosa nomeadamente, na prevenção de UP, promovendo o cuidado de si, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem; 2. Desenvolver competências no seio da equipa de enfermagem na prevenção de UP à pessoa idosa, promovendo o cuidado de si.

Além das competências de enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa idosa, com este projeto, espera-se o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista nos quatro domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE): responsabilidade profissional, ética e legal, gestão dos cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade (OE, 2010).

Para a consecução destes objetivos a filosofia de cuidados foi baseada no processo de parceria. Este modelo de intervenção em enfermagem promove a autonomia da pessoa idosa, vendo-a como promotora do cuidado de Si e como ser de projeto e de cuidado (Gomes, 2013). A pessoa idosa é cada vez mais parte ativa na sociedade, pretendendo-se que também assim seja na relação de cuidado de enfermagem, desmistificando-se mitos e preconceitos, promovendo-se o seu próprio projeto de vida e de saúde, investindo-a de poder (*empowerment*) e de autonomia na tomada de decisão (Gomes, 2007).

O presente relatório é composto por cinco capítulos. No primeiro apresenta-se o diagnóstico de situação e a definição da problemática em estudo; o segundo evidencia o quadro de referência que suporta a sua execução; no terceiro capítulo é descrita a metodologia utilizada; no quarto a implementação do projeto, as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos. Por último, na conclusão, são enumeradas as dificuldades, limitações e o trabalho futuro a desenvolver.

Para a elaboração deste relatório foram seguidas as Normas da *American Psychological Association* (APA), tendo em conta documento orientador da escola de 2013.

## 1. PROBLEMÁTICA /DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

No presente capítulo será realizada uma contextualização do problema identificado, passando pelo diagnóstico de situação e justificação do projeto, inserindo-o no contexto onde foi desenvolvido.

O inequívoco envelhecimento populacional bem como o aumento das doenças crónicas, como as cardiovasculares, diabetes, obesidade, o sedentarismo, e o empobrecimento económico, contribuem para que a problemática das UP, apesar dos avanços científicos, permaneça como um desafio constante para todos os profissionais de saúde e um problema de saúde pública (Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado, 2007; Afonso et al, 2014).

Apesar da unanimidade dos profissionais de saúde relativamente ao facto de se saber que a maior parte das UP são evitáveis, as taxas de incidência e prevalência deste problema continuam a ser elevadas. Impõe-se uma aposta na prevenção, pelos elevados custos relativos ao tratamento com recursos humanos e materiais mas também pelo impacto negativo, dor e sofrimento que causa à pessoa idosa e sua família, afetando a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores (Ferreira et al, 2007).

A dimensão deste problema está patente na elevada percentagem de pessoas idosas com UP referenciadas à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). No último relatório de monitorização da rede (2014, p.22) o motivo “feridas/úlceras de pressão e úlceras de pressão múltiplas” foram razão de referenciação em 33% e 13% dos casos respetivamente para a ECCI. Ainda segundo dados deste relatório verificou-se uma taxa de prevalência de UP na RNCCI de 13% no ano de 2013, sendo que 83% das UP na RNCCI já existiam na admissão e que 40% destes casos estão inseridos nas ECCI. Quanto a taxas de incidência os valores rondam os 2.3% (RNCCI, 2014).

Esta problemática engloba-se na vasta área de atuação do enfermeiro ao nível da prevenção de complicações, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e de vida da pessoa idosa. Está descrito nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos pela OE, que o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes pela “identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (...) para prescrever, implementar e avaliar

intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os seus efeitos indesejáveis” (OE, 2001,p. 13).

A prevenção de UP visa igualmente questões relacionadas com a segurança do cliente, um direito fundamental do cidadão que deve exigir qualidade nos cuidados de saúde que lhe são prestados (DGS, 2015). No mês de fevereiro de 2015 foi publicado em Diário da República o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, que visa a definição de objetivos e metas para a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, num total de nove objetivos a alcançar. O objetivo número sete refere-se a “Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão” tendo como objetivos específicos até 2020: “1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão; 2) Reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado” (DGS, 2015, p.8-9). Partindo desta premissa, pareceu-nos urgente uma atitude proactiva e preventiva na abordagem à pessoa em risco de desenvolver UP. Sendo um grave problema de saúde e um importante indicador de qualidade sensível aos cuidados de enfermagem (OE, 2007a).

Os SUG a par dos serviços de medicina e unidades de cuidados intensivos, tendo em conta um estudo realizado por Ferreira et al (2007), foram os que mostraram as taxas de prevalência mais elevadas situando-se nos 15.3%. Verificou-se ainda que o risco de desenvolvimento de UP foi mais elevado nos SUG após a aplicação da escala de Braden. Noutro estudo, em contexto de urgência, concluiu-se que uma estadia acima de quatro horas, de pessoas idosas, com múltiplas doenças crónicas, sujeitas a vários tratamentos e medicação, acresce fortemente o risco de desenvolverem UP, tendo-se verificado lesões na região sagrada e calcâneos (Dugaret et al, 2014).

Tendo em conta estes dados, procurei saber como era a realidade do contexto do serviço onde pretendia realizar estágio. Para a realização do diagnóstico de situação foram utilizadas duas estratégias principais: a observação das práticas clínicas relativamente à prevenção de UP e a pesquisa de dados informáticos com o objetivo de calcular as taxas de prevalência deste problema (Fortin, 2009; Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O SUG está dividido em ambulatório e área de internamento com o serviço de observação (SO). Na área de ambulatório encontram-se os balcões, as especialidades médicas e cirúrgicas, a sala de reanimação e a sala aberta. Esta última destina-se ao atendimento da pessoa com patologia do forro respiratório com 12 rampas de oxigénio e mais 3 unidades individualizadas. Nesta sala realizam-se diferentes procedimentos invasivos e acolhe utentes que necessitam de mais vigilância. Por vezes, devido à elevada taxa de internamentos que se verifica, é necessário a sua utilização como SO, permanecendo os clientes em macas, por longos períodos de tempo, num local com condicionantes físicas e de recursos humanos. Comprometendo a resposta da equipa às necessidades da pessoa idosa, nomeadamente na alimentação, posicionamentos, higiene, bem como ao nível da avaliação inicial da pele e do risco de desenvolvimento de UP.

A lotação do SO é oficialmente de 12 camas, contudo, desde há muito que este número vem a ser excedido. Segundo dados do relatório de acompanhamento e produção do serviço a taxa de ocupação até Agosto de 2014 era de 178,4%. Os restantes clientes ficam em macas ao longo do corredor, com restrição ao leito e sem possibilidade de realização de levante devido ao espaço físico. O uso de dispositivos de tratamento e monitorização, tais como, máscaras de oxigénio, ventiladores não invasivos, arrastadeiras, soros, sondas, eléctrodos e fios, são muitas vezes imprescindíveis, dadas às características do doente crítico, no entanto, pode resultar no acréscimo do risco de desenvolvimento de UP. A taxa de prevalência de UP em 2014 no SUG foi 15.97 e a duração média de internamento em SO de 1,2 dias. Este último valor, sendo uma média, não traduz a realidade. Aqui estão incluídos tanto os doentes que aguardam ida ao bloco operatório mas também aqueles que permanecem no SUG a aguardar resolução de um problema relacionado com o seu contexto de vida social, ou à espera de vaga em serviços de internamento, sabendo empiricamente que a média de internamento é mais elevada.

No SUG a avaliação do risco de UP é realizada segundo as indicações da DGS, referidas na Circular Normativa N.º 25/DSPCS – Úlceras de Pressão/Escaras – de 23/06/98, recomendando a aplicação da escala de Braden em todas as unidades de saúde nas primeiras 6 horas de admissão, e reavaliação diária em contexto de urgência (DGS, 2011). A título de curiosidade, importa referir que em Portugal antes da utilização da escala de *Braden* a prevalência de UP era de 31.3%,

verificando-se uma redução para 19.3% após a sua implementação (Ferreira et al, 2007). No SUG o preenchimento desta escala deve ser efetuado no momento da admissão e diariamente, no turno da manhã. A escala de Braden avalia 6 subescalas e uma incorreta avaliação parcial pode levar a um score total que não corresponda à realidade. São frequentes erros na avaliação das subescalas da percepção sensorial, atividade e mobilidade, sendo estas últimas confundidas. Outro problema identificado é a realização da primeira avaliação após as primeiras 6 horas de internamento, sendo que muitas vezes é cumprida apenas no dia seguinte à admissão. No entanto está preconizado que esta avaliação deve ocorrer ainda na área de ambulatório, pelo enfermeiro que realiza a colheita de dados iniciais.

A execução de um projeto na área da prevenção de UP na pessoa idosa no SUG tonar-se de elevada pertinência, devido ao facto de serem um grupo de elevado risco, especificidade e com necessidades muito distintas. É necessário um cuidado centrado na pessoa idosa e sua família fundado e baseado num referencial teórico que integre o processo de envelhecimento como etapa natural do ciclo de vida. Cuidar em parceria prevê um conhecimento da pessoa idosa para além do óbvio, é necessário reconhecer a pessoa “como um ser de património singular e uma identidade pessoal única (...) de inter-relação social e como um ser de direitos” considerando o sentido da vida da pessoa (Gomes, 2013, p.94).

Perante a problemática explicitada e o diagnóstico da situação realizado, foi estabelecida como finalidade deste projeto de estágio o desenvolvimento de competências para um cuidado especializado e mestre no domínio da Enfermagem médico-cirúrgica, em especial no cuidado à pessoa idosa e família, nomeadamente na prevenção de UP, tendo a parceria como intervenção de enfermagem.

Esta problemática caracteriza-se por uma forte relação com o ambiente envolvente, sendo por isso essencial a criação de um projeto com os 59 enfermeiros de um SUG, onde o tempo disponível para a realização de cuidados de qualidade é cada vez menor, onde a exigência física e psicológica é grande, agravando o facto de existir escassez de recursos materiais e humanos. Tem a equipa de enfermagem e em especial o enfermeiro especialista a tarefa da mudança, de uma atitude de tratamento para atitude proactiva de prevenção na abordagem à pessoa idosa em risco de desenvolvimento de UP promovendo ambiente de segurança e prevenindo complicações.

## 2. QUADRO DE REFERÊNCIA

De forma a fundamentar a realização deste projeto, a sustentar o problema de enfermagem identificado e as intervenções a serem desenvolvidas, num quadro teórico baseado na evidência científica, importa neste capítulo, clarificar alguns conceitos fulcrais. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática e narrativa da literatura sobre temas como: o envelhecimento e suas implicações no atual paradigma assistencial, nomeadamente nos serviços de urgência, relacionando os diversos problemas de saúde da pessoa idosa, focando em particular as UP e sua prevenção. Importa igualmente compreender o conceito de parceria, enquadrando-o numa lógica de intervenção em enfermagem.

### 2.1. O processo de envelhecimento

Com o aumento da população idosa é unânime que se não forem tomadas medidas adequadas, esta alteração demográfica pode criar um vasto conjunto de consequências tanto a nível financeiro, económico ou social em Portugal. Apesar de ser necessário pensar no impacto desta condição no panorama atual, o aumento do índice de envelhecimento reflete os inquestionáveis progressos na nossa sociedade, em áreas como a saúde, a educação, a nutrição, as condições de trabalho e de vida (CES, 2013).

A determinação da idade a partir da qual a pessoa é considerada idosa não é consensual, no entanto, para a DGS em Portugal consideram-se idosas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Contudo, é difícil definir com exatidão o conceito de “velhice”, para Fernandes (2000, p.25) este pode ser representado por três conceitos diferentes: “o da idade cronológica – que corresponde à idade oficial (...) o da idade biológica – que corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas (...) e o estado psicológico – que pode não depender da idade nem do estado orgânico”. Fontaine (2000) acrescenta ainda outra dimensão a ter em conta, a idade social, que para a pessoa idosa se traduz na alteração do papel social, os estatutos e os hábitos em sociedade fortemente influenciada pela cultura do país.

O envelhecimento por si só não é um problema, o desafio e o desejável é que o indivíduo continue a viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível,

percecionando bem-estar, que para Fernandes (2013) é um determinante de envelhecimento bem-sucedido.

O conceito de envelhecimento ativo emerge da necessidade de se pensar no envelhecimento o mais precocemente possível, abraçando uma atitude mais preventiva, proactiva e promotora da saúde e da autonomia. Fomentando a prática de atividade física, alimentação saudável, o não fumar, moderando o consumo de álcool e assumindo o envelhecimento humano como uma mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social que se inicia mesmo antes do nascimento (OMS, 2005).

A população acima dos 65 anos é cada vez mais participativa na sociedade, no entanto é necessário, estar atento a duas realidades distintas: “os idosos ativos independentes, na plena posse das suas faculdades intelectuais e os idosos dependentes, com evidentes e quase sempre progressivas vulnerabilidades” (CES, 2013, p.6).

Quando falamos de envelhecimento, o tópico saúde, é apontado como um problema. Com a esperança média de vida a crescer, também o número de casos de doenças inerentes ao envelhecimento aumentam. Ampliam-se assim as necessidades e a procura de cuidados de saúde, um progressivo consumo de medicamentos, meios auxiliares de diagnóstico, mais horas de atendimento e consequente aumento da despesa pública (Rosa, 2012; CES, 2013). Cabral & Ferreira (2014) acrescentam que o envelhecimento acentua os riscos de vulnerabilidade, isolamento social, solidão, dependência física e mental, mas também económica.

No entender da DGS (2004), expresso no Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), é necessária uma mudança de comportamentos e atitudes, uma ação concertada por parte da população em geral e da formação dos profissionais de saúde, de forma a dar resposta às novas realidades adequando os serviços de saúde e sociais. A pessoa idosa tende a ter problemas de saúde mais complexos, maiores riscos de efeitos secundários adversos, complicações, situações de dependência que podem suscitar uma sobrelotação dos serviços de saúde. No entanto a formação dos profissionais nesta área ainda é reduzida (Marques, 2011).

Em contexto hospitalar e de internamento tendem a agravar-se estas complicações, pois são ambientes que não estão preparados para as alterações

inerentes ao envelhecimento, com repercussões psicológicas, aumento de acidentes e infeções, tendência para a imobilidade e perda de autonomia (Marques, 2011). Fulmer (2007) mencionou seis síndromes passíveis de prevenção durante o internamento da pessoa idosa através do acrónimo “SPICES”. Sendo estes os problemas relacionados com o sono, com a alimentação, com a incontinência, com a confusão mental, as quedas e as feridas, nomeadamente as UP.

O enfermeiro tem um papel importante no campo da prevenção e deteção precoce destas complicações, estando despertos para a pessoa idosa como vulneráveis e frágeis, sujeitas a fatores que afetam a dignidade humana, nomeadamente a presença de UP. Salienta Marques que (2011, p. 90) “um acompanhamento mais eficaz dos utentes pode prevenir situações de dependências das pessoas idosas e de sobrelotação dos serviços de saúde”.

A nível Europeu, constata-se uma mudança nos modelos de prestação de cuidados à pessoa idosa, verificando-se uma procura crescente de cuidados ao domicílio, individuais e personalizados (Carneiro, Chau, Soares, Fialho & Sacadura, 2012). No entanto em Portugal, os serviços de urgência são caracterizados pela afluência significativa de pessoas idosas e à sua sobrelotação. Tendo em conta o contexto deste estudo, importa refletir sobre as características deste serviço relacionando-as com a pessoa idosa e quais são respostas desta organização de cuidados a esta população tão específica.

## **2.2. A pessoa idosa e o Serviço de Urgência**

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem demonstrado uma crescente preocupação com o funcionamento dos serviços de urgência (SU), visto serem considerados a porta de entrada para os clientes, carecendo de muitos recursos humanos, financeiros, podendo condicionar o funcionamento de todos os outros serviços hospitalares.

A sobrelotação dos SU é uma realidade, e a pessoa idosa é frequente utilizador deste serviço de saúde, representando a maioria das situações de emergência, tendo como resultado o maior tempo de permanência, maior número de internamentos e readmissões que podem potenciar os fatores de risco para o desenvolvimento de UP (Salvi et al, 2007; Duraget et al, 2012; Dawood, Dobson, & Banerjee, 2011). Com o envelhecimento demográfico também as exigências e

desafios na resposta em saúde a esta população têm vindo a modificar-se. As necessidades da pessoa idosa não estão alinhadas com a realidade dos serviços de urgência, sua missão, prioridades e espaço físico (Hwang & Morrison, 2007).

O motivo que leva a pessoa idosa ao SUG nem sempre é linear, mas sim complexo tendo em conta todo o seu histórico de saúde e as suas comorbidades, esta requer uma avaliação mais demorada, a realização de mais exames de diagnóstico, mais tempo na urgência o que acarreta elevados custos (Hwang & Morrison, 2007; Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). Esta avaliação inicial requer tempo e habilidades específicas por parte dos profissionais que estão a trabalhar num contexto onde o fator tempo é crucial, por isso a necessidade de investir na formação e treino em disciplinas como a Geriatria para atender às especificidades desta população (Marques, 2011; Ellis et al, 2014).

Os SUG podem ser considerados locais hostis para a pessoa idosa. Estes são caracterizados por ambientes ruidosos, com falta de privacidade, luz constante e diversos profissionais. Um espaço físico que é maximizado de forma a dar resposta a uma série de situações críticas e a uma constante rotatividade. Neste contexto de sobrelotação o tempo de espera aumenta, estando a pessoa idosa sujeita à restrição ao leito, como forma de prevenir acidentes, em macas estreitas com colchões finos (Hwang & Morrison, 2007).

Todos estes fatores ambientais não respondem às necessidades da pessoa idosa, com alterações físicas como a dificuldade na mobilização, ou alterações sensoriais, como o défice auditivo, bem como as alterações cognitivas. A avaliação e identificação precoce das necessidades da pessoa idosa no SUG permitem direcionar as intervenções de enfermagem, de forma a reduzir as complicações decorrentes da permanência neste serviço de saúde. Diversos autores referem a importância da criação de uma avaliação inicial detalhada, focando aspetos como a capacidade cognitiva, capacidade funcional, avaliação do risco de quedas e de UP, polimedicação e avaliação da dor (Hwang & Morrison, 2007; Nolan, 2009; Ellis et al, 2014). É de salientar a importância da presença de um familiar durante o episódio de urgência, e em especial durante a avaliação inicial, melhorando a comunicação e o processo de recolha de dados (Nolan, 2009; Ellis et al, 2014).

Os fatores ambientes podem ser modificados de forma a prevenir complicações na pessoa idosa, recorrendo à utilização da luz natural para

iluminação dos ambientes através de janelas, ao uso de cortinas à prova de som, ajudando deste modo a promover a privacidade, a colchões de pressões alternadas, reduzindo o risco de UP, bem como à utilização de cadeirões/cadeiras reclináveis, promovendo conforto durante a sua presença na urgência. O chão deveria ser idealmente antiderrapante com ajudas técnicas nas paredes dos corredores para facilitar a circulação da pessoa idosa. Deveriam ocorrer outras alterações ao nível da sinalização, com a existência de relógios e calendários, e identificação de todos os profissionais de saúde (Hwang & Morrison, 2007).

Estas alterações estruturais e ambientais nem sempre podem ser operacionalizadas, importa reconhecê-las de forma a adaptar a realidade atual. No entanto, segundo os autores Hwang & Morrison, (2007) e Nolan (2009) à semelhança do que aconteceu com o reconhecimento de necessidades especiais de emergência em doentes pediátricos e a construção de serviços específicos para o atendimento desta população, importa reconhecer igualmente as necessidades e o crescimento da população idosa e ponderar o atendimento destas em espaço e ambiente apropriados.

Cuidados de enfermagem específicos para a pessoa idosa, podem reduzir o tempo de permanência e readmissões no SUG. Estes devem incluir estratégias autónomas que promovam a segurança e prevenção de complicações, assente numa lógica de cuidado centrado na pessoa, em detrimento de uma visão centrada na doença e no problema. A UP é considerada como uma complicação passível de ser evitada, sendo importante um conhecimento aprofundado das medidas preventivas.

### **2.3. A Prevenção de Úlcera por pressão na pessoa idosa no Serviço de Urgência**

A equipa de enfermagem tem um papel preponderante na prevenção de UP na pessoa idosa internada no serviço de urgência, sendo o enfermeiro que diagnostica e prescreve intervenções autónomas com o intuito de preveni-las. De acordo com a European and National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP /NPUAP, 2014) uma úlcera por pressão é uma lesão localizada da pele e / ou tecido subjacente geralmente sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão, ou pressão em combinação, determinada por diversos fatores.

A UP é um problema complexo e multi-fatorial, sendo necessário um conhecimento técnico-científico sobre os diversos fatores de risco e situações clínicas potenciadores de aumento do risco, de forma a promover-se um cuidado preventivo baseado na evidência.

É necessário uma abordagem centrada na pessoa, através de cuidados de qualidade indo ao encontro das expectativas de quem os recebe (Rodrigues & Soriano, 2011). Na penúltima década do século passado as UP começaram a despertar a atenção de outros profissionais de saúde, como médicos e nutricionistas. A definição de estratégias de prevenção eficazes passa hoje necessariamente pela consciencialização, por parte de todos os profissionais de saúde, de que as UP constituem um problema multidimensional e como tal, requerem forçosamente uma abordagem multidisciplinar (Ferreira et al, 2007).

Ainda assim, este é um sério problema de saúde com elevadas taxas de prevalência, elevados riscos para a saúde, com aumento da duração dos internamentos, custos, dor e infeção (Armour-Burton et al, 2013). Com fortes implicações na qualidade de vida, morbilidade e mortalidade, especialmente na pessoa idosa (Stotts & Gunningberg, 2007).

Nos SUG este problema acresce na pessoa idosa, e está intimamente relacionado com o tempo de permanência na urgência, com o número de tratamentos, medicamentos administrados e com os critérios de infeção elevados (Dugaret et al, 2014).

A caracterização da UP é feita através de um sistema de classificação, que segundo a EPUAP/NPUAP (2014) pretende-se que seja internacional, assim foram definidas quatro categorias que não demonstram progressão entre si, fazendo referência à profundidade do comprometimento tecidual: categoria I: eritema não branqueável em pele intacta; categoria II: perda parcial da espessura da pele ou flitena; categoria III: perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível); e por último a categoria IV: perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis). Desde 2009 que a EPUAP/NPUAP introduziram duas novas categorias adicionais que caracterizam as lesões com destruição extensa de tecidos com profundidade desconhecida, e as lesões com suspeita de lesão profunda dos tecidos sendo ambas inclassificáveis pela nomenclatura anterior.

O reconhecimento dos determinantes para o desenvolvimento de UP é essencial para a sua prevenção. Estes podem ser fatores extrínsecos e intrínsecos (Morison, 2004; Ferreira et al, 2007; Large, 2011; Casey, 2013).

Os fatores extrínsecos relacionam-se com uma situação concreta e com o meio ambiente. O mais importante é a pressão, em particular a pressão exercida sobre uma proeminência óssea, as forças de deslizamento e fricção, em especial durante as transferências, a diminuição do aporte de alimentos e líquidos, a humidade, que se manifesta numa pele húmida e a presença de dispositivos invasivos, tais como sondas vesicais e gástricas (Morison, 2004; Stotts, & Gunningberg, 2007; Fulmer, 2007; Casey, 2013). Ferreira et al, (2007) e Large (2011) acrescentam ainda a polimedicação como determinante externo para a integridade da pele.

Por outro lado, os fatores intrínsecos relacionam-se com a situação clínica do indivíduo. Os fatores de mais destaque são a idade e a imobilidade dos indivíduos, mas também a presença de doenças crónicas, tais como o acidente vascular cerebral (AVC) ou diabetes, a hipotensão, as alterações neurológicas e neuropáticas, a desnutrição e desidratação, os episódios anteriores de UP e a incontinência urinária (Fulmer, 2007; Ferreira et al, 2007; Casey, 2013; NICE, 2014).

Estes fatores etiológicos contribuem quer para a pressão intensa e prolongada quer para a diminuição da tolerância tecidual à pressão (Pina et al 2010).

A pessoa idosa é particularmente vulnerável a este problema, devido a alterações da pele decorrentes do envelhecimento que levam a um aumento do risco de lesão, tais como a redução da elasticidade, a diminuição da tolerância tecidual, as alterações na circulação, bem como a diminuição da capacidade de regeneração e alterações da função (Morison, 2004; Plawecki, Amrhein & Zortman, 2010; Large, 2011). Apesar da pele ser o maior órgão do corpo humano, os cuidados com este são muitas vezes negligenciados.

A atuação do enfermeiro na prevenção da UP deve ser realizada com base na etiologia do problema reduzindo os fatores de risco passíveis de serem modificados, nomeadamente os extrínsecos, reconhecendo que a melhor forma de tratamento da UP é a deteção precoce do risco e a sua prevenção. Este problema surge como

prioritário pois os custos com tratamento de UP são o dobro do que os gastos com a prevenção (Jones, 2013).

Assiste-se a uma maior preocupação por parte das instituições de saúde que disponibilizam formação nesta área aos seus profissionais (Armour-Burton et al, 2013). No entanto, é ainda necessária uma política de avaliação do risco bem definida, assente na identificação dos indivíduos com risco de desenvolvimento de UP e implementação de estratégias de prevenção (Pina et al, 2010). A evidência científica mostra que a taxa de incidência de UP em contexto hospitalar tende a reduzir drasticamente com a implementação de protocolos e guidelines de prevenção executadas o mais precocemente possível (Lahmann, Halfens & Dassen, 2010; Barker et al, 2013).

A EPUAP/NPUAP (2014) e a NICE (2014) enumeram recomendações gerais para a prevenção de UP, nomeadamente: a avaliação do risco, a avaliação e cuidados com a pele e a avaliação nutricional. Medidas como os posicionamentos e reposicionamentos, manter e estimular a atividade da pessoa idosa, a utilização de superfícies de apoio/dispositivos de alívio de pressão específicos, a gestão da humidade, a gestão dos dispositivos médicos e a manutenção de uma nutrição e hidratação adequada, são cruciais para minimizar o risco de desenvolvimento de UP na pessoa idosa.

Estas estratégias de prevenção compreendem uma avaliação inicial do risco de forma criteriosa, em Portugal a avaliação do risco de desenvolvimento de UP é realizada através da escala de Braden, traduzida e validada para a população portuguesa, considerada como o mais fiável e completo instrumento (Ferreira et al, 2007). Esta é composta por seis dimensões que refletem o grau de perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, forças de deslizamento e fricção. Deve ser efetuada a avaliação na admissão ao SU já que deteta problemas e défices funcionais específicos da pessoa idosa, por forma a guiar a implementação de medidas preventivas. A soma destas seis dimensões varia entre 6 e 23 pontos, sendo que quanto menor o valor, maior será o comprometimento apresentado e maior a exposição ao risco (Ferreira et al, 2007; Stotts, & Gunningberg, 2007; Pina et al, 2010; DGS, 2011).

Nos SUG o plano de posicionamentos deve ser criterioso, dependendo da situação clínica da pessoa idosa. Idealmente devem ser realizados posicionamentos

de acordo com a avaliação individual da pele ou a cada duas horas, coordenando com a avaliação de sinais vitais e outros procedimentos, promovendo igualmente conforto (Miles, Nowicki & Fulbrook, 2014; Zoeteman, 2014).

Caso seja possível, é fundamental a realização do levante, no entanto, no serviço de urgência pode ser incentivado o sentar na maca (Lahmann et al, 2010).

Os locais com mais incidência de UP na pessoa idosa são a região sagrada e os calcâneos verificando-se em categorias iniciais, I e II (Dugaret et al, 2014). Estudos realizados em contexto de urgência, com o intuito de minimizar este problema, confirmam que é necessário realizar um posicionamento usando a inclinação de 30° da cabeceira e a elevação contínua dos calcâneos, reduzindo a pressão nestas zonas (Miles et al, 2014; Dugaret et al, 2014). Segundo um estudo experimental de Moore, Cowman & Conroy (2011) o uso desta técnica reduz significativamente a incidência de UP, com evidência de aparecimento de UP em apenas três pacientes (3%) no grupo experimental, e 13 pacientes (11%) no grupo de controlo.

O tempo necessário ao diagnóstico e decisão de internamento pode levar a que a pessoa idosa esteja deitada sobre superfícies duras, como é o caso dos planos rígidos em contexto de trauma e das macas. Assume assim, elevada importância a utilização do colchão anti escaras como estratégia de prevenção precoce. Pham et al (2011) forneceram comparações ente os colchões tradicionais e os de redistribuição da pressão, sendo que, o uso destes últimos reduz significativamente a incidência de UP, estimando uma economia média de 32 dólares por cliente com futuros tratamentos.

A avaliação da pele é uma medida essencial, revelando-se os cuidados de higiene um momento primordial para a sua inspeção e deteção de sinais de alerta. Em situações de urgência a gestão da humidade da pele e a vigilância das áreas em redor dos dispositivos médicos são fundamentais, bem como a aplicação de cremes hidratantes e de barreira em situações de incontinência, promovendo uma pele limpa, seca e hidratada (Barker et al, 2013; Miles et al, 2014; Zoeteman, 2014).

Zoeteman (2014) e Black et al (2014) defendem a utilização de pensos de proteção como medida preventiva coadjuvante, através da aplicação de películas, espumas e placas hidrocolóides, em indivíduos e zonas mais vulneráveis, como é o

caso da região sagrada, minimizando assim, o impacto da pressão. No entanto esta medida deve ser ponderada, pois pode comprometer a avaliação rigorosa da pele.

A frequência de interações entre a pessoa idosa e os profissionais de saúde é para alguns autores um elemento essencial para a redução do aparecimento de UP. Nos serviços de urgência, nem sempre estas interações são frequentes, mas por outro lado, a avaliação rigorosa de sinais vitais e da dor pode ser fundamental na redução do risco e incidência do problema. Para Baumgarten et al (2012) a avaliação contínua da tensão arterial, diurese e dor pode reduzir a vulnerabilidade da pessoa idosa. No estudo realizado por este autor, a administração de analgesia, em contexto de urgência à pessoa idosa admitida por fratura do colo do fémur, revelou-se fundamental, possibilitando conforto, mobilizações do corpo mais frequentes e de forma mais autónoma.

No entanto, estas medidas de prevenção são muitas vezes descuradas em contexto de urgência, facto que Rich, Shardell, Margolis & Baumgarten (2009) constataram num estudo, que evidenciou a fraca implementação de medidas preventivas e a pouca documentação de UP na admissão da pessoa idosa, o que pressupõe uma avaliação inicial incorreta.

A NICE (2014) acrescenta ainda a necessidade de formação, educação e conhecimentos científicos, como forma de estratégia de prevenção, culminando num planeamento de intervenções de enfermagem personalizadas.

A avaliação inicial da pessoa idosa deve ser detalhada e o mais precoce possível, em especial, nos serviços de urgência, detetando riscos e antecipando possíveis complicações proporcionar-lhe conforto e bem-estar (Cabete, 2005; Gomes, 2013).

As medidas preventivas devem ser implementadas com enfoque na pessoa idosa, nos fatores passíveis de serem modificados, e não apenas na lesão identificada, através de uma intervenção de enfermagem em Parceria (Gomes, 2013).

#### **2.4. A parceria como intervenção de enfermagem no Cuidado á pessoa idosa em risco de desenvolver úlcera por pressão**

O cuidar é uma característica do Ser Humano, e tem sido apontado com objeto epistemológico da ciência de enfermagem, no entanto tem sofrido alterações de

paradigma ao longo dos tempos, passando de uma visão totalitária, em que a pessoa era encarada como um somatório de partes, além da evidência de ser necessário a sua adaptação ao meio ambiente, para o constructo de Cuidado de Si, em que a pessoa não é apenas o somatório de partes, valorizando-se igualmente o subjetivo e as suas vivências (Silva et al, 2009). O exercício profissional da enfermagem foca a relação entre a pessoa e o enfermeiro, esta relação profissional deve ser caracterizada pela parceria e respeito, ao longo de um processo que se pretende dinâmico e proactivo na consecução dos projetos de saúde do cliente (OE, 2001).

Uma condição fundamental para a criação do processo de parceria prende-se com a necessidade de reconhecer a pessoa idosa como “um ser de projeto e de cuidado” (Gomes, 2013, p. 94). O que se traduz na visão da pessoa como corresponsável pelo seu projeto de vida e de saúde, com potencial de desenvolvimento, uma pessoa única, com sonhos e um ser complexo que se reveste de um património único, não estando apenas na posição de mero alvo de cuidados (Gomes, 2009; 2013).

Ao longo desta relação é fundamental obter um conhecimento profundo do outro, ter tempo e espaço para estabelecer uma relação de qualidade, para que a pessoa idosa fale sobre si podendo desta forma centrar os cuidados na sua singularidade (Gomes, 2009). Outro pressuposto da relação de parceria é a qualidade da relação, sendo que esta deve assentar na confiança, por forma a proporcionar o estabelecimento de compromissos, respeitando a intimidade da pessoa idosa e criando um ambiente seguro e de confiança. A comunicação é importante para a partilha de poder e de conhecimentos. É através de um processo negociado onde esteja espelhada a vontade e escolha da pessoa idosa que ocorre a promoção da sua autonomia sempre com a validação por parte do enfermeiro dos cuidados prestados (Gomes, 2013).

No cuidado à pessoa idosa o conceito de parceria e de *empowerment* são centrais. O papel passivo do recetor de cuidados está a mudar, a pessoa idosa é cada vez mais parte ativa na sociedade, pretendendo-se que também assim seja na relação de cuidar com o enfermeiro. Desmistificando-se mitos e preconceitos, promovendo que a pessoa idosa doente seja responsável pelo seu próprio projeto de vida e de saúde com autonomia na tomada de decisão (Gomes, 2007).

O respeito pela individualidade da Pessoa idosa, leva a que o enfermeiro tenha em atenção o cuidado que o Outro teria consigo próprio, levando a uma personalização e individualização do cuidado. Para Gomes (2009) os doentes idosos devem ser integrados como parceiros de cuidados, e “quando não é possível ao doente assumir o seu poder de decisão, o enfermeiro tenta assegurar o cuidado de Si (Cuidado do Outro)” (Gomes, 2009, p. 225).

O enfermeiro deve conseguir antecipar complicações, nomeadamente UP, quando o cliente não consegue assumir o seu poder de decisão, proporcionando conforto, bem-estar, com respeito pela dignidade e privacidade do outro, mesmo em ambiente hostil (Gomes, 2013).

A parceria é uma intervenção de enfermagem que promove o Cuidado de Si, sistematizada em cinco fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar o cuidado do outro, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de Si próprio/assegurar o cuidado do outro. Apesar desta diferenciação em fases este é um processo contínuo, no entanto não linear, podendo não haver acordos, surgirem conflitos e incumprimentos, estando todas as categorias inter-relacionadas e não fechadas em si mesmas (Gomes, 2009; 2013).

A fase inicial revelar-se é fundamental, pois é neste primeiro momento que acontece o conhecimento mútuo, tanto do enfermeiro como da pessoa idosa doente, manifestando-se esta última “como um ser de projeto e de cuidado” (Gomes, 2013, p.94). O enfermeiro mobiliza todas as suas competências, nomeadamente de comunicação, demonstrando uma atitude de escuta ativa, mostrando disponibilidade e respeito pela pessoa, para o seu conhecimento profundo. Reconhecendo quais os valores, crenças, desejos, cultura, contexto social, acontecimento de doença e significado que esta tem no seu projeto de vida. É igualmente importante reconhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa com o intuito de promover a sua autonomia procurando soluções para os problemas identificados, evitando igualmente complicações (Gomes, 2009).

A segunda fase envolver-se é caracterizada pelo estabelecimento de uma relação de qualidade, baseada na confiança, em que o enfermeiro dá tempo e espaço, para que a pessoa idosa possa explicitar toda a sua singularidade. Importa que o enfermeiro reconheça a necessidade de tempo da pessoa idosa, mostrando-se disponível para escutar, não precipitando a construção desta relação tentando

impor o poder que detém pelo conhecimento científico, mas sim que ocorra uma partilha de sentimentos e de informações com o cliente. É importante que a pessoa idosa se sinta valorizada, compreendida, ouvida, de forma a comunicar o que realmente a preocupa, quais os seus problemas e como o enfermeiro a poderá ajudar reconhecendo as suas dificuldades e desenvolvendo capacidades (Gomes, 2013). Desta forma, este envolvimento e preocupação, para Gomes (2013, p. 101) “vão ajudar a perscrutar as necessidades e potencialidades desta, ou seja: a identificar a falta de conhecimentos, os limites funcionais decorrentes da doença face às atividades de vida diária e às atividades instrumentais de vida diárias”.

Na sequência desta identificação de limitações e potencialidades a terceira fase tem um duplo sentido capacitar ou possibilitar o cuidado do outro. Capacitar é uma ação conjunta, o enfermeiro transforma as capacidades potenciais da pessoa idosa em reais, tendo em conta o conhecimento prévio adquirido da pessoa, sua singularidade, e o seu projeto de vida, de forma a ser a pessoa idosa a assumir o controlo do cuidado de Si. Na mesma ótica ajuda o cuidador familiar a cuidar da pessoa idosa doente, sugerindo ações, promovendo autonomia e ajuda, reforçando positivamente quando a pessoa idosa e família atingem o Cuidado de Si (Gomes, 2009). Por outro lado, o enfermeiro possibilita o cuidado do outro, quando este não tem capacidades, assumindo “a responsabilidade dos cuidados que o Outro devia ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia” (Gomes, 2009, p. 235). Possibilitar o cuidado implica que o enfermeiro atua tendo em conta o conhecimento anterior da pessoa idosa e do seu projeto de vida (Gomes, 2013).

Na quarta fase, comprometer-se, procura-se atingir os objetivos definidos, o enfermeiro ajuda a pessoa idosa a assumir os compromissos que são estabelecidos com base no que faz sentido para si. Com o estabelecimento destes compromissos e sua concretização pretende-se uma transição progressiva de capacidades potenciais para capacidades reais. A ajuda prestada pode ser diretamente do enfermeiro ou indiretamente através de um familiar com ajuda do enfermeiro (Gomes, 2009).

Na quinta e última fase do modelo de intervenção em parceria, assumir o controlo do cuidado de Si próprio/assegurar o cuidado do outro, tem igualmente uma dupla faceta à semelhança da terceira fase. Pretende-se que a pessoa idosa adquira capacidade para controlar o seu projeto de vida e saúde, permanecendo informado e

com capacidade de decisão sobre o que é melhor para si e lhe traz mais conforto e bem-estar. O enfermeiro assume a responsabilidade do cuidado que a pessoa devia ter consigo própria, por outro lado, o cuidador familiar também adquire capacidades para ajudar a cuidar da pessoa idosa, tendo sempre o enfermeiro como recurso. (Gomes, 2013).

Tendo este modelo como fundamento teórico e constructo deste projeto, impera o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação, de conhecimento da patologia em estudo, das características específicas da pessoa idosa e da aplicação deste processo na prática diária de cuidados com vista à melhoria da relação e do cuidado à pessoa idosa em risco de desenvolvimento de UP.

Como este modelo demonstra uma dualidade de ações, por um lado, ajuda a pessoa idosa e família a assumir o controlo do cuidado de Si, e por outro é o enfermeiro e ou a família que garante o cuidado do outro, tendo sempre em conta a individualidade da pessoa e o seu projeto de vida, mostra-se adequado para o trabalho com a pessoa idosa e sua família com vista à prevenção de complicações decorrentes do internamento nomeadamente as UP. Com a pessoa idosa, que mantém a sua capacidade funcional e detém o cuidado de Si, esta é uma intervenção de enfermagem que ajuda na sua capacitação.

Tendo em conta este quadro de referência foi desenvolvido o presente trabalho, no capítulo seguinte, será apresentada a metodologia e as questões éticas.

### 3. METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido enquadra-se na metodologia de projeto, que assenta numa investigação de um problema real, e na conseqüente construção e implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Para Ruivo et al (2010) este método compreende cinco etapas que são: o diagnóstico de situação, a definição dos objetivos, o planeamento, a execução e avaliação e por último a divulgação dos resultados. As três primeiras fases foram realizadas no 2º semestre do curso na unidade curricular Opção II, a fase da execução e avaliação foram desenvolvidas em estágio (3º semestre) culminando com a construção deste relatório como forma de divulgação dos resultados obtidos.

Com o desenvolvimento deste trabalho pretendeu-se a aquisição de competências de mestre e de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente de cuidado à pessoa idosa, desenvolvendo conhecimento especializado em quatro domínios, que para a Ordem dos Enfermeiros descritas no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010) são: **o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais.**

Para a realização deste projeto foi necessário a colaboração de diferentes parceiros, nomeadamente os enfermeiros orientadores de estágio e coordenadores dos serviços. Estabeleceu-se como participantes do projeto a pessoa idosa e os enfermeiros dos dois locais de estágio. Foi realizada uma análise de SWOT, avaliando forças e fraquezas, oportunidades e ameaças deste projeto (Apêndice I).

#### 3.1. Considerações éticas

A realização deste projeto e a obtenção de ganhos em saúde com o seu desenvolvimento pressupõe o envolvimento de toda a equipa de enfermagem e da aceitação deste por parte das chefias de serviço, nomeadamente de enfermagem e clínica, o que veio a verificar-se. As enfermeiras coordenadoras de ambos os serviços em que desenvolvi o estágio foram parceiras na sua divulgação e implementação. De forma oficializar a sua realização na entidade hospitalar foi feito um pedido formal de autorização à direção de enfermagem e ao departamento de formação, bem como a permissão de consulta de dados estatísticos e informáticos do processo clínico do doente em programa *Alert* (Apêndice II).

Todas as minhas intervenções no decorrer do estágio foram pautadas pelos princípios éticos e deontológicos do código do enfermeiro, respeitando os direitos fundamentais e valores humanos, tendo especial enfoque nos direitos da pessoa idosa, consagrados no artigo 81º do código deontológico alínea c) “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, provendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (OE, 2003, p.51).

O alvo de cuidados, que eram as pessoas idosas e suas famílias, foram informados da minha situação profissional e académica, e o motivo para a utilização de instrumentos de avaliação e colheita de dados. Foi realizado consentimento informado, que para a OE (2007b) é “a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem”, respeitando assim o **dever de informação e direito à autodeterminação**. Foi igualmente assegurado o **dever de sigilo e proteção da intimidade** e privacidade. Todos os locais de estágio não foram identificados, bem como os intervenientes nas diversas interações, nomeadamente ocultando os nomes nos estudos de caso e em notas de campo realizadas, considerando toda a informação confidencial. A informação apenas foi partilhada no benefício do cliente e com aqueles que estão implicados no plano terapêutico.

Foram igualmente assegurados os pressupostos da excelência do exercício assegurando a **qualidade**, fazendo o bem, ajudando o outro, assegurando o **princípio da beneficência e não-maleficência** que se refletiu no trabalho desenvolvido em estágio, onde por vezes, não trabalhava apenas na área do meu projeto, a pessoa idosa, mas também com os indivíduos em geral,

A **autonomia** da pessoa idosa foi um ponto principal na construção deste projeto, assegurando que somos responsáveis pelo cuidado da pessoa mas sempre tendo em consideração o cuidado que a pessoa teria consigo própria se fosse capaz de escolher e de agir, sendo esta uma condição para a construção de uma relação de parceria.

A pessoa idosa é apontada como um grupo de risco, de grande vulnerabilidade por isso o exercício da responsabilidade profissional que à luz do código deontológico “deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e dignidade de cada pessoa envolvida” (OE, 2003, p. 23) foi cumprido e respeitado.

### 3.2. Planeamento

Nesta fase do relatório foram definidos os objetivos gerais e os objetivos específicos que aqui são apresentados sob a forma de tabela, seguidos das atividades, estratégias desenvolvidas e os respetivos indicadores de avaliação. Para Ruivo et al (2010) a etapa do planeamento compreende igualmente a realização de um cronograma inicial que calendariza as atividades (Apêndice III).

**Objetivo Geral:** Desenvolver competências como enfermeira especialista nos cuidados à pessoa idosa nomeadamente, na prevenção de UP, promovendo o cuidado de si, utilizando a Parceria como intervenção de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<b>Adquirir e aprofundar conhecimentos na área da prevenção de UP na pessoa idosa.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realização de idas a campo – reunião com elementos de referência (SUG, UCC, GPTF)</li> <li>▪ Realização de estágio de 18 semanas letivas: 14 semanas no SUG e estágio de 4 semanas na UCC;</li> <li>▪ Execução de pesquisa bibliográfica em bases de dados internacionais, revistas e livros de referência;</li> <li>▪ Redação do enquadramento teórico do projeto;</li> <li>▪ Formação em Serviço na área de projeto;</li> <li>▪ Participação em 3 congressos sobre a temática com a apresentação de comunicações livres e pósteres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aquisição de conhecimentos sobre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-UP;</li> <li>- Avaliação do risco de desenvolvimento de UP;</li> <li>-Medidas de prevenção na pessoa idosa no SUG;</li> </ul> </li> <li>-Avaliação multidimensional da pessoa idosa</li> <li>-Segurança do cliente;</li> <li>- RNCCI e sua referenciação;</li> </ul>
<b>Divulgar o Projeto no SUG de Setúbal e Unidade de Cuidados na Comunidade.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reunião com a Enf.<sup>a</sup> coordenadora do SUG e da UCC para apresentação do projeto;</li> <li>▪ Realização de visitas de campo (SUG, UCC, e GPTF);</li> <li>▪ Entrevista à enfermeira coordenadora do GPTF;</li> <li>▪ Ações de formação para divulgação e envolvimento da equipa do SUG e UCC no projeto, justificando tema e pertinência do projeto.</li> <li>▪ Reuniões informais com a equipa de enfermagem, discussão de casos e partilha de experiências;</li> <li>▪ Divulgação da apresentação do projeto por <i>mail</i>;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resultado das reuniões;</li> <li>▪ Feedback obtido por parte da equipa do SU e da UCC acerca do projeto;</li> <li>▪ Envolvimento da equipa de enfermagem, participação nas ações de formação e reuniões informais;</li> <li>▪ Reforço positivo dos elementos coordenadores à realização deste projeto;</li> <li>▪ Pedidos de colaboração nas tomadas de decisões;</li> </ul>
<b>Avaliar a taxa de prevalência e incidência de UP no Serviço de Urgência.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recolha de informações do processo clínico de forma a obter dados estatísticos;</li> <li>▪ Levantamento de informação sobre número de pessoas internadas em SO e com UP no último dia útil de cada mês de forma a avaliar a taxa de prevalência;</li> <li>▪ Relato do aparecimento de novas UP na pessoa idosa internada em SO - Taxa de incidência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxas de prevalência;</li> <li>▪ Realização de registos de incidente;</li> <li>▪ Taxa de prevalência;</li> </ul>

<p><b>Intervir em parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar no desenvolvimento de intervenções de enfermagem para prevenção de UP, promovendo o cuidado de Si.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação das práticas da equipa de enfermagem e em especial do enfermeiro especialista do SUG e da UCC;</li> <li>▪ Prestação de cuidados, enquanto enfermeira especialista, implementado um conjunto de intervenções individualizadas, em parceria;</li> <li>▪ Elaboração de projetos de cuidados em parceria com a pessoa idosa e família, na prevenção de UP;</li> <li>▪ Aplicação de instrumentos de avaliação multidimensional para a conhecer a pessoa idosa;</li> <li>▪ Elaboração de estudos de caso nos dois contextos de estágio;</li> <li>▪ Envolvimento do cliente e família no desenvolvimento de estratégias nas 5 fases do processo de parceria para a redução dos fatores determinantes de UP;</li> <li>▪ Definição de estratégias em parceria com o cliente idoso e sua família, com alimentação entérica para uma adequada prestação de cuidados através do dispositivo de alimentação entérica, assegurando o cuidado de Si;</li> <li>▪ Desenvolvimento e discussão de estudos de caso de forma a realizar intervenções de enfermagem tendo em conta os diferentes níveis de risco e a melhor evidência disponível;</li> <li>▪ Identificação dos contributos do modelo de parceria para o cliente idoso e/ou seu familiar cuidador, na promoção do cuidado de Si.</li> <li>▪ Realização de notas de campo de situações vividas em parceria com a pessoa idosa;</li> <li>▪ Realização de um folheto sobre os fatores de risco e as principais medidas preventivas – Guia orientador para o cuidador;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudo de caso que reflita a avaliação da pessoa idosa e família e intervenção de enfermagem na prevenção das complicações decorrentes da hospitalização, nomeadamente na prevenção de UP;</li> <li>▪ Identificação de intervenções realizadas em parceria na promoção do cuidado da pessoa idosa;</li> <li>▪ Apresentação dos compromissos estabelecidos em parceria</li> <li>▪ Criação de uma relação de confiança com a pessoa idosa e família;</li> <li>▪ A pessoa idosa e família assumem o cuidado de si, de acordo com o plano de cuidados;</li> <li>▪ Redução das taxas de incidência de UP no SUG;</li> <li>▪ Distribuição do folheto no SUG;</li> </ul>
--	---	--

**Objetivo Geral:** Desenvolver competências no seio da equipa de enfermagem na prevenção de UP à pessoa idosa, promovendo o cuidado de si.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><b>Contribuir para a melhoria das intervenções da equipa de enfermagem de acordo com as necessidades do doente idoso em risco de desenvolver UP e sua família, tendo por base uma intervenção em parceria.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação de um serviço onde já se encontra implementado a prestação de cuidados em parceria e a avaliação da pessoa idosa e risco de UP;</li> <li>▪ Observação de cuidados especializados e em Parceria com a pessoa idosa;</li> <li>▪ Observação do que a equipa já faz bem e o que precisa de alterar tendo em conta as medidas preventivas baseadas na evidência científica;</li> <li>▪ Realização de auditoria há utilização de colchões anti escaras;</li> <li>▪ Avaliação dos recursos disponíveis no SUG de forma a promover um ambiente seguro para a pessoa idosa e família;</li> <li>▪ Realização da análise dos registos de enfermagem em três momentos distintos, relativamente à avaliação dos fatores de risco de UP na pessoa idosa e à realização de medidas preventivas com recurso dos indicadores de avaliação baseados nas fases do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009)</li> <li>▪ Elaboração de notas de campo sobre práticas da equipa de enfermagem no que respeita à avaliação do risco de desenvolvimento de UP, avaliação da pele e cuidados em parceria;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funcionamento da equipa: <ul style="list-style-type: none"> <li>- utilização de colchão anti escaras;</li> <li>- Administração de suplementos proteicos e/ou alimentação entérica</li> </ul> </li> <li>- Implementação de medidas preventivas;</li> <li>- Envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa;</li> </ul>
<p><b>Capacitar os enfermeiros para a utilização da escala de Braden, como sistema de registo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitorização do registo e avaliação da escala de Braden;</li> <li>▪ Discussão e reflexão sobre casos clínicos, aplicação prática da escala de Braden; Informação informal sobre a escala e seu preenchimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de avaliações de risco;</li> <li>▪ Pedidos de Colaboração nas decisões da equipa,</li> <li>▪ Observação de boas</li> </ul>

<p><b>uniforme e sistemático de avaliação do risco.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ação de formação no SUG à equipa de enfermagem;</li> <li>▪ Aplicação da escala de Braden na plataforma da RNCCI no momento da admissão na ECCI;</li> </ul>	<p>práticas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participação e avaliação das ações de formação realizadas;</li> </ul>
<p><b>Implementar de forma sistemática uma completa avaliação inicial da pessoa idosa, nomeadamente: risco de UP, características da pele e estado nutricional no momento da admissão ao internamento.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboração de um póster – protocolo de atuação que descreve a avaliação inicial da pessoa idosa no SUG com risco de desenvolvimento de UP para: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniformização de procedimentos inerentes à prevenção de UP no SUG com base na evidência científica;</li> <li>- Identificação e descrição das principais medidas preventivas de acordo com os dois níveis de risco, identificados pela avaliação da escala de Braden.</li> </ul> </li> <li>▪ Supervisionar as medidas preventivas utilizadas pelos colegas;</li> <li>▪ Aposta na formação informal junto da equipa;</li> <li>▪ Ação de formação no SUG sobre a avaliação multidimensional da pessoa idosa no SUG;</li> <li>▪ Realização de um “Guião de colheita de dados”;</li> <li>▪ Construção de um <i>dossier</i> de apoio, com material relativo à prevenção da UP e escala de Braden;</li> <li>▪ Construção de um póster sobre o material disponível no SUG e farmácia para o tratamento de UP;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação de boas práticas;</li> <li>▪ Participação nas ações de formação;</li> <li>▪ Feedback da equipa;</li> <li>▪ Nota de entrada detalhada com referência a uma avaliação multidimensional da pessoa idosa; nomeadamente em relação ao risco de desenvolvimento de UP, à avaliação da pele e avaliação nutricional;</li> <li>▪ Envolvimento da família;</li> <li>▪ Recurso à documentação disponível no <i>dossier</i>;</li> <li>▪ Número de participantes na ação de formação/ total de profissionais;</li> </ul>
<p><b>Implementar intervenções de enfermagem a nível de enfermeiro especialista, englobando o idoso e família como parceiros no cuidar, de acordo com os níveis de risco avaliados através da escala de Braden; que promovam o cuidado de Si.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussão e reflexão de casos práticos em equipa no SU, avaliando os fatores de risco da pessoa idosa e determinantes para o desenvolvimento de UP, assente no Modelo de parceria;</li> <li>▪ Definição em equipa de estratégias e medidas preventivas a implementar no SUG tendo por base a evidência científica;</li> <li>▪ Utilização da avaliação multidimensional da pessoa idosa como intervenção na prevenção de UP;</li> <li>▪ Realização de relatos de incidente em conjunto com os elementos da equipa, eleição de elementos dinamizadores do projeto em cada equipa;</li> <li>▪ Divulgação do Modelo de Parceria através da formação informal dos elementos da equipa;</li> <li>▪ Divulgação do estudo de caso realizado e dos resultados do projeto;</li> <li>▪ Definição de estratégias em parceria com a pessoa idosa em risco de desenvolver UPP e cuidador, para uma adequada prestação de cuidados assegurando o cuidado de Si;</li> <li>▪ Envolver a pessoa idosa e cuidador familiar no seu plano de cuidados;</li> <li>▪ Ação de formação no SUG à equipa de enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Basear a prática na melhor evidência disponível;</li> <li>▪ Aquisição de novo conhecimento;</li> <li>▪ Desenvolvimento de estratégias em parceria com o cliente idoso</li> <li>▪ Identificar contributos do projeto para a pessoa idosa e cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si.</li> <li>▪ Que a pessoa e idosa e família demonstrem conhecimento sobre o processo de saúde/doença; que demonstrem conhecimentos sobre a prevenção de UP;</li> <li>▪ Apresentação de estudos de caso e compromissos assumidos</li> </ul>

## **4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO – ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS E RESULTADOS**

Neste ponto do relatório é explicitado com detalhe todas as atividades desenvolvidas em estágio tendo em conta os objetivos específicos, as competências desenvolvidas e as aprendizagens realizadas, tendo por base o planeamento inicial e a evidência científica. Serão remetidas para apêndices algumas atividades desenvolvidas de forma a completar a informação aqui descrita.

### **4.1. Adquirir e aprofundar conhecimentos na área da prevenção de UP na pessoa idosa**

Foi transversal para a concretização de todos os objetivos a realização do estágio que se dividiu em 14 semanas letivas, no serviço de SUG e 4 semanas na unidade de cuidados na comunidade, integrando a ECCI. Nestes dois locais pude prestar cuidados de enfermagem específicos à pessoa idosa e sua família, juntamente com os enfermeiros orientadores e com a equipa multidisciplinar, havendo melhor entendimento das dificuldades da equipa, das potencialidades e do trabalho desenvolvido, conhecendo a realidade de cada serviço.

Devido às características do SUG e da população que atende, foi de extrema importância estudar especificamente esta problemática, focando as necessidades e especificidades da pessoa idosa para uma personalização e humanização dos cuidados de enfermagem. Tradicionalmente o SUG é encarado como um serviço “frio”, desumanizado, confuso, caótico e que não responde às necessidades da pessoa idosa e da sua família, foi a pensar nestes pressupostos que optei por realizar este estágio no meu local de trabalho, juntamente com a equipa que conheço tão bem, pensando que seria possível trabalhar mais e melhor, mudando mentalidades e preconceitos. Por outro lado, senti necessidade de trabalhar com a pessoa idosa no seu contexto de vida, social, cultural e familiar, e por isso a razão da escolha do contexto de estágio em cuidados de saúde primários integrando a ECCI. Um serviço que me tirou da minha área de conforto, da minha realidade diária, o meio hospitalar, que me obrigou a refletir sobre o trabalho do enfermeiro em contexto comunitário e como ainda é necessário investir na área da prevenção de UP.

Prestei cuidados a diversas pessoas idosas e famílias, focando a área da prevenção de UP, tendo sempre como referencial teórico o modelo de parceria, e salientando que a pessoa idosa tem responsabilidade no seu processo de saúde, não podendo ser esquecida do seu plano de cuidados, mas sim integrada e consultada, coresponsabilizando-a, reconhecendo-a como um “ser de projecto e de cuidado, sendo esta uma condição estrutural para a construção do processo de parceria” (Gomes, 2009, p.153). Integrei a equipa multidisciplinar da UCC em visitas domiciliárias de avaliação da pessoa idosa e família para integração na RNCCI especialmente para a ECCI. Situações que se revelaram de enorme aprendizagem enquanto enfermeira especialista na avaliação do contexto familiar, social e clínico, reconhecendo o papel do enfermeiro e a importância de um trabalho multidisciplinar.

Para o conhecimento mais aprofundado desta temática da prevenção de UP na pessoa idosa foi desenvolvida uma revisão sistemática da literatura (RSL), tendo a seguinte pergunta de partida: “Quais as Intervenções de Enfermagem para a prevenção de úlceras por pressão na Pessoa idosa?” Com recurso às bases de dados científicas EBSCO HOST, *Medline* e *Cinahl* com as seguintes palavras-chave: *Elderly; Pressure Ulcers; Prevention e Nursing Care*, recorrendo como filtros de pesquisa a textos em *Full text* de 2005-2014, chegando ao resultado final de 10 artigos (Apêndice IV). Esta atividade permitiu desenvolver **competências de investigação** e identificar as intervenções que permitiram sustentar a minha prática na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi ainda realizada pesquisa bibliográfica no decorrer de todo o estágio e leitura de normas e protocolos internacionais para a prevenção de UP.

De forma a desenvolver conhecimentos e **competências de prestação de cuidados à pessoa idosa**, foi igualmente importante a participação em formações em serviço e em congressos na área de projeto.

Assisti ao **curso de cuidados continuados integrados, num total de 35h** ao longo de cinco dias no mês de Outubro. Sobre temas como o envelhecimento - princípios fisiopatológicos e psicocomportamentais - reabilitação, assistência social e cuidados continuados como garantia de qualidade. Com esta formação pude compreender o funcionamento da RNCCI, as diversas tipologias, como são realizadas as referenciações e qual o papel do enfermeiro nas diferentes áreas. Um curso que veio a ser uma mais-valia no desenvolvimento de **competências**

**investigação, gestão e formação, e melhoria contínua da qualidade**, que foram mobilizadas para o último mês em estágio na ECCI.

Outra oportunidade formativa foi o **Curso de prevenção e tratamento de úlceras por pressão** que se realizou nos dias 18 e 19 de dezembro. Foi abordada a temática da UP como evento adverso e ameaça para a segurança do doente, sua epidemiologia e etiologia, classificação, estratégias prevenção e tratamento.

Este curso revelou-se uma oportunidade de grande importância para a **participação de projetos institucionais na área da qualidade, para a melhoria da qualidade na prática, consolidando conhecimentos**, obtidos através da RSL e da evidência científica estudada. Permitiu também **influenciar a implementação de boas práticas de tratamento e prevenção** de UP de forma sistemática em todos os serviços do hospital através dos elementos de ligação ao grupo de prevenção e tratamento de feridas (GPTF) que se tornaram elementos de referência na área. **Compreendi a importância de programas de melhoria da qualidade**, e como eu, enquanto elemento de ligação do SUG, podia ter um papel ativo e dinamizador de boas práticas, nomeadamente através da implementação deste projeto.

Particpei em congressos e eventos científicos a nível nacional, nomeadamente:

- 2º Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal EPE – “Um olhar reflexivo sobre o (in) visível, Intervenção partilhada de Enfermagem” que se realizou nos dias 27 e 28 de Novembro de 2014 com a apresentação da comunicação livre: “A prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa internada no serviço de urgência” (Apêndice V);
- IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria: “Envelhecimento ativo saudável e positivos”, com a exposição de um póster realizado em grupo, sobre o tema “Implicações da institucionalização da pessoa idosa – Avaliar para prevenir” nos dias 5, 6 e 7 Dezembro de 2014 (Apêndice VI);
- 3º Congresso dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, em janeiro de 2015, onde apresentámos um póster: “A Parceria como intervenção de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa internada no serviço de urgência” (Apêndice VII).

Todos estes eventos formativos revelaram-se uma oportunidade de partilha de experiências, conhecimento e saberes, que contribuíram **para o aumento dos meus conhecimentos, desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados à pessoa idosa e de investigação**. As aprendizagens adquiridas passaram a ser tidas em conta na minha prestação direta de cuidados ao longo do estágio nos dois contextos, baseando a minha prática na melhor e mais atual evidência científica. Com a realização destes trabalhos pude divulgar o meu projeto e consolidar competências na área da escrita de resumos e da comunicação oral.

#### **4.2. Divulgar o Projeto no SUG de Setúbal e UCC**

De modo a motivar e envolver a equipa de enfermagem para o projeto foram realizadas ações de formação informais a cada equipa, e a diversos grupos.

A formação contínua dos enfermeiros deve ser baseada em situações vividas, na experiência de cada um, e abranger uma componente teórica e prática, sendo primordial a importância da reflexão (Carvalho & Carvalho, 2006). Apesar de inicialmente ter sido estruturada e pensada uma apresentação em sala, não foi possível atempadamente, devido a formações em serviço urgentes e essenciais tendo em conta a doença por vírus ébola. Assim, foram realizadas reuniões nos tempos de pausa e após a passagem de turno, de forma a apresentar o projeto - focando a pertinência do tema, em especial no serviço de urgência, tendo em conta o panorama demográfico atual - apresentando o diagnóstico de situação, focando o que já era feito no serviço e o que podia ainda ser melhorado. Foi ainda realizada uma breve revisão do estado da arte, fazendo especial referência aos determinantes para o aparecimento de UP e ao modelo teórico de intervenção em enfermagem adotado, que era desconhecido para a maioria dos enfermeiros, mas que foi compreendido e aceite tendo em conta o tema do projeto e a população alvo de cuidados.

Apesar de não ter sido possível a sua apresentação formal, estas reuniões foram de especial importância para suscitar a reflexão e debate sobre esta problemática. Refletimos sobre o cuidado à pessoa idosa no SU, visando a prevenção das UP, focando pontos como: a negligência, a UP como evento adverso, e indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O projeto foi considerado pela equipa como fundamental para a visibilidade da prática de enfermagem, um contributo essencial para uma melhor avaliação da pessoa idosa, tendo em conta os fatores de risco, a etiologia do problema, bem como para a implementação de medidas preventivas adequadas para a redução das UP na pessoa idosa no SU.

Contei com o apoio de toda a equipa, igualmente da enfermeira chefe do serviço, que me incentivou a realizar este trabalho de modo a obter dados concretos sobre esta temática nomeadamente com a avaliação de indicadores fiáveis como são o caso das taxas de prevalência e incidência.

Por último e na tentativa de divulgar o projeto à totalidade dos 59 elementos da equipa de enfermagem, foi enviado um *mail* com a apresentação (Apêndice VIII).

A nível hospitalar, foi solicitada uma reunião com o GPTF, na pessoa da enfermeira responsável, com o objetivo de realizar uma entrevista para conhecer aspetos estruturais e funcionais do grupo, nomeadamente as atividades que desenvolvem no centro hospitalar. Esta reunião resultou, ainda que, indiretamente por ser veículo de difusão do meu projeto.

Todos estes meios de divulgação do projeto contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e académico, através dos quais pude **criar estratégias de motivação na equipa para a implementação do projeto**, através da reflexão de casos práticos, **sensibilizar para a mudança de comportamentos e práticas**, **aprendendo a importância da reflexão crítica** baseada nas experiências e vivências de cada um. Fui reconhecida pelos pares como elemento de referência na área e implicada em processos de tomada de decisão sobre a avaliação da pessoa idosa e implementação de medidas preventivas.

#### **4.3. Avaliar a taxa de prevalência e incidência de UP no Serviço de Urgência**

Cada vez mais é uma exigência das instituições que se demonstre a qualidade dos cuidados prestados, em especial dos cuidados de enfermagem e o resultado das intervenções autónomas, assim, de forma a quantificar a efetividade das estratégias de prevenção em doentes em risco de desenvolver UP, impõe-se o cálculo de indicadores que regra geral expressam-se por taxas (Pina et al, 2010). Neste caso específico foram avaliados indicadores de resultado, estes indicadores

procuram descrever diretamente os efeitos dos cuidados prestados sobre o estado de saúde do doente, podendo ser taxas de prevalência e incidência.

As taxas de prevalência, no caso das UP, medem o número de indivíduos que apresentam UP num determinado momento e local, incluindo as que já tinham e as que foram adquiridas, resultando numa “fotografia” da situação. A taxa de incidência é mais específica e refere-se a novos casos de UP, revelando o que acontece durante um determinado período de tempo, traduzindo-se no sucesso ou não das medidas preventivas implementadas (Pina et al, 2010).

No SUG não eram avaliadas as taxas de prevalência ou de incidência, há alguns anos, no entanto existem instrumentos de colheita de dados da própria instituição que me ajudaram na recolha destes dados (Anexo I). Foi definida a avaliação da taxa de prevalência no período de 12 meses correspondente ao ano de 2014, fazendo a recolha de dados do processo clínico do doente, no último dia útil de cada mês à população internada no SO.

Em relação à taxa de incidência a forma institucional para o seu cálculo é o preenchimento individual da folha de relato de incidente que foi recentemente alterada, tendo sido construído um campo específico a preencher em caso de UP. É necessário a identificação da categoria da lesão, do score da escala de Braden no momento da identificação, as comorbilidades patentes, as medidas preventivas desenvolvidas e constrangimentos à sua implementação.

Tive oportunidade de perceber, aquando da realização do diagnóstico de situação, e ao longo do estágio a dificuldade de aceitação do relato de incidente, considerado pela equipa de enfermagem de difícil realização, burocrático, e de certa forma, uma culpabilização do acontecimento.

De forma a alterar este pensamento, e encarar o relato de incidente como uma ferramenta para a mudança de comportamentos e identificação de necessidades, por parte da equipa de enfermagem, foram preenchidos relatos de incidente em conjunto com os colegas, realizando uma análise e descrição da situação, para a identificação de problemas que podem ser minimizados. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de **competências de liderança** junto da equipa, na identificação de necessidades reais do SUG e da pessoa idosa, estratégias de melhoria das medidas preventivas e promoção de momentos de aprendizagem.

Como já foi referido anteriormente a taxa de prevalência calculada no ano de 2014 foi de 15.97, sendo que deste valor 5.9% eram relativas a UP adquiridas no SU, numa média de 23,9 utentes internados em SO (Apêndice IX). Estes valores revelam que no SUG é elevada a prevalência e incidência de UP, dados que me entristecem mas ao mesmo tempo, me deram força para continuar com este projeto, sabendo que é necessário implementar medidas preventivas mais centradas na pessoa idosa, através de planos rigorosos e protocolos exequíveis no SU de avaliação do risco, avaliação da pele e avaliação do estado nutricional.

Importa definir estratégias em parceria com a pessoa idosa e sua família nos diversos contextos para a obtenção dos melhores resultados em saúde, que se traduzem na redução destes valores, na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, da sua família e dos seus cuidadores. Tendo por base esta última premissa serão descritas as intervenções em parceria que foram desenvolvidas ao longo do estágio.

#### **4.4. Intervir em parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar no desenvolvimento de intervenções de enfermagem para prevenção de UP, promovendo o cuidado de Si**

No decorrer do estágio muitas foram as situações em que pude trabalhar em parceria com a pessoa idosa e sua família. Apesar de ter desenvolvido estágio no meu local de trabalho, a posição de aluna é diferente. Forcei-me a mudar, incluindo na minha atuação o conhecimento novo adquirido baseado na melhor evidência científica e o recurso ao modelo de intervenção em enfermagem em parceria como forma de promover a autonomia da pessoa idosa e da sua participação no plano de cuidados juntamente com a sua família, num serviço tão específico como o SUG.

O último mês de estágio decorreu numa ECCI com um total de 50 vagas. Neste contexto de estágio pude ter contato, pela primeira vez como profissional, com os cuidados de saúde primários, perceber a articulação com o hospital, com a RNCCI e o trabalho que a equipa de enfermagem desenvolve em parceria com a pessoa idosa e sua família. Este contexto foi de extrema importância para implementar intervenções de enfermagem para a prevenção UP em parceria, no contexto real e de vida da pessoa idosa, conhecendo os recursos existentes na

comunidade, situações reais de fragilidade e necessidades, a forma de articulação entre os recursos e entre a equipa multidisciplinar.

As intervenções de enfermagem para a prevenção de UP norteiam-se por três princípios fundamentais: manter e melhorar a tolerância dos tecidos à pressão, gestão da incontinência e proteção contra forças de pressão, fricção e deslizamento (Pina et al, 2010). É necessário o conhecimento detalhado destes três princípios, juntamente com uma detalhada avaliação inicial e avaliação do risco, para o sucesso do plano de intervenções em enfermagem. De forma a operacionalizar as medidas preventivas estabelecendo compromissos em parceria com a pessoa idosa e família, foram efetuados estudos de caso. Através da produção destes estudos de caso, aprendi a realizar uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, a sistematizar a informação recolhida, a por em **prática competências relacionais e de parceria**, bem como competências de prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família.

#### 4.4.1. Avaliação multidimensional da pessoa idosa no SUG

O início da realização de um estudo de caso na urgência não foi para mim fácil, o que me motivou à realização de uma nota de campo refletindo sobre esta dificuldade e tentando responder à questão: Quando e como fazer um estudo de caso num Serviço de Urgência? Esta atividade desenrolou-se ao longo de alguns dias de estágio e para meu pesar nunca era concretizada, interrogando-me o que estaria a falhar (Apêndice X).

Inicialmente considerei impossível fazer um estudo de caso detalhado, minucioso no SUG, tendo em conta que a média de internamento em SO era menos de 2 dias, verificando-se assim pouco tempo e disponibilidade para a colheita de dados. Estamos perante o carácter de urgência destes episódios de internamento, que pode dificultar a colheita de dados, o que me levou a questionar qual a informação mais pertinente a ser colhida e como poderia incluir a família neste processo. Por outro lado a população idosa recorre ao SUG de forma atípica, com uma grande complexidade de situações que requerem ser estudadas, aliando as características de serviço de urgência em que as condições ambientes não favorecem uma colheita de dados exaustiva e detalhada (Legrain et al 2011; Ellis et al, 2014).

No entanto a avaliação multidimensional da pessoa idosa é uma ferramenta fundamental para a detecção de situações de fragilidade que permite realizar um diagnóstico precoce e assertivo dos problemas existentes, na pessoa idosa e família, de forma a efetivar um plano de cuidados especializado evitando complicações. Assim, é necessário fazer uma completa avaliação inicial que incida sobre a proveniência da pessoa idosa, as alterações decorrentes do envelhecimento, doenças crônicas, comprometimento funcional e cognitivo, avaliação nutricional, medicação habitual, identificação do cuidador, história de quedas, feridas crônicas, exame físico e sinais vitais (Veillette, Demers, Dutil, & McCusker, 2009; Dawood et al, 2011; Legrain et al, 2011; Ellis et al, 2014).

A avaliação global ou multidimensional do idoso para Sequeira (2010) pretende identificar quais as dimensões da funcionalidade da pessoa que demonstram mais dependência e quais as necessidades de ajuda para satisfação das suas necessidades humanas básicas. Através da utilização de instrumentos de medida é possível a realização de um plano de cuidados, com a prescrição de intervenções de enfermagem mais adaptadas às necessidades reais e efetivas da pessoa idosa.

Para que esta avaliação seja rigorosa é necessário o uso de escalas de avaliação validadas para a população Portuguesa, assim e tendo em conta esta premissa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, de forma a dar resposta ao resumo mínimo de dados preconizados em contexto de urgência, mais especificamente no SU em que decorria o estágio, tendo sido construído em conjunto com mais duas colegas de mestrado um guião de colheita de dados. (Apêndice XI).

#### 4.4.2. Contexto hospitalar - SUG

Através da realização do estudo de caso pude aplicar o instrumento de colheita de dados construído e perceber a importância da avaliação multidimensional da pessoa idosa como forma de prevenir e antecipar complicações.

A situação de cuidados que descrevo no estudo de caso desenvolvido em meio hospitalar ocorreu no local onde menos esperava que acontecesse – na sala de reanimação (Apêndice XII). Uma pessoa idosa confusa, com um diagnóstico de demência desde há 3 anos, sendo o motivo de vinda ao SU um episódio de

dificuldade respiratória marcada e conseqüentemente agudização do estado cognitivo com manifestação de confusão e desorientação. Naquele momento encontrava-se sozinho, rodeado de pessoas desconhecidas, num ambiente frio e despersonalizado. Como seria esperado as medidas terapêuticas estavam a ser insuficientes devido ao elevado grau de agitação, e ao incumprimento terapêutico nomeadamente, com recusa da máscara de oxigénio e do BIPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*). Naquele mesmo momento e como de rompante vou até à sala de espera e chamo o familiar e seu cuidador – a esposa. Todos os elementos da equipa ficaram perplexos com o sucedido, os familiares não podem entrar na reanimação, mas sinto que fiz o mais correto quando se denota quase de imediato uma calma da pessoa idosa ao ver o seu ente querido.

Identifico-me, mostro disponibilidade, simpatia, friso que estou ali para ajudar, compreendo desde logo a necessidade de **mobilizar competências relacionais para a criação de uma relação de confiança**. Permito que o familiar fique na sala de reanimação e tento saber mais sobre esta pessoa, alvo de cuidados. Ao contrário do que esperava, não foi difícil criar um laço, cativar ambos e sem me aperceber já estava a conhecer esta família que mostrava vontade de participar, conversar e partilhar informações pertinentes para o plano de cuidados tendo em conta o contexto de vida e de doença. A primeira fase do processo de **parceria – Revelar-se** caracteriza-se por isto mesmo “dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados” (Gomes, 2013, p. 99).

Foi possível já em área de internamento a realização de uma colheita de dados estruturada através da avaliação multidimensional com recurso a instrumentos de avaliação, nomeadamente: *MiniMental State examination* (MMSE); *Clinical Dementia Rating* (CDR); Avaliação nutricional através do *Mini Nutricional Assessment* (MNA); Escala de Braden; avaliação das atividades básicas de vida diárias (ABVD) através do Índice de Barthel e o estado funcional das atividades instrumentais de vida diária aplicando a Lawton e Brody, por último foi aplicada a escala de Morse. Com todos estes instrumentos pode aprofundar o conhecimento da pessoa idosa e identificar problemas.

Foi estabelecida uma relação de qualidade, de confiança para a partilha destas informações, de conhecimento mais profundo da pessoa idosa e sua família, com maior envolvimento de todos os intervenientes neste processo, inclusive a

pessoa idosa. Foi necessário mobilizar **competências de comunicação, escuta ativa e de partilha** para o estabelecimento desta relação de reciprocidade e envolvimento – 2º fase – **Envolver-se**.

Foram detetados em parceria os seguintes problemas: **problemas do sono**, manifestados por dificuldade em dormir em SO; **problemas com a alimentação** manifestados por recusa alimentar e anorexia durante o internamento; **incontinência**, sendo necessário numa primeira fase recorrer à algáliação e posteriormente ao absorvente e urinol; **confusão** com períodos de agitação, desorientação e incumprimento terapêutico; **risco elevado de quedas** com diversas tentativas de levantar, com necessidade de recorrer a medidas de contenção físicas e farmacológicas e **elevado risco de desenvolvimento de UP** devido à imobilidade no leito, presença de dispositivos médicos, humidade devido à presença de absorvente, forças de pressão, fricção e deslizamento.

Após a identificação destes problemas, e tendo em conta a temática do projeto, foi necessário **capacitar** a pessoa idosa e/ou família para a prevenção de UP. Nesta **terceira fase** do processo de parceria pretende-se o desenvolvimento de competências da pessoa idosa e cuidador para agir e intervir no processo de cuidados (Gomes, 2013). Assim, foram estabelecidos os vários compromissos com a pessoa idosa e atingidos os seguintes resultados, que esquematizado abaixo:

PROBLEMAS	INTERVENÇÕES /COMPROMISSOS	RESULTADOS
<b>Alimentação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover a presença do familiar nos horários de refeições comprometendo-se a pessoa idosa a uma alimentação adequada;</li> <li>▪ Adequação da dieta às limitações funcionais da pessoa idosa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suporte nutricional e alimentação adequadas;</li> <li>▪ Dieta equilibrada;</li> </ul>
<b>Confusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientação da pessoa idosa no tempo e no espaço;</li> <li>▪ Manutenção de ambiente seguro;</li> <li>▪ Falar calma e pausadamente;</li> <li>▪ Fazer referência ao nome pelo qual gosta de ser chamado;</li> <li>▪ Explicar os procedimentos;</li> <li>▪ Compromisso de manter o regime terapêutico;</li> <li>▪ Alternar a utilização do BIPAP com períodos de descanso;</li> <li>▪ Reconciliação terapêutica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utente calmo, orientado e colaborante;</li> <li>▪ Cumprimento de regime terapêutico;</li> <li>▪ Sem necessidade do uso de contenção física ou medidas farmacológicas;</li> </ul>
<b>Risco de UPP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explicar ao familiar os principais fatores de risco e os sinais de alerta;</li> <li>▪ Negociar os posicionamentos mais adequados com a pessoa idosa;</li> <li>▪ Inspeccionar a pele regularmente quanto a zonas de rubor e vigilância da pele em zonas circundantes aos dispositivos médicos</li> <li>▪ Promover a atividade e autonomia na pessoa idosa; Incentivar a mobilização no leito e a realização de levantar quando possível;</li> <li>▪ Assumir o compromisso de pedir o urinol;</li> <li>▪ Colocação de colchão anti escaras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que o cuidador reconheça os principais sinais de pele vulnerável;</li> <li>▪ Pele íntegra;</li> </ul>

Com a realização deste estudo de caso foi possível aplicar o processo de parceria pela primeira vez, pensado e estruturado, como intervenção de enfermagem na prevenção de UP, envolvendo a pessoa idosa e família e intervindo ao nível dos fatores de risco com conhecimento aprofundado da pessoa idosa. Nesta situação a pessoa idosa não desenvolveu UP durante o internamento no SUG, por outro lado, a esposa ganhou confiança para cuidar do marido após a alta, reconhecendo quais os problemas e detendo conhecimento sobre como preveni-los.

Foi um momento de grande aprendizagem para mim, pois pude compreender o processo de parceria, aplicando-o através da realização da avaliação multidimensional da pessoa idosa, perceber a sua importância, **desenvolvendo competências de prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família.**

#### 4.4.3. Contexto de cuidados domiciliários – UCC em ECCI.

No estágio de cuidados de saúde primários experienciei uma realidade totalmente distinta daquela a que estou habituada, o que trouxe contributos muito importantes para o meu crescimento pessoal e profissional, nomeadamente na aquisição de competências como enfermeira especialista.

Consolidando conhecimentos adquiridos no curso de cuidados continuados, pude perceber o processo de referenciação à rede, e quais as articulações entre serviços, nomeadamente com a urgência através da ficha de ligação, seguindo “o caminho” da pessoa idosa e sua família após alta hospitalar.

As enfermeiras da ECCI trabalham em parceria contínua com a família e com a pessoa idosa, sendo possível, apenas desta forma, um cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio com mais qualidade. A realidade com que me deparei foi um elevado número de pessoas idosas acamados, com UP, com cuidador familiar ou pessoa significativa igualmente envelhecida, com apoio domiciliário e/ou de enfermagem.

A vista domiciliária multidisciplinar reveste-se de particular importância sendo o foco de atuação a pessoa idosa, mas não só, também as condições ambientais, socioeconómicas e a saúde do próprio cuidador. A visita da ECCI não se cinge à execução do tratamento da ferida, o cuidado é centrado na pessoa idosa mas também na família, através da realização de educação para a saúde sobre

prevenção de complicações, prevenção de UP, ensinamentos sobre posicionamentos, alimentação, cuidados de higiene e de segurança (Apêndice XIII).

No decorrer do estágio muitas foram as oportunidades de observação e participação nas práticas da equipa de enfermagem no que concerne à prevenção de UP e avaliação do risco. As estratégias de prevenção são, muitas vezes, negociadas tais como a compra de uma cama articulada, um colchão anti escaras, as visitas do serviço de apoio domiciliário, o uso de mecanismos de alívio de pressão, alimentação adequada, roupa de cama, higiene, promoção da atividade e mobilidade, gestão da humidade e avaliação da pele.

Um exemplo disso foi a situação de cuidados que descrevo no estudo de caso sobre uma família, que cuidava da mãe acamada desde há dois anos, mas que agora, devido ao surgimento de lesões na pele foi pedir apoio de enfermagem no centro de saúde (Apêndice XIV).

A visita domiciliária inicial e tendo em conta o conhecimento prévio da situação de cuidados, foi com o intuito de ingressar esta família nas vagas da ECCI, por isso foi feita visita conjunta de enfermagem, médica e da assistente social para avaliar a situação.

Além de conhecer a pessoa idosa é necessário e de máxima pertinência o conhecimento desta família (1º fase - Revelar-se), e tendo em conta este pedido de ajuda após dois anos de uma situação de dependência importa perceber a sobrecarga do cuidador com recurso à entrevista de Zarit. O envolvimento desta família e da pessoa idosa com a equipa foi estabelecido ao longo das visitas que se realizaram três vezes por semana. Foi notória a necessidade de criar uma relação de confiança, a partilha de conhecimentos com a pessoa idosa e família para melhor cuidar em contexto domiciliário, para entrar na intimidade da pessoa, da casa, sendo sempre bem recebido a qualquer hora do dia. É estabelecida uma relação de partilha e negociação, características da relação no processo de parceria (2º fase – Envolver-se). A maioria das famílias que integram as vagas da ECCI consideram os enfermeiros como amigos, confidentes e que muitas vezes são a única visita durante longos dias.

O enfermeiro teve um papel importante na promoção da autonomia desta família, na promoção do conforto da pessoa idosa e no recurso a ajudas técnicas, auxiliando o cuidador (filhos) a manter as capacidades de cuidar da pessoa idosa

(Gomes, 2013). Assim, em parceria com a família, tendo em conta o conhecimento que foi adquirido da pessoa idosa e seu projeto de vida, e atuando segundo os princípios da eficácia terapêutica foram estabelecidos os seguintes compromissos:

- Sugerir a aquisição de um colchão anti escaras, comprometendo-se a família a ir verificar preços;
- Negociar com a família o apoio domiciliário para realização de higiene parcial e posicionamentos, visto que os filhos faziam questão de serem os próprios a realizar a higiene da mãe todos os dias de manhã;
- Negociada a realização de levante após os cuidados de higiene no período da manhã, visto estarem os dois filhos em casa e ser mais fácil a sua mobilização;
- Tendo em conta o gosto por fado, da pessoa idosa, e de forma a colmatar os períodos em que se encontrava sozinha, devido às tarefas no campo da filha, foi sugerido à família a colocação de um rádio no seu quarto de forma a poder ouvir música;
- Negociar a introdução de lanches no intervalo das principais refeições, com reforço proteico e hídrico por sonda naso gástrica;
- Capacitar a família para a realização de posicionamentos, sendo assumido o compromisso de posicionar pelo menos de duas em duas horas, fazendo uso de um resguardo na cama;

Todas estas estratégias foram negociadas, pensadas em família e em equipa, praticadas, exemplificadas, traduzidas num esforço conjunto para assegurar o cuidado, tendo em conta o que fazia sentido para esta família e para a pessoa idosa (Gomes, 2013).

A 5ª fase do processo de parceria manifestou-se nas capacidades que esta família adquiriu para continuarem a cuidar da pessoa idosa apesar da presença de UP, e do elevado risco de desenvolvimento de novas feridas, retendo conhecimentos sobre prevenção, mantendo-se sempre a equipa como recurso e parceiro importante no cumprimento do principal objetivo - promoção do bem-estar da pessoa idosa e sua família em contexto domiciliário.

Com a realização dos estudos de casos percebi o papel que o enfermeiro especialista desempenha na prevenção de complicações em saúde na pessoa idosa, nos diferentes contextos, nomeadamente na prevenção de UP, na gestão de

recursos e dos ganhos sociais, económicos e em saúde, através da avaliação multidimensional. Compreendi a necessidade da aquisição de conhecimentos científicos para a implementação de medidas de prevenção, assegurando o cuidado à pessoa idosa, mas também na capacitação da família e/ou pessoa idosa para manter o cuidado de si.

Com o desenvolvimento deste projeto confirmei a importância de um trabalho multidisciplinar e da inclusão da família no sucesso do plano de cuidados e na consecução dos compromissos estabelecidos. A comunicação e a relação estabelecida com a família têm que ser claras, transparentes baseadas na confiança, no diálogo sincero e esclarecido.

De forma a otimizar a informação fornecida aos familiares e pessoa idosa sobre a prevenção de UP, foi **construído um folheto com o título: Úlceras por pressão: Guia para o cuidador, como Prevenir?** Que ajuda a orientar o cuidador familiar, e dá resposta a algumas questões essenciais nomeadamente o que são as UP, como e onde surgem, quais os fatores de risco, e como podem ser prevenidas, fazendo referência ao que não deve ser feito como medida preventiva (Apêndice XV). O folheto foi apresentado à equipa de enfermagem tendo boa aceitação e críticas positivas. Foi distribuído ao longo do estágio em contexto domiciliário a diversas famílias e pessoas idosas não substituindo a demonstração, a implementação de medidas em conjunto com a família e o diálogo.

#### 4.4.4. Notas de campo

Muitas foram as situações vivenciadas ao longo do estágio de cuidado em parceria à pessoa idosa e família, que se revelaram importantes momentos de aprendizagem contínua. As notas de campo foram instrumentos importantes para um pensar reflexivo sobre uma situação real, permitindo um pensamento crítico sobre um contexto específico de cuidados, o que me possibilitou utilizando o ciclo de Gibbs, analisar a minha experiência de cuidados e fomentar uma atitude de prática avançada de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família.

Cada vez mais pretende-se que a prática de cuidados seja reflexiva. Segundo Jasper (2003) o Ciclo Gibbs envolve seis etapas baseadas nas seguintes premissas: devemos questionar sobre uma determinada situação, pensar sobre o que aconteceu, quais os sentimentos vividos nessa altura, o que foi bom e o que pode

ser melhorado, qual o sentido dado à situação, o que poderia ter feito melhor, como posso aplicar o que aconteceu em situações futuras e como vou agir se novamente acontecer (Jasper, 2003).

Em notas de campo descrevo e analiso através deste ciclo diferentes situações. A primeira refere-se a uma situação de ensino a uma família sobre alimentação entérica para uma adequada prestação de cuidados através do dispositivo de sonda nasogástrica. A segunda é uma situação de um cliente que se encontrava em observação na urgência em maca imobilizado. Tendo sempre por base a parceria como intervenção de enfermagem (Apêndice XVI).

Com a realização deste projeto pretendia igualmente contribuir para o desenvolvimento de competências no seio da equipa de enfermagem, com o intuito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa, para isso foram desenvolvidas várias atividades tendo em conta os quatro objetivos específicos inicialmente definidos.

#### **4.5. Contribuir para a melhoria das intervenções da equipa de enfermagem de acordo com as necessidades do doente idoso em risco de desenvolver UP e sua família, tendo por base uma intervenção em parceria.**

##### **4.5.1. Observação de cuidados especializados e em parceria com a pessoa idosa**

A realização do estágio em contexto domiciliário revelou-se bastante importante para a observação de um serviço onde já se encontrava implementada a prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e família. Os profissionais da ECCI percebem a pessoa idosa em toda a sua globalidade, nomeadamente no seu contexto sociofamiliar, de vida e de doença. Observei ao longo de diversas visitas domiciliárias uma relação baseada na confiança, na escuta, na partilha de conhecimentos e de respeito por todos os intervenientes na relação. O enfermeiro respeitava o ambiente e situação familiar da pessoa idosa, pedia licença para entrar na sua intimidade, no seu lar, reconhecia potencialidades, promovia autonomia, minimizava complicações e capacitava a família e a pessoa idosa para o cuidado de si. Aprendi que conhecer a pessoa idosa, seus valores, hábitos, história de vida e implicação no processo de cuidados é essencial para centrar o cuidado no cuidado do Outro, com respeito pela liberdade e autonomia da pessoa idosa (Gomes, 2013).

Em meio hospitalar, no SUG, de forma a identificar os diversos indicadores do processo de parceria nos cuidados de enfermagem, foi elaborada uma grelha de análise dos registos de enfermagem, através da qual se identificou o que era registado no processo do doente relativamente ao conhecimento que o enfermeiro detinha acerca da pessoa, nomeadamente na avaliação inicial da pele, estado nutricional e fatores de risco para o desenvolvimento de UP, as principais intervenções implementadas e compromissos estabelecidos com vista a minimizar complicações e a prevenir UP (Apêndice XVII).

#### 4.5.2. Análise inicial dos registos da equipa – A parceria como intervenção de enfermagem

A análise dos registos de enfermagem foi realizada em três momentos (Apêndice XVIII). No dia 20 de outubro, uma análise inicial, no dia 8 de dezembro 2014, uma análise intermédia e a última no dia 13 de fevereiro 2015. Realizei uma análise inicial com o objetivo de identificar o que a equipa de enfermagem registava, no sentido de poder ajudar a identificar as necessidades formativas ao nível do conhecimento e cuidado à pessoa idosa que a equipa detinha. A última avaliação que coincidiu com o término do estágio, pretendi reconhecer a evolução da equipa, os conhecimentos adquiridos, o feedback deste projeto no serviço de urgência e a sua implementação pela equipa de enfermagem.

Na primeira análise, observaram-se 23 processos de pessoas idosas internadas no SUG, concluindo-se que os enfermeiros realizavam poucos registos sobre o que conheciam da pessoa idosa. A identidade da pessoa idosa não foi referida em 20 processos, no entanto o processo informatizado pode esclarece que o nome não seja citado em notas de enfermagem, não obstante o nome como gosta de ser chamado, não é uma preocupação dos profissionais, não se verificando nenhum registo desta natureza. Foi notório um grande número de registos sobre informações relacionadas com o acontecimento de saúde e doença, focando o contexto da doença em detrimento do contexto sociofamiliar, com apenas 3 referências às condições habitacionais, económicas e às relações familiares/cuidador.

Quanto à avaliação multidimensional da pessoa idosa verificou-se diversas lacunas de informação, nomeadamente a ausência da avaliação do índice de

Barthel, atividades instrumentais de vida, estado nutricional ou avaliação física detalhada. Apenas em 2 processos foi realizada uma avaliação física cuidada com detalhe para as características da pele. É de realçar a franca adesão à avaliação do risco de desenvolvimento de UP com 21 avaliações da escala de Braden, bem como da avaliação do estado de consciência através da escala de coma de Glasgow.

A natureza da relação com o enfermeiro e pessoa idosa não foi explicitada nos registos de enfermagem, não estando descrito o desenvolvimento de uma ação conjunta mas sim as intervenções implementadas pelo enfermeiro, sem referência ao papel da pessoa idosa e da família. As medidas preventivas encontravam-se definidas, no entanto, cingiam-se à colocação de colchão anti escaras e aos posicionamentos, não demonstrando como a pessoa idosa tinha sido parceria ou como o enfermeiro possibilitou o cuidado de si. Perante estes resultados apresentados era urgente a sensibilização da equipa de enfermagem para a importância do estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa idosa e família, bem como da realização de registos completos que assegurem a continuidade dos cuidados e a promoção do cuidado da pessoa idosa e da sua família (Apêndice XVIII).

#### 4.5.3. Auditoria ao uso de colchões anti escaras

Empiricamente conhecia o que estava a ser realizado, mas era necessário obter dados para divulgar à equipa, e consciencializa-la para uma preocupação minha e da enfermeira coordenadora do serviço que se relacionava com o elevado número de colchões anti escaras disponíveis na arrecadação do serviço. Assim, com o intuito de obter dados concretos sobre o que estava a ser efetuado no serviço de urgência na área da avaliação inicial da pessoa idosa e na realização de medidas para a prevenção de UP, observei o preenchimento da escala de Braden e a utilização de colchões anti escaras no serviço.

No período de 8 a 12 de dezembro no fim do turno da manhã foram registados os colchões anti escaras que estavam em utilização no SO e os que se encontravam guardados. Constatei uma realidade diferente do preenchimento da escala, e uma preocupação que era válida, pois o número de colchões disponíveis no serviço era elevado, chegando aos 7, com cerca de 20 pessoas idosas internadas com alto risco de desenvolvimento de UP (Apêndice XIX).

Com o conhecimento destes dados importava trabalhar em conjunto com todos os profissionais, auscultando e percebendo como seria possível a criação de estratégias para o uso sistemático destes equipamentos. Foi realizada uma avaliação e descrição dos recursos físicos disponíveis no SUG de forma a promover um ambiente seguro para a pessoa idosa em risco de desenvolver UP, através de um documento que reunisse todos os materiais existentes no serviço de urgência tendo em conta esta problemática da prevenção de UP. Ao longo do estágio foi realizada divulgação destes materiais e incentivada a sua utilização, promovendo a implementação de medidas de prevenção, fazendo referência não só ao número de colchões anti escaras, mas também a suplementos nutricionais e máquinas de alimentação entérica disponíveis.

#### **4.6. Capacitar os enfermeiros para a utilização da escala de Braden, como sistema de registo uniforme e sistemático de avaliação do risco.**

##### **4.6.1. Auditoria ao preenchimento da escala de Braden**

De forma a perceber se o preenchimento da escala de Braden estava a ser efetuada corretamente, foi realizada uma auditoria ao seu registo. Assim, ao longo de 5 dias de 8 a 12 de dezembro no fim do turno da manhã, foram observados todos os processos de pessoas idosas internadas em SUG. Pude constatar que as avaliações foram realizadas em número elevado, verificando-se apenas 5 casos em que não foi avaliado, mas que estavam internados em SO há menos de 6h (Apêndice XIX).

O objetivo era a avaliação de todas as pessoas internadas no SO nas primeiras 6 horas de admissão, assim, de forma a capacitar a equipa para a utilização da escala de Braden de forma sistemática e perceber a sua importância na deteção precoce do risco, foram realizadas sessões informais de esclarecimento. Foram utilizados casos práticos demonstrando o preenchimento da escala, principalmente junto dos enfermeiros que estavam a trabalhar no serviço há menos de 6 meses, e que não tiveram formação em serviço sobre esta área. A avaliação do risco na admissão é essencial pois é possível através da escala identificar défices funcionais e sensoriais da pessoa idosa. Assim com a exposição de exemplos práticos foi possível esclarecer dúvidas sobre o preenchimento de cada subescala e explicitar como deve ser interpretado o score total obtido.

Estes momentos de reflexão em equipa revelaram-se bastante importantes, para a promoção do diálogo sobre casos práticos e o envolvimento desta no projeto, promovendo momentos de discussão sobre como um instrumento de avaliação inicial podia ajudar a nossa intervenção permitindo adequar e ajustar os recursos disponíveis.

#### **4.7. Implementar de forma sistemática uma completa avaliação inicial da pessoa idosa, nomeadamente: risco de UPP, características da pele e estado nutricional no momento da admissão ao internamento.**

##### 4.7.1. Construção de uma pasta de apoio / *dossier* informático

De forma a divulgar o projeto, a informação e compilar todo o trabalho desenvolvido, foi construído ao longo da realização do estágio uma pasta informática na área departamental do SUG de apoio para a equipa de enfermagem que reunia todos os documentos importantes na área do projeto, nomeadamente artigos de relevo da RSL na área da gerontologia e cuidado à pessoa idosa no serviço de urgência, documentos da DGS, guidelines internacionais, normas institucionais, e os casos práticos discutidos em equipa, que serviram de reflexão, debate e aquisição de conhecimento conjunto sobre esta problemática.

Seguindo as sugestões de alguns colegas e do orientador de estágio surgiu a ideia da realização de um póster no âmbito do tratamento de feridas, descrevendo todo o material existente na farmácia hospitalar e as principais indicações, tendo sido afixado no armário onde se encontrava o material de prevenção e tratamento de feridas no SUG (Apêndice XX).

A avaliação inicial da pessoa idosa no serviço de urgência era o foco da minha intervenção com a equipa de enfermagem, capacitando-a para uma avaliação sistemática, compreendendo três grandes elos, com vista à prevenção de UP e implementação de medidas preventivas: a avaliação do risco, a avaliação da pele e avaliação do estado nutricional.

##### 4.7.2. Avaliação multidimensional da pessoa idosa

Tendo o objetivo de alertar a equipa de enfermagem para uma avaliação o mais precoce possível da pessoa idosa no serviço de urgência, foi realizado um póster que pretendia ser um protocolo de atuação. Este esquematiza e descreve a

avaliação inicial que deve ser realizada da pessoa idosa internada no SUG, uniformiza os procedimentos inerentes à prevenção de UP tendo por base a evidência científica e identifica intervenções de enfermagem de acordo com os dois níveis de risco definidos pela escala de Braden. Este póster foi discutido e elaborado com a ajuda de todos os elementos da equipa, envolvendo-os no processo de sistematização da avaliação inicial à pessoa idosa, e das intervenções específicas para cada nível de risco identificado (Apêndice XXI).

Juntamente com o trabalho desenvolvido ao longo dos dias de estágio, das sessões informais de esclarecimento e trabalho com a equipa revelou-se importante a realização de sessões de formação formais, expositivas sobre esta temática. Assim, nos dias 19, 20, 21 e 22 de janeiro foi realizada formação à equipa de enfermagem. Optou-se pela realização de 5 sessões devido ao elevado número de enfermeiros na equipa. Ficou definido que as sessões iniciavam-se cerca das 14h antes do turno da tarde possibilitando a participação dos elementos da equipa que viriam trabalhar, estratégia utilizada no SUG para aumentar a assiduidade às formações em serviço.

As sessões de formação decorreram na sala de reuniões do serviço com o tema: *“Prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência: A parceria como intervenção de Enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família”*. Através desta formação, do recurso a slides e do projetor foram abordados assuntos como a pessoa idosa no serviço de urgência, realizada uma breve revisão da literatura sobre a temática da prevenção de UP, sempre com enfoque na avaliação inicial da pessoa idosa e quais as principais medidas preventivas adequadas ao contexto de urgência (Apêndice XXII).

Foi importante a exposição do enquadramento teórico do projeto mas também da apresentação dos resultados das observações realizadas aos processos clínicos e das auditorias, bem como as implicações para a prática, através da divulgação das taxas de prevalência e incidência. Foi focada a realidade do SUG, o que já se fazia bem e quais os principais pontos em mudança nomeadamente: a baixa utilização dos colchões anti escaras a fraca promoção da autonomia da pessoa idosa – levantar/ sentar na maca, a gestão inadequada dos dispositivos e suplementos nutricionais e a ausência de registos detalhados das intervenções de enfermagem realizadas.

Nas 5 sessões de formação realizadas estiveram presentes 30 enfermeiros. Embora seja metade da equipa considero ser um número satisfatório de adesão à formação, face às exigências do serviço e à desmotivação profissional que a equipa tem demonstrado. Devido a este fato foi feita a divulgação da formação a todos os elementos através do *mail*.

Com a realização desta formação pude desenvolver **competências na área da formação de adultos, gestão e liderança na área da melhoria da qualidade** através da divulgação de dados objetivos do cuidado à pessoa idosa no SUG e implementação de estratégias e guias que orientam a prestação de cuidados com qualidade. Promovi e fomentei um cuidado centrado na pessoa como condição imprescindível para a prevenção de incidentes, através da divulgação do trabalho realizado em parceria com a pessoa idosa e família.

#### **4.8. Implementar intervenções de enfermagem a nível de enfermeiro especialista, englobando o idoso e família como parceiros no cuidar, de acordo com os níveis de risco avaliados através da escala de Braden; que promovam o cuidado de Si**

Para atingir este objetivo foi realizada uma ação de formação, nos mesmos dias que a referida anteriormente, com a apresentação do resumo mínimo de dados da pessoa idosa no SUG. Foi sugerido o “Guião” de colheita de dados, que seria adequado para o conhecimento da pessoa em todas as suas dimensões, respeitando a sua individualidade e complexidade. Foi explicitado o modelo de parceria e como este pode ser fundamental para orientar o cuidado centrado no individuo ajudando-a a continuar com o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013). Embora este guião tenha sido bem aceite por parte da coordenadora do serviço para ser parcialmente inserido como nota de entrada padrão no programa informático *Alert*, as limitações temporais e técnicas, não possibilitaram a sua aplicação por parte da equipa (Apêndice XI e XXIII).

Através do trabalho desenvolvido em equipa ao longo do estágio e após a realização das sessões de formação, compreendi as dificuldades sentidas pela equipa, fui integrando e adaptando as estratégias sugeridas para o serviço tendo em conta a evidência científica e as condições estruturais do serviço. Em parceria com a

equipa foram definidas as seguintes estratégias e que muito me apraz dizer que foram implementadas de forma sistemática:

- Conhecer a pessoa idosa, quais as suas capacidades funcionais, fomentando a autonomia nas atividades de vida, alimentação e higiene;
- Avaliação inicial da pele da pessoa idosa e identificação da existência de UP;
- Promover a presença da família junto da pessoa idosa;
- Presença de colchões sempre nas camas fomentando a sua utilização o mais precocemente, partindo do princípio que são retirados quando não se verifica risco;
- Uso de alimentação entérica, sempre que possível, em doentes com sonda nasogástrica, ou a utilização de suplementos orais de nutrição;
- Detalhe nos registos de enfermagem e nas medidas preventivas implementadas;
- Relato de incidente, como meio de documentar o aparecimento de novos casos de UP e quais os constrangimentos existentes que levaram à implementação de medidas preventivas.

Envovi os chefes de equipa na realização do relato de incidente, tornando-os elementos dinamizadores deste projeto, no seio de cada equipa, lembrando os colegas de equipa para a importância da sua execução de forma a obter importantes indicadores sobre os cuidados de enfermagem no SUG.

#### 4.8.1. Análise final dos registos da equipa – A parceria como intervenção de enfermagem

A implementação destas medidas e de uma avaliação inicial mais detalhada da pessoa idosa foi verificada através da análise final dos registos de enfermagem, que se realizou no dia 13 de Fevereiro a 20 processos. Com o término do estágio importava avaliar os ganhos deste projeto e os contributos para a melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa idosa no SUG (Apêndice XXIV).

Ressalva-se o aumento expressivo de registos do nome, iniciando-se as notas de enfermagem por: “O Sr.<sup>a/o</sup>. X”, com especial referência para a idade. Denota-se um cuidado em conhecer a pessoa idosa, e o seu contexto sociofamiliar, através dos 16 registos de pessoa significativa, das 13 indicações com quem reside e quais os recursos comunitários que possui, nomeadamente apoio domiciliário.

À semelhança das anteriores avaliações mantiveram-se elevadas as referências ao contexto de saúde e doença, no entanto verificou-se um aumento das referências à funcionalidade da pessoa idosa. Apesar de não haver registos do índice de Barthel há uma descrição das atividades de vida diárias em texto, que mostra que os enfermeiros estão atentos a aspetos relacionados com a funcionalidade da pessoa idosa. A avaliação do risco de desenvolvimento de UP foi realizada em 18 casos, sendo que os dois clientes sem avaliação estavam internados há menos de seis horas.

A segunda fase do processo de parceria “envolver-se”, refere-se à forma como é estabelecida a relação de cuidado, havia a referência a estes aspetos em cinco processos, no entanto, apesar de os enfermeiros revelarem conhecimentos sobre o processo de parceria na maioria dos registos este não era notório.

Os registos estavam mais completos focando aspetos essenciais no cuidado à pessoa idosa em risco de desenvolvimento de UP, nomeadamente na terceira fase do modelo de parceria “capacitar e possibilitar”. Estava descrito na totalidade dos registos a partilha de informação, a promoção de hábitos e medidas terapêuticas saudáveis, a motivação e incentivo da pessoa idosa para a sua recuperação e prevenção de complicações. No entanto, o estabelecimento de compromissos com a pessoa idosa não era patente nos registos de enfermagem, contudo estavam mais completos ao nível da ação do enfermeiro na implementação das intervenções que possibilitavam a prevenção de UP. Nomeadamente com a referência da colocação do colchão anti escaras, reforço hídrico e proteico, tanto por sonda como por via oral, com referência ao posicionamento realizado e não apenas à técnica em si, foi verificado 2 registos de levante e 8 de promoção autonomia e mobilização no leito. A gestão da humidade e dispositivos foi relatada em 15 dos processos, no entanto todas as referências se relacionam com a presença ou não de fralda e lençóis secos e não com os dispositivos de monitorização e avaliação.

Na última fase, “assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro” do processo de parceria (Gomes,2013), existem referências ao conforto e bem-estar manifestado pela pessoa idosa em 10 processos, no entanto é difícil avaliar o conhecimento que a família detém para assegurar o cuidado da pessoa idosa, sendo este um internamento transitório em que poucas são as pessoas idosas que têm alta diretamente do serviço de urgência.

#### **4.9. Reflexão sobre competências adquiridas / discussão dos resultados**

Após a descrição e análise das atividades desenvolvidas importa sumarizar as competências adquiridas comuns de enfermeiro especialista tendo em conta os quatro domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2010).

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, pautei o meu exercício profissional de uma forma segura, rigorosa, tendo como objetivo máximo a segurança da pessoa idosa, prevenindo complicações. Promovi práticas de cuidados com base num corpo de conhecimento sólido, assente na evidência científica, que respeitam a privacidade, dignidade e o bem-estar da pessoa idosa e sua família. Demonstrei que a minha prestação de cuidados foi planeada com base numa avaliação multidimensional da pessoa idosa, reconhecendo-a como detentora dos conhecimentos de si própria, orientando um cuidado centrado na pessoa e reconhecendo a pessoa idosa como ser de projeto e de cuidado (Gomes, 2013).

No **domínio da melhoria da qualidade** pretendi alcançar um papel de destaque na equipa, como elemento dinamizador nesta área autónoma de intervenção de enfermagem, com a criação e avaliação de indicadores de qualidade, com a construção de protocolos e normas de atuação e com a contínua reavaliação das práticas.

Na **gestão dos cuidados** foi possível promover mudança de comportamentos na equipa, fomentar uma atitude preventiva no cuidado à pessoa idosa em risco de desenvolver UP no SUG, através de uma avaliação inicial sistemática e detalhada e intervenções terapêuticas adequadas, fazendo um melhor uso e gestão dos recursos materiais existentes no serviço.

Por último, no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, cresci enquanto profissional, realizei uma prática de enfermagem avançada, refletida e consciente, baseada nas necessidades específicas da pessoa idosa, e numa sólida base de conhecimentos. Através de momentos de reflexão pude mudar e estruturar as intervenções à pessoa idosa, e pensar no papel da família em contexto de urgência. Foi possível trabalhar em parceria e atingir os objetivos traçados através de um plano de cuidados individualizado e centrado nas necessidades da pessoa idosa permitindo que seja esta a prosseguir e controlar o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2009).

Promovi o crescimento profissional da equipa de enfermagem em conjunto com o desenvolvimento deste projeto e das minhas próprias aprendizagens, através da partilha de conhecimentos, formação formal e informal, divulgação dos resultados obtidos e de ganhos para a saúde da pessoa idosa.

Tendo em conta o regulamento da ESEL esta unidade curricular visa desenvolver competências de enfermeiro especialista na vertente de enfermagem à pessoa idosa assim foi possível desenvolver:

- Conhecimento sobre as principais complicações do internamento na pessoa idosa;
- Um cuidado especializado à pessoa idosa e família tendo em conta o conhecimento científico do processo de envelhecimento;
- Aplicar o processo de parceria no cuidado à pessoa idosa e família;
- Realizar uma avaliação multidimensional da pessoa idosa utilizando instrumentos de avaliação adequados e específicos para identificar problemas e antecipar complicações;
- Estudos de caso personalizando a intervenção de enfermagem;
- Implementar medidas de prevenção;
- Gestão de cuidados e priorização de intervenções;
- Agir no seio da equipa como elemento de referência na área da pessoa idosa.

## 5. CONCLUSÃO

É inequívoco o aumento da população idosa, e as alterações sociais, políticas, económicas e culturais que esta alteração demográfica acarreta. É necessário aumentar o número de respostas aos problemas de cariz social e de saúde, mas também encarar esta alteração como um não problema, dando oportunidade à população idosa de manter uma vida ativa e participativa na sociedade. Impõe-se que o papel do enfermeiro especialista seja mais abrangente face a esta problemática. Seja capaz de olhar para a pessoa idosa e sua família de acordo com a dualidade, em que por um lado, com o avanço da idade surgem um elevado quadro de dependências e alterações funcionais, e que por outro lado, é a pessoa idosa capaz de prosseguir com o seu projeto de vida e de saúde, de forma autónoma (CES, 2013).

Face a este quadro é necessário a criação e implementação de projetos na área da saúde da pessoa idosa que respondam às necessidades desta população. Assim desenvolvemos o presente trabalho que teve como finalidade o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica concretamente na área da pessoa idosa e na prevenção de UP. De um modo geral, foi possível o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010).

Avaliando o trabalho desenvolvido este foi muito enriquecedor tanto a nível profissional como pessoal. Inicialmente foi um desafio difícil devido a inúmeros fatores, nomeadamente o seu desenvolvimento num serviço tão específico como a urgência, em que o ritmo de trabalho é alucinante e nem sempre existe tempo e disponibilidade para abarcar novos projetos, onde as mudanças de comportamentos e atitudes têm pouca aceitação. Foi um caminho lento mas prazeroso, de construção de competências pessoais e na equipa, que se refletem na qualidade de cuidados prestados à pessoa idosa e família no serviço de urgência.

Outro dos fatores motivadores de stresse para a realização deste trabalho era a realização de um estágio em contexto de cuidados de saúde domiciliários, uma realidade para mim, totalmente desconhecida e muito diferente do meu contexto de trabalho. Refletindo sobre esta preocupação, que se revelou totalmente infundada.

Considero que foi uma oportunidade única de conhecer o trabalho do enfermeiro junto da população, da família, da pessoa idosa, no seu contexto próprio de vida. Um verdadeiro trabalho em parceria, que revela a necessidade constante de conhecer a pessoa em todas as suas dimensões, sendo esta parte fundamental para a gestão bem-sucedida do seu projeto de vida. Destaco, que apesar da problemática das UP ser um velho problema, é ainda uma realidade, pois o tratamento da UP é uma das principais razões da visita do enfermeiro e do seguimento em equipa de cuidados domiciliários. No entanto, é bastante notório o trabalho realizado em conjunto com a família e com a pessoa idosa para a implementação de medidas preventivas adequadas e o mais precocemente possível.

Avaliando os resultados das minhas atividades ao longo do estágio em SUG, concluo que atualmente, os enfermeiros, e eu própria, realizamos uma avaliação inicial multidimensional mais cuidada à pessoa idosa. São priorizadas intervenções com base no conhecimento real desta pessoa, estabelecendo intervenções autónomas de enfermagem em parceria com o objetivo da prevenção de UP em situações de internamento no SUG.

Destaco como principais limitações deste projeto a sobrelotação dos SUG que se verificou durante o seu desenvolvimento, a afluência crescente por parte das pessoas idosas, e a inaptidão física destes serviços para dar resposta a um número infundável de situações que ocorrem em simultâneo. O elevado número de elementos da equipa de enfermagem pode ser considerado um fator limitador pois foi difícil a adesão geral às sessões de formação, no entanto, foi benéfica a inclusão de elementos chave no serviço como os chefes de serviço e outros elementos de referência para a equipa, bem como os momentos de reflexão informal durante as passagens de turno e a discussão de casos práticos.

Muito trabalho persiste ainda por desenvolver, pelo que não acaba aqui o meu projeto, pelo contrário, todas estas experiências e competências desenvolvidas, dotaram-me para querer trabalhar mais e melhor com um objetivo único, de melhorar a prestação de cuidados à pessoa idosa em contexto de urgência.

Destaco ainda a necessidade de continuar com projetos futuros nesta área, a nível da avaliação nutricional da pessoa idosa, da formação da equipa multidisciplinar, nomeadamente das assistentes operacionais e da construção de artigos científicos que divulguem os resultados obtidos e ganhos em saúde.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, C., Afonso, G., Azevedo, M., Miranda, M., Alves, P....Dias, V. (2014). *Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática*. HARTMANN Portugal. Acedido em 1/12/2014. Disponível em <http://care4wounds.com/ebook/flipviewerexpress.html>
- Armour-Burton, T., Fields, W., Outlaw, L., & Deleon, E. (2013). The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *Critical Care Nurse* 33(3). 32-39
- Barker A.L., Kamar J., Tyndall T.J., White, L., Hutchinson, A., Klopfer, N... Weller, C. (2013) Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study. *International Wound Journal*, 10. 313–320
- Black, J., Clarck, M., Dealey, C., Brindle, C., Alves, P. Santamaria, N...Call, E. (2014). Dressings as an adjunct to pressure ulcer prevention: consensus panel recommendations. *International Wound Journal*. Acedido em 20/10/2014. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/iwj.12197/>
- Baumgarten, M., Rich, S., Shardell, M., Hawkes, W., Margolis, D., Langenberg, P... Magaziner, J. (2012). Care-Related Risk Factors for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Elderly Adults with Hip Fracture. *JAGS*. 60.277-283.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cabral, M. V. & Ferreira, P. M. (2014) *O Envelhecimento ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Cabete, D. (2005) *O Idoso, a Doença e o Hospital*. Loures. Lusociência;
- Carneiro, R., Chau, F, Soares, C., Fialho, J. A. S. & Sacadura, & M. J. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade - Relatório Final*. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido em 20/03/2015. Disponível em [http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf)

- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Lusociência.
- Casey, G. (2013). Pressure ulcers reflect quality of nursing care. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*. CPD 4 Nurses. 19 (10) 20-24.
- Conselho económico e social Portugal (CES, 2013) *Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Acedido em 20/03/2015. Disponível em [http://www.ces.pt/download/1359/FINAL\\_completa%20com%20ESTUDO.pdf](http://www.ces.pt/download/1359/FINAL_completa%20com%20ESTUDO.pdf);
- Dawood, M., Dobson, A., & Barnerjee, J. (2011) Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*. 19(7)18-19.
- DGS (2004) *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* Acedido em 01/12/2014. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- DGS (2011) Orientação: *Escala de Braden versão adulto e pediátrica* acedido em 01/04/2014, disponível em <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/normas-orientacoes-e-informacoes/escala-de-braden-versao-adulto-e-pediatica-braden-q-pdf.aspx>
- DGS (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Acedido em 02/02/2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>;
- Dugaret, E.; Videau, M-N.; Faure, I.; Gabinski, C.; Bourdel-Marchasson, I & Salles, N. (2014). Prevalence and incidence rates of pressure ulcers in an Emergency Department. *International Wound Journal*. 1:386–391
- Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*. 9, 2033-2043.
- EPUAP/NPUAP (2014) *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Acedido em 01/11/2014. Disponível em <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora;

- Fernandes, M. J. S. R. S. (2013). Envelhecimento Bem-Sucedido: Modelo de Intervenção em Enfermagem. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.3-37). Loures: Lusociência;
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures: Lusodidata.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48. Acedido em 01/04/2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1187>
- Gomes, I. D. (2007). O Conceito de Parceria na Interação Enfermeiro/Doente Idoso – Da submissão à acção negociada. In C. Mesquita, I. D. Gomes, M. G. Mestrinho, R. Carvalho & R. Dinis. *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma Questão de Cidadania* (pp. 69-113). Coimbra: Formasau – Formasão e Saúde, Lda;
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso o domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Lisboa;
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
- Hwang, U. & Morrison, R.S. (2007). The geriatric emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*. 55. (11). 1873-1876.
- INE (2014a). *Anuário Estatístico de Portugal*. Acedido em 20/01/2015. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=223549784&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=223549784&DESTAQUESmodo=2)
- INE (2014b). *Destaque - informação à comunicação social. Dia Mundial da População*. Acedido em 20/01/2015. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=218629571&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=218629571&DESTAQUESmodo=2)

- Jasper, M. (2003). *Begining Reflective Practice*. United Kingdom: British Library;
- Jones D. (2013). Pressure Ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard. RCN Publishing* 28 (3). 47-55.
- Lahmann, N., Halfens, R., & Dassen, T. (2010). Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. *Journal of evaluation in clinical practice*. 16. 50-56.
- Large, J. (2011). A cost-effective pressure damage prevention strategy. *Nursing & Residential Care*, 13(5). 236-239.
- Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemaire, A., Aquino, J., Paillaud, E.,... Lacaille, S. (2011) A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency visits and rehospitalizations of older adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society*. 59(11).2017-2028;
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Miles, S., Nowicki, T. & Fulbrook, P. (2014). Repositioning to prevent pressure injuries: evidence for practice. *ANMJ*. 21(6).32-34.
- Morison, M. (2004) *Prevenção e Tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência.
- Moore, Z., Cowman, S. & Conroy, R. (2011). A randomized controlled clinical trial of repositioning, using the 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing*. 20. 2633-2644.
- NICE (2014) *Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers*. Acedido em 01/7/2014, disponível em <http://www.nice.org.uk/guidance/CG179>.
- Nolan, M. R. (2009). Older patients in the emergency department. *Journal of gerontological nursing*. 25 (12), 14-18.
- OE (2001). *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Acedido em 20/04/2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;
- OE (2003) – *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Zonacor, Lda

- OE (2007a). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Acedido a 01/04/2014. Disponível em <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>
- OE (2007b) *Consentimento informado para intervenções de enfermagem*. Acedido em 01/2/2015, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- OE (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em 20/04/2014. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Pina, E., Gouveia, J., Pedro, A., Miguéns, C., Lyder, C, Braden, B., ... Costa, V. (2010) *Prevenção das Úlceras de Pressão: Prática baseada na Evidência*. Lisboa: GAIF.
- Pham, B., Teague, L., Mahoney, J., Goodman, L., Paulden, M., Poss, J... Krahn, M. (2011). Early prevention of pressure ulcers among elderly patients admitted through emergency departments: A cost-effectiveness analysis. *Annals of Emergency Medicine*. 58. 468-478.
- Plawecki, L., Amrhein, D. & Zortman, T. (2010) Under Pressure Nursing Liability and Skin Breakdown in Older Patients. *Journal of Gerontological Nursing*. 36(2), 23-25.
- RNCCI (2014). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2013*. Acedido em 1/12/2014. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI%202013%20-%20Relat%C3%B3rio%20Anual%20fevereiro%202014%20FINAL.PDF>
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2012) *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;
- Rich, S., Shardell, M., Margolis D. & Baumgarten, M. (2009) Pressure ulcer preventive device use among elderly patients early in the hospital stay. *Nursing Research*. 58 (2) 95-104.

- Rodrigues, A. & Soriano, J. (2011) Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliares na prevenção de úlceras por pressão. *Revista de Enfermagem Referência* III (5), 55-63.
- Rosa, M.J.V. (2012) *O Envelhecimento da Sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de etapas*. Percursos: Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, 15, 1-37;
- Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Giorgi, R., De Tommaso, G. & Dessì-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*. 2. 292-301.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;
- Silva, I. J., Oliveira, M. F. V., Silva, S. É. D., Polaro, S. H. I., Radunz, V., Santos, E. K. A. & Santana, M. E. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Ver. Esc. Enferm. USP*. 43(3). 697-703.
- Stotts, N. & Gunningberg, L. (2007). Predicting Pressure Ulcer Risk: Using the Braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it. *American Journal of Nursing*, 107, (11) 40-48.
- Vanderwee, V., Clark, M., Dealy, C., Gunningberg, L., & Defloor, T. (2006). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 227–235.
- Veillette, N., Demers, L., Dutil, É. & McCusker, J. (2009) Item analysis of the functional status assessment of seniors in the emergency department. *Disability and Rehabilitation*. 31(7). 565-572.
- Zoeteman, J. L. (2014). Protecting the Skin of Older Adults Through Surveillance and Pressure Ulcer Prevention Beginning in Emergency Services Tese de Doutorado. Acedido em 01/01/2015. Disponível em <http://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1018&context=dissertations>

# ANEXO

**ANEXO I - Folha de colheita de dados para a Taxa de Prevalência**

## Indicador de Qualidade: Úlceras por pressão

<b>Serviço</b>		<b>Nº Doentes Internados</b> no momento da contagem	
<b>Data da Recolha Dados</b>		<b>Nº Doentes com U.P.</b> no momento da contagem	

<b>Nº Processo Clínico</b>	<b>Score de Braden na Admissão</b>	<b>Categoria da U.P.</b>	<b>Loc. Anatómica</b>	<b>Score de Braden Dia Avaliação</b>	<b>Onde foi adquirida a UP?</b>

<b>Taxa de Prevalência No Serviço e Data indicados</b>	$\frac{\text{Nº Doentes com U.P. no momento da contagem}}{\text{Nº Doentes Internados no momento da contagem}} =$	$\frac{0}{0} =$	<b>#DIV/0!</b>
		$\text{-----} \times 100 =$	



# APÊNDICES

## **APÊNDICE I – Análise SWOT**

	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
<b>FATORES INTERNOS</b>	<p><b>FORÇAS</b></p> <p>Apoio da Chefia e do Grupo de Prevenção e Tratamento de feridas do HSB;            Equipa de Enfermagem Jovem;            Recursos Disponíveis;            Melhoria dos cuidados de enfermagem.</p>	<p><b>FRAQUEZAS</b></p> <p>Elevado número de profissionais no SUG;            Equipa de enfermagem grande dividida por 5 equipas com dinâmicas específicas de trabalho;            Elevado número de doentes internados em SO            Falhas no preenchimento da escala de <i>Braden</i>;</p>
<b>FATORES EXTERNOS</b>	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <p>Indicador de Qualidade;            Envelhecimento da População;            Cuidadores familiares / informais.</p>	<p><b>AMEAÇA</b></p> <p>População idosa com diversos fatores de risco, co morbilidades;            Ausência de referenciação para os cuidados de saúde primários.</p>

## **APÊNDICE II – Pedido de autorização para a realização do projeto**

Exma. Sra. Enf.<sup>a</sup> Diretora

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização do projeto: “Prevenção de Úlceras por Pressão na Pessoa idosa internada no Serviço de Urgência Geral: A Parceria como Intervenção de Enfermagem” adenda ao pedido anterior de forma a explicitar os dados e registos de processos clínicos do programa *Alert* que pretendo consultar.

Exma. Sra. Enf.<sup>a</sup> Diretora [REDACTED],

Eu, Ana Filipa Alves Duarte, Enfermeira generalista a exercer funções no [REDACTED], encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem, com especialização médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa, na escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar autorização para consulta dos seguintes dados em processos clínicos através do programa de *Alert*:

- Idade e Sexo do utente;
- Localização física no serviço de urgência geral durante o internamento;
- *Score* de Avaliação da Escala de *Braden* (no momento da admissão, ao longo do internamento e no momento da alta);
- Presença de úlceras por pressão no momento de admissão e no momento da alta/transferência;
- Data do aparecimento da úlcera por pressão durante o internamento;
- Categoria e localização da úlcera por pressão;

Explicito ainda que foi realizado um contato, ainda que informal, com o Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas, na pessoa da Enfermeira [REDACTED] e da Enfermeira [REDACTED] de forma a divulgar este projeto solicitando apoio durante o seu desenvolvimento.

Sem outro assunto, fico ao dispor de V. Exma. para qualquer esclarecimento que se torne necessário.

Atenciosamente, com os melhores cumprimentos.

Enfermeira Ana Filipa Alves Duarte

[REDACTED] Julho de 2014

## **APÊNDICE III – Cronograma de atividades**

2014/2015 Meses Dias	Set.		Out.		Nov.		Dez.		Jan.		Fev.		Março-Maio
	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	15-30	1-15	16-31	1-15	16-31	1-15	15-28	
Pesquisa Bibliográfica - Revisão Sistemática da Literatura	[Cross-hatch pattern]												
Divulgação e Apresentação do projeto à equipa	[Red pattern]												
Realização de estágio em contexto Hospitalar	[Diagonal pattern]												
Realização de estágio em contexto de cuidados domiciliários										[Vertical bars]			
Formação em Serviço sobre Cuidados Continuados													
Participação em Jornadas e eventos científicos													
2º Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal EPE – “Um olhar reflexivo sobre o (in) visível, Intervenção partilhada de Enfermagem”						27 e 28							
IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria: “Envelhecimento ativo saudável e positivos”							5,6 e 7						
3º Congresso dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica										22 e 23			
Avaliação da Taxa de prevalência;	[Red pattern]												
Intervir em parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar no desenvolvimento de intervenções de enfermagem para prevenção de UP, promovendo o cuidado de Si.													
Elaboração de folheto													
Realização de póster de protocolo de avaliação e tratamento de UP													
Realização da avaliação multidimensional da pessoa idosa no SUG													
Recolha de informação e análise dos registos da equipa “A parceria como intervenção de enfermagem”				20			8				13		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Auditoria ao preenchimento da Escala de Braden</li> <li>Auditoria ao uso de colchões anti escaras</li> </ul>							8-12						
Realização de Guião de Colheita de dados no SUG													
Prestação de cuidados à pessoa idosa na comunidade e realização de estudo de caso													
Formação em Serviço													
Realização de notas de campo													
Elaboração do Relatório	[Green pattern]												

## **APÊNDICE IV – Revisão Sistemática da Literatura**

## REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

### “QUAIS AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA IDOSA?”

<b>P</b>	POPULAÇÃO	QUEM FOI ESTUDADO?	Pessoa idosa
<b>I</b>	INTERVENÇÃO	O QUE FOI FEITO?	Intervenções de enfermagem para a Prevenção de Úlceras por Pressão
<b>C</b>	COMPARAÇÃO	NÃO APLICÁVEL	
<b>O</b>	OUTCOMES	O RESULTADO DESEJADO	Prevenção de UPP na Pessoa Idosa

## REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

<b>Bases de dados Científicas</b>	<b>EBSCO HOST</b> <i>Medline e Cinahl</i>
<b>Palavras-Chave</b>	Elderly Pressure Ulcers Prevention Nursing Care
<b>Filtros de pesquisa</b>	Full Text 2005-2014
<b>Incluídos da RSL</b>	10 artigos

**ARTIGO 1**

<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</u></b>	Teri Armour-Burton; Willa Fields; Lanine Outlaw & Elvira Deleon <b>The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and Treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers</b> Critical Care Nurse 2013
<b><u>OBJETIVOS DO ESTUDO</u></b>	Rever o protocolo de prevenção de UP na Unidade de “ <i>Sharp Grossmont Hospital</i> ” – San Diego na Califórnia.
<b><u>TIPO DE ESTUDO</u></b>	Metodologia de projeto, com implementação de protocolo para prevenção de UP composto por três componentes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criação de um elo de ligação, na figura de um enfermeiro com conhecimentos na área, em todos os turnos para realizar auditorias à implementação do plano de prevenção;</li> <li>2. Formação na área;</li> <li>3. Envolvimento dos auxiliares de enfermagem “<i>nurse assistants</i>” no plano de cuidados para a prevenção de UP</li> </ol> <p>Estudo de prevalência e incidência de UP.</p>
<b><u>PARTICIPANTES</u></b>	Equipa multidisciplinar e utentes internados da unidade de cuidados intensivos na Califórnia. 65 Enfermeiros e 20 assistentes operacionais com experiência profissional entre os 6 meses e os 30 anos.
<b><u>COLHEITA DE DADOS</u></b>	<b>Quais são os métodos de colheita de dados utilizados?</b> Folha própria de registos <b>Quem colheu os dados?</b> Os enfermeiros de ligação
<b><u>CONCLUSÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As taxas de incidência sofreram um aumento. No entanto, este aumento foi resultado de documentação incompleta no momento da admissão a utentes com UP;</li> <li>• Importância da formação da equipa e das auditorias á prática;</li> <li>• Fomentar uma atitude preventiva e proactiva em detrimento de uma atitude de tratamento;</li> </ul>
<b><u>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A enfermeira de ligação analisa a prática em relação á prevenção de UP e implementa o plano de cuidados para a pele com vista á prevenção e diminuição da taxa de incidência;</li> <li>• Criação de documentação própria para realizar a avaliação do risco e da pele;</li> <li>• Reportar o aparecimento de UP na admissão ou durante o internamento;</li> <li>• Educação e formação da equipa em estratégias de prevenção em detrimento do tratamento;</li> <li>• Formação das “<i>nurse assistants</i>” para a deteção precoce de sinais do aparecimento de UP; Sendo fomentada a deteção precoce do problema e a prevenção;</li> <li>• Os resultados das auditorias devem ser publicados á equipa;</li> </ul>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	13

<b>ARTIGO 2</b>	
<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</u></b>	Donna Jones <b>Pressure ulcer prevention in the community setting</b>  2013
<b><u>OBJETIVOS DO ESTUDO</u></b>	Este artigo explora métodos de prevenção de úlceras por pressão com particular ênfase na avaliação do risco, inspeção de pele, medidas de alívio de pressão, nutrição e hidratação, e educação do cuidador. Descreve o plano de prevenção SSKIN utilizado no NHS (Britânico).
<b><u>TIPO DE ESTUDO</u></b>	Artigo de opinião
<b><u>PARTICIPANTES</u></b>	Não aplicável
<b><u>COLHEITA DE DADOS</u></b>	Revisão da literatura
<b><u>CONCLUSÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o risco determina os fatores de risco a intervir;</li> <li>• De modo a não ocorrer novos casos de UP evitáveis foi desenvolvido o plano de prevenção (<b>SSKIN</b>) que inclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Superfície:</b> Avaliação de risco pela escala Waterlow; Reduzir a pressão através de equipamentos adequados;</li> <li>• <b>Pele:</b> Avaliar o estado da pele do paciente, avaliar as áreas de pressão, categorias de UP existentes documentá-las. Avaliar dor; e Humidade; Ensinar o paciente e cuidadores a inspecionar a pele; Reduzir forças;</li> <li>• <b>Mantenha-se em movimento:</b> Considerar a necessidade de um plano de reposicionamento usando os 30 graus; Evite atrito, posicione o paciente para garantir a redistribuição de pressão; ideal usar equipamentos de transferência;</li> <li>• <b>Incontinência:</b> Limpeza adequada da pele, utilização de cremes barreira, uso de emolientes, e absorventes para a incontinência; Evite usar água quente e massagem;</li> <li>• <b>Nutrição:</b> Avaliar o índice de massa corporal e monitorar o peso do paciente. Considerar a necessidade de suplementos nutricionais. Fornecer folhetos informativos e educar o paciente e / ou cuidador. Avaliar a mucosa oral, capacidade de mastigar e engolir. Requisito para alimentação entérica;</li> </ul> </li> </ul>
<b><u>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os custos com o tratamento de UP são o dobro do que os com a prevenção o que evidencia a importância de um modelo eficaz de prevenção;</li> <li>• Muitos fatores contribuem para o desenvolvimento de UP. No entanto, o saber científico, julgamento clínico e conhecimento holístico do paciente pode ajudar a identificar o risco e garantir uma ação preventiva;</li> <li>• A importância de intervenções relacionadas com os equipamentos de prevenção, a inspeção da pele, posicionamentos, incontinência, nutrição, e educação do paciente e cuidador foram reconhecidos.</li> </ul>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	36

**ARTIGO 3**

<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</u></b>	Nancy A. Stotts & Lena Gunningberg <b>Predicting Pressure Ulcer Risk. Using the Braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it.</b>  AJN  2007
<b><u>OBJETIVOS DO ESTUDO</u></b>	Aplicação prática da escala de Braden em contexto de internamento da pessoa idosa.
<b><u>TIPO DE ESTUDO</u></b>	Estudo de caso com fundamentação teórica;
<b><u>PARTICIPANTES</u></b>	Pessoa idosa internada por fratura de colo do fêmur na sequência de acidente de viação.
<b><u>COLHEITA DE DADOS</u></b>	<b>Quais são os métodos de colheita de dados utilizados?</b> Escala de Braden; Processo clínico do utente;  <b>Quem colheu os dados?</b> Equipa de enfermagem
<b><u>CONCLUSÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A escala de Braden é uma importante ferramenta na deteção precoce do risco de desenvolvimento de UP;</li> <li>• Através da avaliação das 6 subescalas e sua interpretação é possível implementar adequadas estratégias de prevenção a nível dos fatores de risco;</li> <li>• Instrumento de fácil e rápida utilização;</li> </ul>
<b><u>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importância da sua aplicação no momento da admissão da pessoa idosa em especial em contexto hospitalar e em cuidados críticos prevenindo complicações;</li> <li>• Através da escala de Braden é possível identificar a existência ou o surgimento de outros problemas, além das UP, como é o caso dos problemas com a alimentação (Desnutrição);</li> </ul>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	23

<b>ARTIGO 4</b>	
<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</u></b>	<p>Ba' Pham, Laura Teague, James Mahoney, Laurie Goodman, RN, Mike Paulden, Jeff Poss, Jianli Li, Luciano Ieraci, Steven Carcone &amp; Murray Krahn.</p> <p><b>Early Prevention of Pressure Ulcers Among Elderly Patients Admitted Through Emergency Departments: A Cost-effectiveness Analysis</b></p> <p>2011</p>
<b><u>OBJETIVOS DO ESTUDO</u></b>	<p>Analisar o custo-benefício da presença de colchões anti escaras nas macas e camas dos departamentos de urgência em detrimento dos colchões convencionais para uma prevenção precoce de úlceras por pressão no paciente idoso admitido.</p>
<b><u>TIPO DE ESTUDO</u></b>	<p>Análise preditiva de custo-benefício baseada no modelo de Markov, ao longo de um ano.</p>
<b><u>PARTICIPANTES</u></b>	<p>Utentes admitidos no serviço de urgência com mais de 65 anos.</p>
<b><u>COLHEITA DE DADOS</u></b>	<p><b>Quais são os métodos de colheita de dados utilizados?</b></p> <p>Folhas de prevalência; Ficha hospitalar sobre fatores de risco e diagnóstico de admissão para avaliação de UP adquiridas no serviço de urgência;</p> <p><b>Quem colheu os dados?</b></p> <p>Os investigadores, com ajuda de colaboradores peritos na área;</p>
<b><u>CONCLUSÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A projeção de UP adquiridas nos serviços de urgência é de 1,90% com as práticas realizadas atualmente e 1,48% com a presença de colchões anti escaras de forma a uma prevenção precoce, num total de 238 pacientes;</li> <li>• O baixo custo de colchões de pressão de redistribuição (US \$ 0,30 por paciente) e a redução de taxa de incidência de UP mostra um considerável benefício económico, visto que é estimado um gasto de (32,36 dólares por paciente) para idosos internados no serviço de urgência mesmo em curtas estadias;</li> </ul>
<b><u>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais estudos desta natureza ajudariam os gestores financeiros a endossarem estes resultados, considerando a substituição dos colchões convencionais por colchões de pressões alternadas nos departamentos de urgência.</li> </ul>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	<p>62</p>

<b>ARTIGO 5</b>	
<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</u></b>	Zena Moore, Seamus Cowman & Rona'n M Conroy <b>A randomised controlled clinical trial of repositioning, using the 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers.</b>  2011
<b><u>OBJETIVOS DO ESTUDO</u></b>	Comparar os valores de incidência de úlceras por pressão através do uso de dois tipos de técnicas de posicionamento diferentes. Estando em estudo a técnica de posicionamento em ângulo de 30°.
<b><u>TIPO DE ESTUDO</u></b>	Estudo quantitativo, comparativo; Ensaio controlado prospetivo multicêntrico (RCT).
<b><u>PARTICIPANTES</u></b>	213 Pessoas idosas; 77% mulheres; 65% com 80 anos de idade. Critérios de inclusão na amostra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoas idosas em unidades de longa duração hospitalares;</li> <li>• Acima dos 65 anos de idade;</li> <li>• Em risco de desenvolvimento de UP segundo a Escala de Braden;</li> <li>• Sem UP no início do estudo;</li> <li>• Sem impedimento clínico para o posicionamento em 30°;</li> <li>• O consentimento para participar no estudo ou ter parecer favorável fornecido pela equipe multidisciplinar em colaboração com o familiar mais próximo.</li> </ul>
<b><u>COLHEITA DE DADOS</u></b>	<b>Quais são os métodos de colheita de dados utilizados?</b> Escala de Braden; Escala MUST e Classificação internacional da EPUAP para UP
<b><u>CONCLUSÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Principais Resultados obtidos:</b></li> <li>• Três pacientes (3%) no grupo experimental, e 13 pacientes (11%) no grupo de controlo desenvolveram uma úlcera de pressão</li> <li>• Todas as úlceras de pressão foram de grau 1 (44%) ou de grau 2 (56%). A Mobilidade e a atividade foram os mais elevados preditores de desenvolvimento de úlceras de pressão;</li> <li>• O posicionamento de pessoas idosas em risco de desenvolvimento de úlceras de pressão a cada três horas durante a noite, usando a técnica dos 30° de inclinação reduz a incidência de úlceras de pressão em comparação com os cuidados habituais. O estudo apoia as recomendações internacionais de 2009 de prevenção de úlceras por pressão.</li> </ul>
<b><u>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este método de posicionamento revela-se mais eficaz, sendo necessário rever as práticas tendo em conta a mais recente evidência científica;</li> <li>• É importante a implementação de estratégias de prevenção adequadas, sendo a técnica de posicionamento uma delas;</li> </ul>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	54

<b>ARTIGO 6</b>	
<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</u></b>	Nils A. Lahmann; Ruud J. G. Halfens & Theo Dassen  <b>Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals.</b>  2010
<b><u>OBJETIVOS DO ESTUDO</u></b>	O estudo teve como objetivo analisar e descrever as estruturas usadas relacionadas com a prevenção úlcera de pressão (escalas, <i>guidelines</i> , protocolos, medidas preventivas) em casas de repouso e hospitais de cuidados agudos em três momentos;
<b><u>TIPO DE ESTUDO</u></b>	Estudo multicêntrico
<b><u>PARTICIPANTES</u></b>	Hospitais e casas de repouso em toda a Alemanha: - 60 Lares: com uma média de idades dos participantes de 82.6 anos; média de 17.8 de risco na escala de Braden; e com índice de massa corporal (IMC) de 23.7; - 82 Hospitais; sendo a média de idades de 63.7 anos; o risco de 20 pontos da escala de braden; e um IMC de 25.8;
<b><u>COLHEITA DE DADOS</u></b>	<b>Quais são os métodos de colheita de dados utilizados?</b> Inquéritos de prevalência que incluem dados demográficos, caracterização de UP e métodos preventivos; Determinação do risco através da escala de Braden;
<b><u>CONCLUSÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Lares:</u> 71.5% usam guidelines de prevenção, enquanto que em 22.2% estão a ser implementadas; Todas usavam ou a escala de Braden ou a de Norton para avaliação do risco, sendo que em 65.6% usavam a de Braden; Em 46.6% dos utentes eram usadas superfícies especiais (colchões anti escaras) e em 50.7% usavam também almofadas; As medidas mais comuns são a inspeção da pele em 79.7% e foi realizado levante a 64.7% dos residentes como medida preventiva;</li> <li>• <u>Hospitais:</u> Em 86.7% dos hospitais usavam guidelines de prevenção; Um total de 28.1% utentes receberam medidas de prevenção associados a dispositivos; Também no hospital a avaliação da pele é realizada como medida preventiva e aparece relatada em 60,5% dos casos; a par dos cuidados com a pele (50.1%) e levante (52.0%). Por último os posicionamentos (34.6%) e a nutrição (38.3%). Destaca-se os 38.3% na área da educação;</li> </ul> <p>As taxas de incidência (UP adquiridas nos serviço) hospitalares caíram de 26,3% no primeiro ano para 11,3% na terceira avaliação. Já nos lares a taxa reduziu de 13,7% para 6,4%. O uso de medidas preventivas evoluiu ao longo dos três momentos do estudo.</p>
<b><u>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os resultados do estudo mostram que as medidas preventivas reduzem as taxas de incidência de UP; Estudos desta natureza levam a um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem;</li> <li>• Permite comparar resultados com a prática atual nas instituições de cuidados e mudar comportamentos;</li> </ul>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	22

<b>ARTIGO 7</b>	
<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</u></b>	Bruno Costa <b>Pressure ulcers: assessment and prevention in the early stages</b> 2013
<b><u>OBJETIVOS DO ESTUDO</u></b>	Revisão da literatura sobre medidas preventivas
<b><u>TIPO DE ESTUDO</u></b>	Artigo de opinião
<b><u>PARTICIPANTES</u></b>	Não se aplica
<b><u>COLHEITA DE DADOS</u></b>	Revisão da literatura
<b><u>CONCLUSÕES DO ESTUDO</u></b>	<p>A prevenção de UP compreende 5 componentes principais:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação do risco;</li> <li>2. Avaliação da pele;</li> <li>3. Avaliação nutricional;</li> <li>4. Posicionamentos e mobilidade;</li> <li>5. Dispositivos de alívio de pressão;</li> <li>6. Controlo da humidade excessiva;</li> </ol> <p>Resume as principais medidas preventivas a implementar em cada um:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A prevenção começa com a avaliação individual do risco de desenvolvimento de UP; Aqui são detetadas os principais fatores de risco – Os profissionais devem ter treino e conhecimento acerca das escalas;</li> <li>2. Detetar sinais precoces de alteração cutânea tais como: calor, edema, dor, eritema, eritema não branqueável. Levando a uma identificação de UP numa fase muito inicial com menos implicações no tratamento. Controlo da humidade e gestão da incontinência através de absorventes eficazes;</li> <li>3. Despiste de sinais de má nutrição, em especial na pessoa idosa, devido a alterações na mastigação e apetite.</li> </ol> <p>Em residentes em risco de desenvolvimento de UP, é importante uma ingestão de alimentos e líquidos adequados;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Encorajar os utentes a mobilizar-se autonomamente, fomentando a autonomia; Determinar planos de posicionamentos e mobilidade;</li> <li>5. Destaque para a importância de um colchão anti escaras que no entanto não invalida a necessidade de manter o plano de posicionamentos;</li> </ol> <p>Os dispositivos de alívio da pressão devem utilizados tendo em conta o risco anteriormente avaliado;</p>
<b><u>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os profissionais de saúde devem atualizar os conhecimentos e guiar-se pelas últimas guidelines de prevenção propostas a nível internacional;</li> <li>• Basear a prática em evidência científica;</li> <li>• Providenciar treino e formação na área leva a uma melhoria dos cuidados prestados;</li> </ul>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	21

<b>ARTIGO 8</b>	
<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</u></b>	Georgina Casey <b>Pressure ulcers reflect quality of nursing care</b>  2013
<b><u>OBJETIVOS DO ESTUDO</u></b>	Revisão da literatura - Descrever fatores de risco associados ao desenvolvimento de UP e uso de instrumentos de avaliação para medi-los. - Destacar a fisiopatologia da UP e como avaliar o seu estadio; - Discutir as medidas de prevenção e dispositivos utilizados para gerir o risco de lesões por pressão.
<b><u>TIPO DE ESTUDO</u></b>	Artigo de opinião
<b><u>PARTICIPANTES</u></b>	Não se aplica
<b><u>COLHEITA DE DADOS</u></b>	Não se aplica
<b><u>CONCLUSÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enumeram causas para a UP: A pressão, forças de fricção e deslizamento, mas também, problemas na reperfusão, deformação tecidual, com redução da perfusão linfática;</li> <li>• Descrição dos diversos fatores de risco para o aparecimento de UP que podem ser de duas ordens: fatores extrínsecos ou intrínsecos;</li> <li>• Ressaltam a necessidade de uma avaliação do risco exata através das escalas de Braden, Norton ou Waterlow, para alocar os recursos existentes, suportar decisões clínicas e qualidade de cuidados;</li> <li>• A avaliação do risco não é um fim em si mesmo;</li> <li>• Medidas preventivas de acordo com os fatores de risco passíveis de serem modificados; Os fatores intrínsecos devem ser avaliados pelo médico; Os fatores extrínsecos devem ser geridos de forma a reduzi-los.</li> <li>• De forma a manter a integridade da pele devem ser realizados: planos individualizados de posicionamentos; gestão da incontinência; elevação dos calcâneos; uso de mecanismos de transferência;</li> </ul>
<b><u>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A avaliação de risco e implementação de medidas de prevenção requerem um conhecimento sobre os processos fisiopatológicos para o aparecimento de UP;</li> <li>• A prevenção de lesões por pressão é visto como um papel de enfermagem e usada como uma medida da qualidade dos cuidados de enfermagem.</li> <li>• Gerir as medidas preventivas pode ser caro e complexo, no entanto, a hospitalização prolongada devido a este problema, leva a dor, desconforto, morbidade e mortalidade, impõe uma carga significativa sobre os indivíduos e famílias;</li> <li>• A compreensão da fisiopatologia e da justificativa para a prevenção e avaliação de riscos ajuda enfermeiros a prestarem cuidados holísticos a pacientes em risco;</li> </ul>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	Indisponível

<b>ARTIGO 9</b>	
<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</u></b>	Jenny Large <b>A cost-effective pressure damage prevention strategy</b>  2011
<b><u>OBJETIVOS DO ESTUDO</u></b>	Descrever o desenvolvimento de uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão (UP), baseada na gestão da incontinência através do uso de Cavilon para a prevenção de UP de Categoria I.
<b><u>TIPO DE ESTUDO</u></b>	Estudo piloto
<b><u>PARTICIPANTES</u></b>	Os residentes numa unidade de cuidados paliativos e de demência com 78 camas
<b><u>COLHEITA DE DADOS</u></b>	Ao longo de 6 meses. Observação, consulta de processos clínicos.
<b><u>CONCLUSÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante este estudo piloto nenhum dos pacientes em risco desenvolveram novas UP;</li> <li>• A taxa de incidência foi 0%;</li> <li>• Pequenas estratégias foram usadas nos cuidados de enfermagem de rotina mas que trouxeram elevados ganhos tanto para a saúde dos indivíduos como para a instituição;</li> <li>• Formação atualizada para os profissionais de saúde é uma medida preventiva;</li> <li>• O custo da prevenção de UP é mais reduzido que o tratamento;</li> <li>• Uma aposta na prevenção melhora a qualidade de vida do indivíduo;</li> </ul>
<b><u>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O estudo demonstra que após uma avaliação de necessidades e da escolha do equipamento de prevenção ideal pode levar a uma redução da incidência de UP;</li> <li>• Cada vez mais com as pressões financeiras é necessário uma aposta na prevenção, que traz ganhos, com a redução dos internamentos, na redução da mortalidade e aumento da qualidade de vida;</li> </ul>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	16

<b>ARTIGO 10</b>	
<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</u></b>	Sandra J. Miles, Tracy Nowicki & Paul Fulbrook <b>Repositioning to prevent pressure injuries: evidence for practice</b>  2014
<b><u>OBJETIVOS DO ESTUDO</u></b>	O objetivo deste trabalho é apresentar a melhor evidência disponível para a frequência dos posicionamentos, a posição ideal e equipamentos a utilizar para reduzir o desenvolvimento de úlceras por pressão (UP).
<b><u>TIPO DE ESTUDO</u></b>	Artigo de opinião
<b><u>PARTICIPANTES</u></b>	Não se aplica
<b><u>COLHEITA DE DADOS</u></b>	Não se aplica
<b><u>CONCLUSÕES DO ESTUDO</u></b>	<p><b>Principais considerações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar um plano de posicionamento;</li> <li>• Eliminar forças durante a técnica;</li> <li>• Reduzir a pressão no calcanhar;</li> <li>• Promover a atividade e mobilização;</li> <li>• Uso de uma superfície de apoio adequado</li> </ul> <p><b><u>A frequência dos posicionamentos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As variáveis relacionadas ao indivíduo e a superfície de suporte em utilização;</li> <li>• A tolerância tecidual do indivíduo</li> <li>• Nível de Atividade / mobilidade</li> <li>• Estado clínico geral;</li> <li>• Os objetivos do tratamento</li> <li>• Avaliação da pele;</li> <li>• Avaliação do risco</li> <li>• Nível de conforto</li> </ul> <p><b><u>Técnica de reposicionamento:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esteja consciente de áreas do corpo continuamente expostas à pressão;</li> <li>• Use meios de transferência. Elevador não arraste;</li> <li>• Evite posicionar diretamente sobre dispositivos médicos; proeminências ósseas ou sobre áreas com eritema não branqueável;</li> <li>• Use o decúbito lateral de 30 ° de inclinação;</li> <li>• Evite posturas que aumentem a pressão por exemplo a 90 °</li> <li>• Se estar sentado na cama é necessário, evite elevação da cabeceira; flexione os joelhos; Limite de tempo sentado de acordo a tolerância da pele do indivíduo e o estado de saúde;</li> </ul> <p><b><u>Equipamento para posicionamento:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma superfície de apoio eficaz;</li> <li>• Almofadas e cunhas de espuma para ajudar no alinhamento corporal e evitar o contato direto entre as proeminências ósseas;</li> </ul>
<b><u>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O uso de uma técnica correta de posicionamento pode reduzir o risco de UP;</li> </ul>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	Indisponível

**APÊNDICE V** – Resumo e Apresentação da Comunicação Livre: “A Prevenção de Úlceras por Pressão na Pessoa Idosa internada no SUG”.

2º Jornadas de enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) –  
“Um olhar reflexivo sobre o (in) visível, Intervenção partilhada de  
Enfermagem”

## RESUMO DE COMUNICAÇÃO LIVRE

**Título:** A Prevenção de Úlceras por Pressão na Pessoa Idosa internada no SUG.

**Autoria:** Ana Filipa Alves Duarte - Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

*e-mail:* [filipaduarte83@gmail.com](mailto:filipaduarte83@gmail.com)

Contato telefónico: 964110141

**Orientação:** Idalina Delfina Gomes – Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

*e-mail:* [idgomes@esel.pt](mailto:idgomes@esel.pt)

Contato telefónico: 969670667

Meios auxiliares necessários para a apresentação: *data show* e computador portátil.

---

### **Introdução:**

Na população idosa as complicações da hospitalização são mais evidentes, sendo a ocorrência de UPP um problema de elevada prevalência, morbidade e mortalidade, custos económicos, dor, alteração da qualidade de vida e aumento da duração do internamento<sup>1,2,3</sup>.

Desde 2001, definido pela OE como importante indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem<sup>4</sup>. Pretende-se uma atitude proactiva e preventiva na abordagem à pessoa em risco de desenvolvimento de UPP, sabendo que grande parte das lesões podem ser evitadas<sup>5,3</sup>.

### **Objetivo:**

Identificar as intervenções de enfermagem na prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa.

### **Metodologia:**

Revisão sistemática da literatura, realizada em Abril de 2014, incluindo estudos de 2005-2014 em texto integral, com recurso a bases de dados eletrónicas,

como base na questão: “*Quais as intervenções de enfermagem na prevenção de UPP na pessoa idosa institucionalizada?*”. Palavras-chave: *Nursing care, Elderly, Pressure ulcers, Prevention.*

### **Desenvolvimento:**

A UPP está entre as seis principais complicações decorrentes da hospitalização da pessoa idosa<sup>2</sup>. As intervenções de enfermagem para a sua prevenção de UPP devem ser realizadas com base na etiologia do problema reduzindo os fatores de risco passíveis de serem modificados<sup>3</sup>. As principais recomendações preventivas são: a detecção precoce do risco, a avaliação e cuidados com a pele, os posicionamentos e reposicionamentos, superfícies de apoio/dispositivos de alívio de pressão específicos, a avaliação do estado nutricional com nutrição suplementar e hidratação adequada, salientando-se a necessidade de formação, educação e conhecimentos científicos para a operacionalização destas medidas<sup>6,7</sup>.

### **Conclusão:**

A prevenção de UPP é um processo complexo e multidimensional e, como tal requer uma abordagem multidisciplinar<sup>8</sup>. O enfermeiro deve fazer uso dos instrumentos de avaliação de risco, de avaliação multidimensional da pessoa idosa, reconhecendo os fatores de risco, antecipando complicações com vista ao bem-estar e conforto, através da elaboração de um plano de cuidados personalizado<sup>9,3</sup>.

### **Bibliografia:**

1. Armour-Burton, T., Fields, W., Outlaw, L., & Deleon, E. (2013). The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and Treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *American Association of Critical-Care Nurses*. 33 (3) 32-39.
2. Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107, (10). 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1187>;
3. Stotts, N. & Gunningberg, L. (2007). Predicting Pressure Ulcer Risk: Using the braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it.

- American Journal of Nursing*, 107, (11) 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1239>;
4. OE (2007). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Acedido a 01/04/2014. Disponível em <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>;
  5. Tiaki, K. (2013). Pressure ulcers reflect quality of nursing care. *CPD 4 Nurses*. 19 (10) 20-24
  6. EPUAP/NPUAP (2009) *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Acedido em 01/04/2014. Disponível em: [http://gaif.net/sites/default/files/Guideline\\_Prevencao\\_da\\_UPressao\\_PT.pdf](http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf)
  7. NICE (2014) *Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers*. Acedido a 01/7/2014, disponível em <http://www.nice.org.uk/guidance/CG179>.
  8. Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
  9. Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;



## A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA IDOSA INTERNADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

**Ana Filipa Alves Duarte**

Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Enfermeira no SUG do CHS-HSB

**Orientação**

Idalina Delfina Gomes – Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

1. PROBLEMÁTICA
2. OBJETIVO
3. METODOLOGIA
4. RESULTADOS
5. PROJETO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL: Prevenção de úlceras por pressão na Pessoa idosa internada no Serviço de Urgência: A Parceria como intervenção de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família para a promoção do cuidado de Si.

## INTRODUÇÃO

- ▶ A UPP é uma das principais complicações na hospitalização da pessoa idosa
- ▶ Um problema de saúde de elevada morbilidade e mortalidade, custos, prolongamento de internamentos, dor e alteração da qualidade de vida
- ▶ Taxa de Prevalência de UPP: Portugal - 12.5%
- ▶ Indicador de Qualidade sensível aos cuidados de enfermagem
- ▶ Segurança do doente
- ▶ Esta é considerada como uma complicação passível de ser evitada

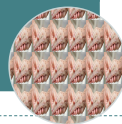
Fulmer, T. (2007). How to try this - Fulmer SPICES. American Journal of Nursing, 107 (10), 40-48.  
Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão - Implementação nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência.  
Vanderwee, V.; Clark, M., Dealy, C., Gunningberg, L., Defloor, T. (2006). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 227-235



## 1. PROBLEMÁTICA

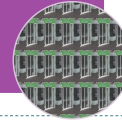
- Redução da Mobilidade
- Alterações tecidulares
- Sensibilidade diminuída
- Doenças crónicas e co morbilidades
- Alterações cognitivas e físicas
- Presença de feridas crónicas
- Incontinência Urinária
- Desnutrição / Desidratação
- Fragilidade / Vulnerabilidade

Pessoa Idosa



- Ambiente ruidoso e estranho
- Luz fluorescente constante
- Macas estreitas e colchões finos
- Restrição ao leito
- Sobrelotação
- O Uso de dispositivos de tratamento e monitorização

Serviço de Urgência



## 2. OBJETIVO

Identificar as intervenções de enfermagem na prevenção de UPP na Pessoa Idosa

## 3. METODOLOGIA

Revisão Sistemática da Literatura			
"QUAIS AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA IDOSA?"			
P	População	Quem foi estudado?	Pessoa idosa
I	Intervenção	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem para a Prevenção de Úlceras por Pressão
C	Comparação	Não aplicável	
O	Outcomes	O resultado desejado	Prevenção de UPP na Pessoa Idosa

**Bases de Dados Científicas:**  
EBSCO HOST  
Medline e Cinahl

**Palavras-Chave:**  
Elderly  
Pressure Ulcers  
Prevention  
Nursing care

**Filtros de pesquisa:**  
Full text  
2005-2014

**Incluídos na RSL:**  
**10 artigos**

## 4. RESULTADOS

- ▶ As medidas preventivas devem ser realizadas tendo como base a etiologia do problema
- ▶ Reduzindo os fatores de risco passíveis de serem modificados
- ▶ De acordo com a avaliação inicial da Pessoa Idosa

### Avaliação Inicial

Avaliação da Pele

Avaliação do Risco

Avaliação do Estado Nutricional

Casey, G. (2013). Pressure ulcers reflect quality of nursing care. *Kai Tiaki Nursing New Zealand, CPD 4 Nurses*, 19 (10) 20-24.  
 Jones D. (2013). Pressure Ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard, RCN Publishing* 28 (3), 47-55.  
 Miles, S., Nowicki, T., Fulbrook, P. (2014). Repositioning to prevent pressure injuries: evidence for practice. *ANMJ*, 21(6), 32-34.  
 Armour-Burton, T., Fields, W., Outlaw, L., & Deleon, E. (2013). The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and Treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *American Association of Critical-Care Nurses*, 33 (3) 32-39.  
 Stotts, N. & Gunningberg, L. (2007). Predicting Pressure Ulcer Risk: Using the braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it. *American Journal of Nursing*, 107, (11) 40-48.  
 Costa, B. (2013). Pressure Ulcers: assessment and prevention in the early stages. *Nursing residential care*, 15(5), 258-262.

## 4. RESULTADOS – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

MINIMIZAR A PRESSÃO /  
FORÇAS DE FRIÇÃO OU  
DESGLIZAMENTO

- Posicionamentos individualizados
- Evitar áreas com lesão, proeminências ósseas e dispositivos médicos
- Colchão anti escaras sempre que seja detetado risco
- Alívio total da pressão nos calcâneos
- Promover a atividade e autonomia da Pessoa Idosa
- Levante / Sentar na maca
- O uso de resguardos de pano
- Levantar, não arrastar a pessoa idosa durante os posicionamentos
- Uso do ângulo de 30° na elevação da cabeceira

Miles, S., Nowicki, T., Fulbrook, P. (2014). Repositioning to prevent pressure injuries: evidence for practice. *ANMJ*, 21(6), 32-34.  
 Casey, G. (2013). Pressure ulcers reflect quality of nursing care. *Kai Tiaki Nursing New Zealand, CPD 4 Nurses*, 19 (10) 20-24.  
 Jones D. (2013). Pressure Ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard, RCN Publishing* 28 (3), 47-55.  
 Costa, B. (2013). Pressure Ulcers: assessment and prevention in the early stages. *Nursing residential care*, 15(5), 258-262.  
 ...Lahmann, N., Halfens, R., Dassen, T. (2008). Impact of prevention-structures and-processes on pressure-ulcer-prevalence in nursing homes and acute-care-hospitals. *Journal of evaluation-in-clinical-practice*, 16, 50-56.  
 Nam, B. et al (2011). Early prevention of pressure ulcers among elderly patients admitted through emergency departments: A cost-effectiveness analysis. *Annals of Emergency Medicine*, 58, 468-478.

## 4. RESULTADOS – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

### CUIDADOS COM A PELE

- Redução da Humidade (Gestão da incontinência, Sudorese e secreções)
- Manter a pele limpa, seca e hidratada
- Não efetuar massagem nas proeminências ósseas
- Vigilância da pele em zonas circundantes aos dispositivos médicos
- Gestão do uso de dispositivos

### NUTRIÇÃO

- Ingestão de uma dieta adequada às necessidades nutricionais da pessoa idosa
- Suplementos nutricionais
- Aporte proteico
- Hidratação

Miles, S., Nowicki, T., Fulbrook, P. (2014). Repositioning to prevent pressure injuries: evidence for practice. *ANMJ*, 21(6), 32-34.

Jones D. (2013). Pressure Ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard, RCN Publishing* 28 (3), 47-55.

Costa, B. (2013). Pressure Ulcers: assessment and prevention in the early stages. *Nursing residential care*, 15(5), 258-262.

Moore, Z., Cowman, S., Conroy, R. (2011). A randomized controlled clinical trial of repositioning, using the 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2633-2644.

## 4. RESULTADOS – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

### FORMAÇÃO / EDUCAÇÃO

- Equipa multidisciplinar com formação na área
- Implementação de protocolos
- Capacitar a Família / Cuidador
- “Wound Liaison Nurse” - Enfermeiro de Ligação

Armour-Burton, T., Fields, W., Outlaw, L., & Deleon, E. (2013). The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and Treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *American Association of Critical-Care Nurses*, 33 (3) 32-39.

Large, J. (2011). A cost-effective pressure damage prevention strategy. *Nursing & Residential Care*, 13(5), 236-239.

Casey, G. (2013). Pressure ulcers reflect quality of nursing care. *Kai Tiaki Nursing New Zealand, CPD 4 Nurses*, 19 (10) 20-24.

Jones D. (2013). Pressure Ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard, RCN Publishing* 28 (3), 47-55.

Costa, B. (2013). Pressure Ulcers: assessment and prevention in the early stages. *Nursing residential care*, 15(5), 258-262.

## 5. PROJETO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

### Até Agosto de 2014

Taxa de Ocupação:  
178,4%

Duração média de internamento em SO  
1,2373 dias

Taxa de Prevalência de UPP no SUG  
16,31%



## 5. PROJETO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

### Tema:

Prevenção de úlceras por pressão na Pessoa idosa internada no Serviço de Urgência: A Parceria como intervenção de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família para a promoção do cuidado de Si.

	OBJETIVOS GERAIS
<p><b>Finalidade</b></p> <p>Desenvolver competências para uma prática especializada no domínio da Enfermagem médico-cirúrgica, em especial no cuidado à pessoa idosa e família.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desenvolver competências como enfermeira especialista na prevenção de UPP na pessoa idosa promovendo o cuidado de si, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem</li> <li>2. Contribuir para o desenvolvimento de competências no seio da equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa em risco de desenvolvimento de UPP</li> <li>3. Fomentar na equipa multidisciplinar do SUG uma atitude preventiva no cuidado à pessoa idosa em risco de desenvolvimento de UPP</li> </ol>



## 6. CONCLUSÃO

- ▶ A prevenção de UPP é um processo complexo que requer uma abordagem multidisciplinar
- ▶ Os enfermeiros diagnosticam e realizam intervenções capazes de prevenir a UPP, quer diretamente com o cliente e/ou cuidador familiar
- ▶ Pretende-se uma atitude proactiva e preventiva na abordagem à pessoa em risco.



### A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA IDOSA INTERNADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



MUITO OBRIGADA

**APÊNDICE VI – Póster “Implicações da institucionalização da pessoa idosa – Avaliar para prevenir”**

No IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria

# IMPLICAÇÕES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

## AVALIAR PARA PREVENIR



1. Estudantes do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médica-cirúrgica, vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
 2. Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



### Introdução

O aumento da esperança média de vida constitui um aspeto positivo, mas representa também um desafio para os profissionais de saúde na medida em que os idosos, podem estar mais vulneráveis ao aparecimento de doenças crónicas<sup>1</sup>, levando à institucionalização em hospital ou lar. Esta pode causar vivências stressante contribuir para o aparecimento de complicações que afetem o estado funcional da pessoa idosa<sup>2</sup>. As complicações são motivo do aumento dos custos com a saúde e duração dos internamentos e sofrimento da pessoa idosa<sup>3</sup>. Assim impõe-se que os enfermeiros especialistas promovam a deteção precoce das mesmas, através da aplicação de instrumentos de forma a planificar intervenções preventivas e terapêuticas<sup>4</sup>.

### 1. Objetivos

- Identificar as complicações decorrentes da institucionalização da Pessoa Idosa (PI) em contexto Hospitalar em Serviço de Urgência (SU) médico-cirúrgico e em contexto de lar no distrito de Setúbal.
- Enumerar as complicações mais frequentes decorrentes da institucionalização de PI em contexto de SU e em contexto de lar, utilizando a escala Fulmer "SPICES".
- Analisar as intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em saúde de PI para prevenção e controlo destas complicações.

## 2. Metodologia

Este trabalho foi desenvolvido em duas fases:

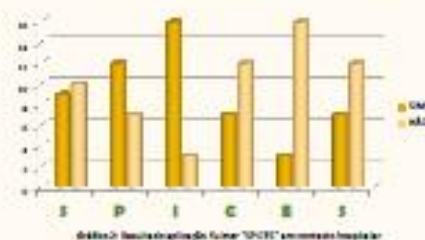
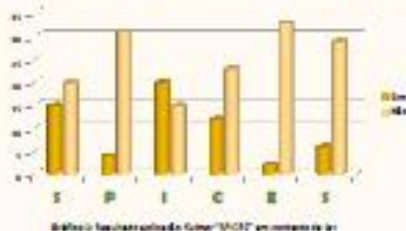
- 1ª fase: Revisão narrativa da literatura com base na questão: "Quais as principais complicações decorrentes da institucionalização da PI?" e nas seguintes palavras-chave: hospitalization, nursing home, elderly/aged, aftereffects, com síntese e análise dos principais resultados;
- 2ª fase: Trabalho de campo no SU e em contexto de lar, com recurso à escala de Fulmer "SPICES" para identificação das complicações mais frequentes nestes dois contextos. Colheita realizada numa amostra os 19 utentes internados em Serviço de Observação no SUU e nos 35 residentes do Lar todos com idades superiores aos 65 anos.

## 3. Resultados

A literatura mostra que as principais complicações decorrentes da institucionalização são: os problemas relacionados com o sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas e feridas.

Em contexto de lar identificaram-se 20 residentes com problemas de incontinência e 15 com problemas relacionados com o sono;

No SU verifica-se que as principais complicações na PI são a incontinência e a alimentação com 16 e 12 casos respetivamente como indicam as gráficos.



## 4. Discussão de Resultados

Estes resultados corroboram outros trabalhos que apontam a incontinência urinária como uma das principais complicações decorrentes da institucionalização, estando associada a uma baixa auto-estima<sup>5,6</sup>, e por das alterações do sono que interferem com a capacidade de raciocínio e memória, tendo consequências emocionais e no humor. Estas complicações afetam significativamente a qualidade de vida da PI<sup>7</sup>. A alimentação é também apontada como uma complicação frequente da PI e que pode levar ao aparecimento de patologias ou evitando o seu agravamento<sup>8</sup>.

## Conclusão

Face aos resultados encontrados, que apontam como complicações mais frequentes na PI institucionalizada os problemas relacionados com o sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas e feridas, constatámos que são áreas de cuidados sensíveis aos cuidados de enfermagem, pelo que o enfermeiro especialista na saúde de PI tem um papel preponderante na sua identificação precoce e no desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada em parceria com a PI que permita, desde a admissão conhecer os hábitos e estilos de vida PI para em conjunto com esta e família possa estabelecer um plano de cuidados personalizado que promova o conforto, o sono, um ambiente seguro que previna quedas, úlceras de pressão, a antecipação da micção, que pode reduzir a algáliação e a implementação de um plano alimentar e ingestão hídrica que promova um bom estado nutricional<sup>9</sup>. Estas intervenções de enfermagem trazem ganhos para a saúde da pessoa idosa pois permitem a manutenção ou a promoção o da capacidade funcional da pessoa idosa no sentido de que ele continue a desenvolver o seu projeto de vida<sup>10,11</sup>.

### Referências Bibliográficas

1. WHO (2015) *World Health Statistics Quarterly* 68 (4) <http://www.who.int/whs/news/news-story/20150401>
2. Kojouharova, I. (2015) *Journal of Health Management and Practice*, 19(1), 20-26 <http://dx.doi.org/10.1177/1078242414563822>
3. Sussman, M., Burt, M. & Burt, T. (2009) *Journal of Aging and Health*, 21(10), 1303-1312 <http://dx.doi.org/10.1177/0898264309348822>
4. Almeida, M. & Sousa, L. (2009) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Pública*, 21(1), 20-25 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpeusp.2009.03.001>
5. Barros, J. & Pires, J. (2010) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Pública*, 22(1), 20-25 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpeusp.2010.03.001>
6. Barros, J. & Pires, J. (2010) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Pública*, 22(1), 20-25 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpeusp.2010.03.001>
7. Barros, J. & Pires, J. (2010) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Pública*, 22(1), 20-25 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpeusp.2010.03.001>
8. Barros, J. & Pires, J. (2010) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Pública*, 22(1), 20-25 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpeusp.2010.03.001>
9. Barros, J. & Pires, J. (2010) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Pública*, 22(1), 20-25 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpeusp.2010.03.001>
10. Barros, J. & Pires, J. (2010) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Pública*, 22(1), 20-25 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpeusp.2010.03.001>
11. Barros, J. & Pires, J. (2010) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Pública*, 22(1), 20-25 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpeusp.2010.03.001>

**APÊNDICE VII – Resumo e Póster**

“A parceria como intervenção de Enfermagem na Prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência – Estudo de Caso”.

3º Congresso dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## Resumo

Autoria:

Ana Filipa Alves Duarte - Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

*e-mail:* filipaduarte83@gmail.com

Contato telefónico: 964110141

Idalina Delfina Gomes – Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

*e-mail:* idgomes@esel.pt

Contato telefónico: 969670667

Título:

A parceria como intervenção de Enfermagem na Prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência – Estudo de Caso.

Introdução / Problemática:

O SU é caracterizado pelo ambiente estranho e sobrelotado, aspetos que promovem o aparecimento de problemas como: confusão, quedas e UP na pessoa idosa.<sup>1,2,3</sup>

A UP é um problema multifatorial que pode ser prevenido.<sup>4,5,6</sup> Os enfermeiros são fundamentais pois diagnosticam e prescrevem intervenções capazes de prevenir as UP.<sup>7,8</sup> A prevalência nacional nos SU é de 12,5%<sup>9</sup>, sendo 16,31% no contexto do estudo. Pretende-se a identificação precoce das mesmas, no SU, através da avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMDPI) e promoção de intervenções de enfermagem personalizadas realizadas em parceria com o idoso e cuidador familiar (CF).<sup>8,10</sup>

Objetivos:

Capacitar a Pessoa idosa e o CF para a prevenção de UP durante um episódio de internamento no SU tendo a Parceria como intervenção de Enfermagem.

### Metodologia:

Estudo de caso em contexto de SU, tendo em conta as 5 fases do modelo de Parceria – Revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir ou assegurar o cuidado da pessoa idosa e do CF<sup>8</sup>. Para colheita de dados foi utilizada: observação e entrevista, para AMDPI e às escalas: *MMSE*, *MNA*, *Barthel* e *Braden*.

### Resultados:

Em parceria com a pessoa idosa e CF foi realizada a AMDPI. Identificaram-se como principais problemas: a confusão, risco de desnutrição e o alto risco de UP.

Construiu-se uma ação comum negociada, baseada na confiança, que permitiu estabelecer compromissos com o idoso e CF personalizando as intervenções que se salienta: permitida a presença do CF nos horários de refeições; orientação no tempo e espaço; manutenção de ambiente seguro; explicado ao idoso e CF fatores de risco e sinais de alerta da UP; negociados os posicionamentos; incentivada a mobilização no leito e o levantar; oferecido urinol e colocado colchão anti escaras. O idoso manteve-se orientado, com alimentação adequada e com a pele íntegra. O CF mostrou-se mais confiante para cuidar do seu familiar após a alta.

### Conclusões /recomendações:

A intervenção de enfermagem em parceria facilita a AMDPI, revelando-se fundamental para a capacitação do idoso e CF para o cuidado de Si, estabelecendo compromissos e intervenções que visem a prevenção de UP, assegurando ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Recomenda-se a implementação de protocolos de intervenção de enfermagem em parceria como forma de diminuir a incidência de UP no SU e a realização de estudos de investigação para avaliação destes ganhos.

### Referências Bibliográficas

1. Salvi, F., Moricho, V., Grilli, A., Giorgi, R., Tommaso, G., & Dessì-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*. 2, 292-301.

2. Hwang, U. & Morrison, R. (2007). The Geriatric Emergency Department. *The American Geriatrics Society*. 55. 1873-1876.
3. Ellis, G., Marshall, T., & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assesement in the emergency department. *Clinical interventions in Aging*. 9. 2033-2043.
4. Armour-Burton, T., Fields, W., Outlaw, L., & Deleon, E. (2013). The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and Treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *American Association of Critical-Care Nurses*. 33 (3) 32-39.
5. Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107, (10). 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1187>;
6. Stotts, N. & Gunningberg, L. (2007). Predicting Pressure Ulcer Risk: Using the braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it. *American Journal of Nursing*, 107, (11) 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1239>;
7. Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
8. Rodrigues, A.M., & Soriano, J.V. (2011). Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, 3 (5), 55-63. Acedido em: 9/04/2014. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn5/serlIn5a06.pdf>
9. Vanderwee, K.; Clark, M., Dealy, C., Gunningberg, L., Defloor, T. (2006). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 13, 227–235. Acedido em 10/10/2014. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2006.00684.x/abstract>
10. Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;



## A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA IDOSA INTERNADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

– Estudo de Caso –

Ana Filipa Duarte\*; Idalina Gomes\*\*

\* Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Unidade Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | email: filipa.duarte@gmail.com

\*\* Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | email: idgomes@esel.pt

### Introdução:

O SU é caracterizado pelo ambiente estranho e sobrelotado, aspetos que promovem o aparecimento de problemas como: confusão, quedas e UP na pessoa idosa.<sup>1,2,3</sup>

A UP é um problema multifatorial que pode ser prevenido.<sup>4,5,6</sup> Os enfermeiros são fundamentais pois diagnosticam e prescrevem intervenções capazes de prevenir as UP.<sup>7,8</sup> A prevalência nacional nos SU é de 12,5%, sendo 16,31% no contexto do estudo.

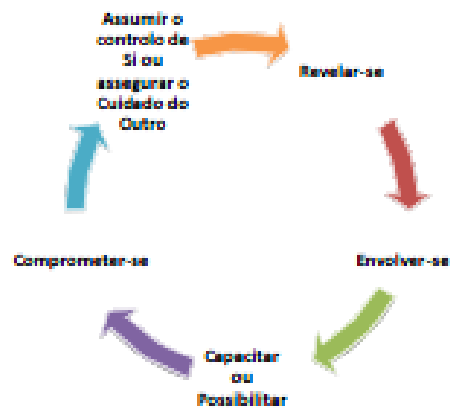
Pretende-se a identificação precoce das mesmas, no SU, através da avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMDPI) e promoção de intervenções de enfermagem personalizadas realizadas em parceria com o idoso e cuidador familiar (CF).<sup>9,10</sup>

### Objetivo:

Capacitar a Pessoa Idosa e o CF para a prevenção de UP durante um episódio de internamento no SU tendo a Parceria como intervenção de Enfermagem.

### Metodologia:

Estudo de caso em contexto de SU, tendo em conta as 5 fases do modelo de Parceria – Revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir ou assegurar o cuidado da pessoa idosa e do CFS. Para colheita de dados foi utilizada: observação e entrevista, para AMDPI e às escalas: MMSE, MNA, Barthel e Braden.



### Resultados:

Em parceria com a pessoa idosa e CF foi realizada a AMDPI. Identificaram-se como principais problemas: a confusão, risco de desnutrição e o alto risco de UP.

Construiu-se uma ação comum negociada, baseada na confiança, que permitiu estabelecer compromissos com o idoso e CF personalizando as intervenções que se salienta: permitida a presença do CF nos horários de refeições; orientação no tempo e espaço; manutenção de ambiente seguro; explicado ao idoso e CF fatores de risco e sinais de alerta da UP; negociados os posicionamentos; incentivada a mobilização no leito e o levantar; oferecido urinol e colocado colchão anti escaras. O idoso manteve-se orientado, com alimentação adequada e com a pele íntegra. O CF mostrou-se mais confiante para cuidar do seu familiar após a alta.



### Conclusão:

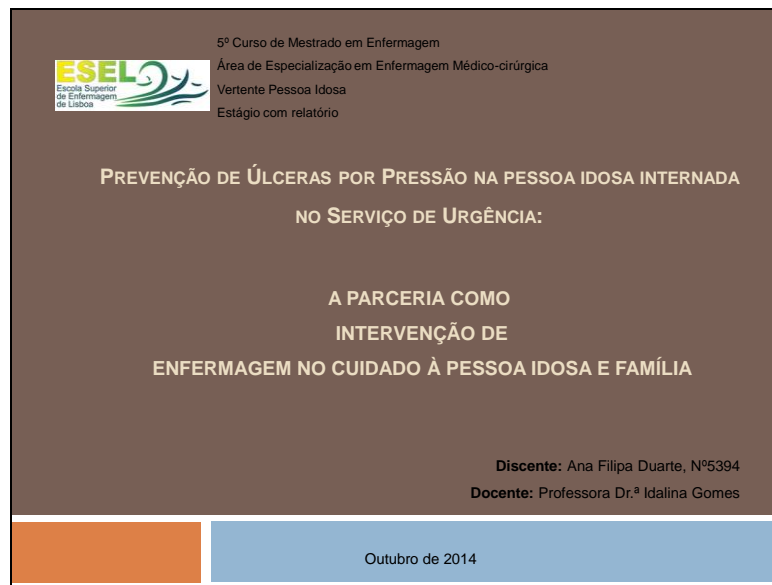
A intervenção de enfermagem em parceria facilita a AMDPI, revelando-se fundamental para a capacitação do idoso e CF para o cuidado de Si, estabelecendo compromissos e intervenções que visem a prevenção de UP, assegurando ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Recomenda-se a implementação de protocolos de intervenção de enfermagem em parceria como forma de diminuir a incidência de UP no SU e a realização de estudos de investigação para avaliação destes ganhos.

### Bibliografia:

1. Sato, F., Matsuda, Y., Nishi, A., Soga, H., Shimizu, K., & Imai-Yoshida, Y. (2013). The effects of emergency department interventions on patients with delirium. *Journal of Emergency Medicine*, 4, 103-109.
2. Wong, J. & Bennett, K. (2007). Healthcare Support System. The internet database. <http://www.ics.com>
3. Ellis, M., Marshall, J., & Brown, J. (2010). Long-term geriatric assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 40, 100-105.
4. Almeida-Gomes, I., Paulo, M., Duarte, A., & Gomes, I. (2014). The Geriatric Program in Emergency Department: How to build and how to improve? *Journal of Emergency Medicine*, 38(2), 153-159.
5. Gomes, I. (2011). *How to build a Geriatric Program in Emergency Department*. <http://www.ics.com>
6. Paulo, M. & Almeida-Gomes, I. (2011). *Building a Geriatric Program in Emergency Department with Hospitalized Older Adults: The Geriatric Support in Emergency Department*. <http://www.ics.com>
7. Gomes, I., Marques, L., Almeida, A., & Ferrás, S. (2011). *Revisão de literatura sobre a avaliação geriátrica: implementação e avaliação de um protocolo de avaliação geriátrica*. <http://www.ics.com>
8. Marques, L. M., Almeida, A., Ferrás, S. (2011). *Revisão de literatura sobre a avaliação geriátrica: implementação e avaliação de um protocolo de avaliação geriátrica*. <http://www.ics.com>
9. Almeida-Gomes, I., Paulo, M., Duarte, A., & Gomes, I. (2014). *The Geriatric Program in Emergency Department: How to build and how to improve?* *Journal of Emergency Medicine*, 38(2), 153-159.
10. Gomes, I. (2011). *How to build a Geriatric Program in Emergency Department*. <http://www.ics.com>

**APÊNDICE VIII** – Divulgação do Projeto à equipa de Enfermagem –  
Apresentação em *Power Point*



## ÍNDICE

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA
  - 1.1. Problemas da Hospitalização no idoso
  - 1.2. Revisão da Literatura
  - 1.3. Pertinência do tema
2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS
  - 2.1. Diagnóstico da situação no SUG
  - 2.2. Finalidade do projeto / conceção da prática de cuidados
  - 2.3. Definição de Objetivos
  - 2.4. Atividades a desenvolver
  - 2.5. Análise SWOT

## IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

### Título:

**Prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência: A parceria como intervenção de Enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família**

### Palavras-chave:

- Idoso; Úlceras de Pressão; Prevenção; Intervenções de Enfermagem;
- *Elderley; Pressure Ulcers; Prevention; Nursing care*

### Instituições envolvidas:

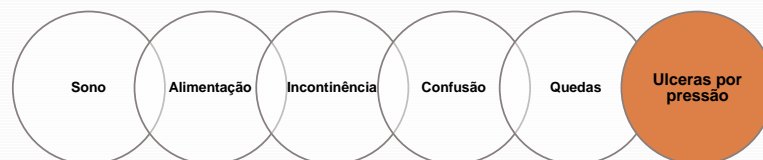
- Serviço de Urgência Geral: Hospital de São Bernardo (CHS-EPE)
- Unidade de Cuidados Continuados: Praça da República (CS. Setúbal – Bonfim)

**Duração:** 6 meses

**Data de início:** Setembro 2014

## 1. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

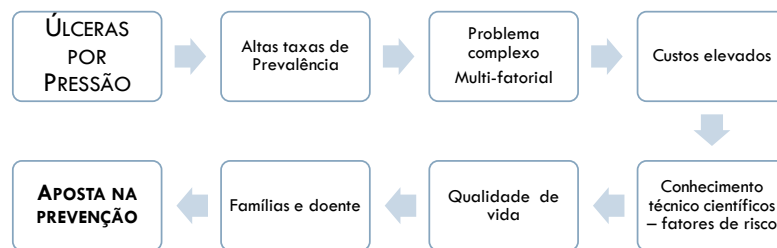
### 1.1. Problemas da Hospitalização no idoso



Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48.

## 1. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

### 1.2. Revisão da Literatura



Jones, D. (2013). Pressure ulcer prevention in the community setting. *RCN publishing*, 28(3), 47-55.  
 Stotts, N. & Gunningberg, L. (2007). Predicting Pressure Ulcer Risk: Using the braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it. *American Journal of Nursing*, 107, (11) 40-48  
 Costa, B. (2013). Pressure Ulcers: assessment and prevention in the early stages. *Nursing residential care*, 15(5), 258-262.  
 Salóme, G.M. (2010). Ocorrência de úlcera de pressão por pressão em indivíduos internados em uma unidade de terapia intensiva. *Saúde coletiva*, 7(42), 183-188

## 1. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

### 1.2. Revisão da Literatura – (fatores de risco)

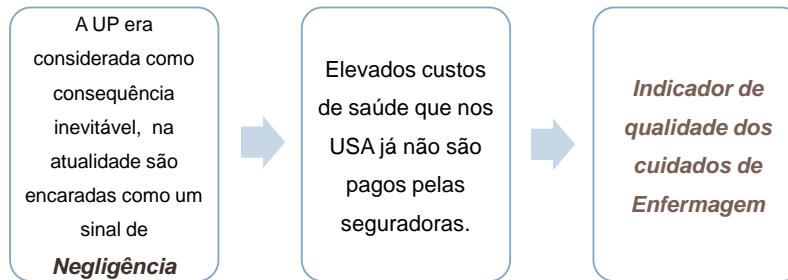
- **Tolerância tecidual**
- **Doenças neurológicas** (levando a uma dificuldade na identificação de dor)
- **Imobilização** (A permanência na cama ou cadeira de rodas )
- **Fricção e forças de deslizamento**
- **O uso de dispositivos** (arrastadeiras, sondas, máscara de O2)
- **Incontinência** (uso de fralda)
- **Desnutrição /Desidratação**
- **Alterações cognitivas**
- **Idade**



Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48.  
 Stotts, N. & Gunningberg, L. (2007). Predicting Pressure Ulcer Risk: Using the braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it. *American Journal of Nursing*, 107, (11) 40-48

## 1. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

### 1.3. Pertinência do Tema



**ATITUDE PROACTIVA E PREVENTIVA NA ABORDAGEM À PESSOA EM RISCO:  
 PROMOVENDO UM AMBIENTE SEGURO E PREVENINDO COMPLICAÇÕES ...  
 MUDANÇA DE PARADIGMA....**

Tiaki, K. (2013). Pressure ulcers reflect quality of nursing care. CPD 4 Nurses. 19 (10) 20-24  
 Armour-Burton, T., Fields, W., Outlaw, L., & Deleon, E. (2013). The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. Critical Care Nurse 33(3). 32-39  
 OE (2007). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Acedido a 01-04-2014. Disponível em <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>

## 2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

### 2.1. Diagnóstico de situação - SUG

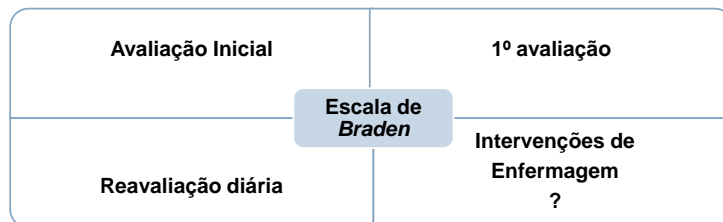
Reunião Enf. <sup>a</sup> chefe de serviço	Caraterísticas do serviço	Experiência e observação
<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador de Qualidade dos cuidados de enfermagem,</li> <li>Necessidade de avaliação de taxas de incidência e prevalência de UP,</li> <li>Motivar a equipa para a importância da temática e da avaliação do risco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobrelotação</li> <li>População idosa</li> <li>Duração média de internamento em SO é de 2 dias</li> <li>2009 verificou-se uma taxa média de ocupação de 282,2% o que corresponde a uma permanência média de 34 doentes/dia</li> <li>Ambiente estranho, ruído elevado,</li> <li>Restrição ao leito, presença de diversos dispositivos (monitorização e tratamento)</li> <li>Macas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Área de interesse pessoal – elemento de ligação do Serviço com o Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas do CHS</li> <li>Negligência da avaliação inicial</li> <li>Primeira avaliação da escala de Braden – já em internamento</li> <li>Avaliação do risco com pouca frequência</li> </ul>

## 2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

### 2.1. Diagnóstico de situação - SUG



**Assunto:** Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - *Escala de Risco de Braden* Nº: 35/DSQC/DSC DATA: 12/12/08



## 2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

### 2.1. Diagnóstico de situação - SUG

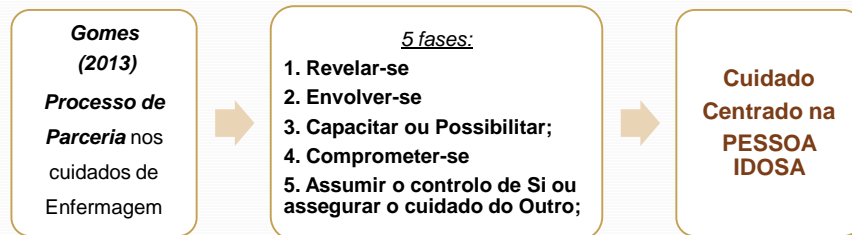
Ano 2014	Doentes com UPP	Doentes internados	Taxa de Prevalência (%)
Janeiro	7	36	19,44
Fevereiro	4	31	12,90
Março	3	23	13,04
<b>Média Total</b>	<b>4,66</b>	<b>30</b>	<b>15.12</b>

A taxa prevalência média de 2014 no SUG-SO 15.12

2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS  
2.2. Finalidade / Conceção da Prática de Cuidados

**METODOLOGIA DE PROJETO DE ESTÁGIO**

**FINALIDADE:** Desenvolver competências para uma prática especializada no domínio da Enfermagem médico-cirúrgica, em especial no cuidado à pessoa idosa e família.



Gomes, I. G. (2013). *Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio*. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;

2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS  
2.3. Definição de objetivos

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1. Desenvolver competências como enfermeira especialista na prevenção de UP na pessoa idosa promovendo o cuidado de si, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem	1.1. Adquirir conhecimentos na área da prevenção de UP na pessoa idosa; 1.2. Divulgar o Projeto no SUG de Setúbal (contextualizando a temática e a sua pertinência) 1.3. Implementar intervenções de enfermagem a nível de enfermeiro especialista, englobando o idoso e família como parceiros no cuidar, de acordo com os níveis de risco avaliados através da escala de <i>Braden</i> ; que promovam o cuidado de Si
2. Contribuir para o desenvolvimento de competências no seio da equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa em risco de desenvolvimento de UP	2.1. Contribuir para a melhoria das intervenções da equipa multidisciplinar de acordo com as necessidades do doente idoso em risco de desenvolver UP e sua família, tendo por base uma intervenção em parceria 2.2. Capacitar os enfermeiros para a utilização de um sistema de registo uniforme, consciencializando para a importância da avaliação inicial 2.3. Implementar de forma sistemática a avaliação de fatores de risco, através da escala de <i>Braden</i> ;
3. Fomentar na equipa multidisciplinar do SUG uma atitude preventiva no cuidado à pessoa idosa em risco de desenvolvimento de UP	3.1. Avaliar a taxa de prevalência e incidência de UP no Serviço de Urgência 3.2. Contribuir para a melhoria da resposta da equipa multidisciplinar aos problemas do idoso, em especial das UP, fomentando o cuidado em parceria com o utente e família 3.3. Desenvolver intervenções de enfermagem baseadas na melhor evidência tendo em conta os diferentes níveis de risco;

## 2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

### 2.4. Atividades a desenvolver

- Realização de estágio de 13 semanas no SUG; e estágio de 4 semanas na UCC;
- Prestar cuidados de enfermagem sob orientação de um enfermeiro especialista, observando boas práticas;
- Efetuar pesquisa bibliográfica;
- Formação em Serviço na área de projeto,
- Estudo do conceito de parceria nos cuidados de enfermagem;
- Realização de estudo de caso, avaliação multidimensional da pessoa idosa;
- Envolver o grupo de tratamento e prevenção de UP do Hospital no projeto (descrição do material disponível na farmácia do hospital);
- Elaboração de poster para alertar sobre a importância da avaliação inicial e relembrar a problemática;
- Realização de folhetos para realização de ensinamentos à família e ao utente;
- Colheita de informações do processo clínico de forma a obter dados estatísticos; - Taxa de Prevalência e Incidência;

## 2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

### 2.5. Análise SWOT

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	<b>FORÇAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio da Chefia e do Grupo de Prevenção e Tratamento de feridas do HSB;</li> <li>• Equipa de Enfermagem Jovem;</li> <li>• Recursos Disponíveis;</li> <li>• Melhoria dos cuidados de enfermagem</li> </ul>	<b>FRAQUEZAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevado número de profissionais no SUG;</li> <li>• Equipa de enfermagem grande dividida por 5 equipas com dinâmicas específicas de trabalho;</li> <li>• Elevado número de doentes internados em SO</li> <li>• Falhas no preenchimento da escala de <i>Braden</i>;</li> </ul>
Fatores Externos	<b>OPORTUNIDADES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador de Qualidade;</li> <li>• Envelhecimento da População;</li> <li>• Cuidadores familiares / informais ;</li> </ul>	<b>AMEAÇA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• População idosa com diversos fatores de risco, com morbilidades;</li> <li>• Pouca resposta dos cuidados de saúde primários;</li> <li>• Ausência de referência;</li> </ul>

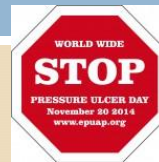


5º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica  
Vertente Pessoa Idosa  
Opção II – Projeto

**PREVENÇÃO DE ULCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA IDOSA  
INTERNADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: A parceria como  
intervenção de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família**

**Discente:** Ana Filipa Duarte, N°5394

**Docente:** Profª Dr.ª Idalina Gomes



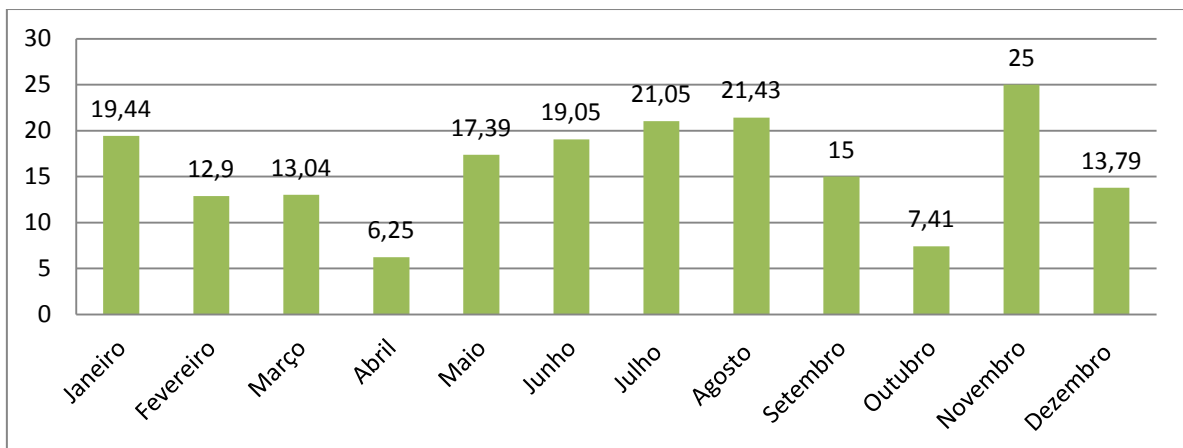
**MUITO OBRIGADO!**

Outubro de 2014

## **Apêndice IX – Taxa de Prevalência de UP em 2014 no SUG**

**TAXA DE PREVALÊNCIA NO ANO DE 2014 NO SUG**

<b>Mês</b>	<b>Taxa</b>
<b>Janeiro</b>	19,44
<b>Fevereiro</b>	12,9
<b>Março</b>	13,04
<b>Abril</b>	6,25
<b>Mai</b>	17,39
<b>Junho</b>	19,05
<b>Julho</b>	21,05
<b>Agosto</b>	21,43
<b>Setembro</b>	15
<b>Outubro</b>	7,41
<b>Novembro</b>	25
<b>Dezembro</b>	13,79
<b>Ano 2014</b>	<b>15,97917</b>



<b>Indicador UPP 2014 - Taxa de Prevalência UPP adquiridas no SUG</b>					
	<b>DOENTES EM SO</b>	<b>UPP</b>	<b>UPP NO</b>		
	<b>NO ÚLTIMO DIA</b>	<b>TOTAIS</b>	<b>SUG</b>		
	<b>ÚTIL DO MÊS</b>				
<b>Janeiro</b>	36	10	2	$2/36*100$	5,5
<b>Fevereiro</b>	31	6	2	$2/31*100$	6,4
<b>Março</b>	23	11	0	$0/23*100$	0
<b>Abril</b>	32	2	0	$0/32*100$	0
<b>Mai</b>	23	7	1	$1/23*100$	4,3
<b>Junho</b>	21	6	0	$0/21*100$	0
<b>Julho</b>	19	7	0	$0/19*100$	0
<b>Agosto</b>	14	6	3	$3/14*100$	21,4
<b>Setembro</b>	20	6	5	$5/20*100$	10
<b>Outubro</b>	27	6	0	$0/27*100$	0
<b>Novembro</b>	12	9	2	$2/12*100$	16,6
<b>Dezembro</b>	29	8	2	$2/29*100$	6,9
	<b>23,9</b>				<b>5,925</b>

**APÊNDICE X** – Nota de campo –  
“Estudo de caso no Serviço de Urgência - Como fazer?”

## NOTAS DE CAMPO – Estudo de caso no Serviço de Urgência

Descrição da situação de cuidados	Análise reflexiva
<p>Dando resposta a uma das atividades planeadas neste projeto de Estágio – a realização de um estudo de caso, com a respetiva avaliação multidimensional da pessoa idosa em contexto de urgência, vou para estágio com a intenção que seria naquele dia que o iniciava.</p> <p>A tarefa não foi assim ou linear, chegar, fazer e já está. Foi difícil e ainda não tinha pensado sobre isto antes de me propor a fazê-lo: Quando e como fazer um estudo de caso num Serviço de Urgência?</p> <p>Numa primeira abordagem tento falar com a pessoa idosa, foram muitas as tentativas...escolho inicialmente uma pessoa que estava na área de ambulatório, em vigilância na SA. Veio a verificar-se ser impossível a realização da colheita de dados, decidi que naquela altura não era tempo para questões, mas sim, para outros cuidados, nomeadamente de conforto e administração de terapêutica e mais exames.</p> <p>Mais tarde, noutro dia, ponderei falar primeiro com os familiares...aqui com mais pormenor sobre o porque da realização deste estudo de caso, no entanto a colheita de algumas informações é questionada, para que precisa de saber isso? O que interessa isso agora? Reparo que os familiares estão preocupados com o presente, que necessitam de informações sobre o estado atual da doença, e não de um conjunto de questões.</p>	<p>Após esta situação um pouco constrangedora para mim, importa refletir sobre a ação e mencionar como mudei a minha atitude desde aí na minha prática de cuidados.</p> <p>A pessoa idosa ainda é encarada pela sociedade como um individuo com capacidades físicas e intelectuais diminuídas, como fraco, com dores e “velho”. No entanto após a realização deste percurso académico, consolidei a certeza de que esta ideia é bastante errada e que deve ser desmistificada.</p> <p>A importância de um quadro conceptual teórico de referência para a prática de enfermagem, nunca me fez tanto sentido. Devemos ter conhecimentos técnico-científicos mas também saber como operacionalizar a relação de cuidados.</p> <p>Antes não reconhecia a pessoa idosa como um individuo com</p>

Mais tarde, na área de internamento, pensava eu, que após as primeiras tentativas seria mais fácil, tinha tempo para a colheita de dados, a pessoa idosa estava internada e portanto mais “disponível”. Início uma conversa com um simpático Sr.º de 81 anos de idade, antigo pescador, que estava em SO, por bradicardia, iatrogénica à toma de medicação. No dia anterior tinha sido admitido pela reanimação e já conhecia a história clínica e até a sua situação familiar. Vive sozinho com a esposa da mesma idade, estando os três filhos longe e com pouco contato com os pais. Após 10 minutos de conversa questiono a razão deste afastamento, e percebo os motivos e a mágoa que trás a esta família. O Sr.º é comunicativo e gosta de falar sobre estórias do seu passado, e naquela altura estava confiante e peço para fazer-lhe alguns “testes”. Preenche o *Mini-Mental* com alguma renitência. Apuro como é o seu dia-a-dia, o que consegue fazer em casa, perscrutando as atividades básicas e instrumentais de vida diárias. Tento saber o maior número de informações, sobre aquela pessoa, sua família e a sua situação de doença. Ausentou-me dando tempo para o Sr.º tomar o pequeno-almoço, pão com manteiga e café com leite, como sempre.

Passado algum tempo volto para junto do idoso em SO. Decorria uma manhã no serviço tal como tantas outras, SO lotado, com maca extra no SO, perfazendo um total de 6 utentes em observação numa sala. A azáfama e o reboiço das tarefas das assistentes operacionais, enfermeiros e médicos

características específicas e necessidades diferentes do individuo adulto, mas agora posso afirmar que é necessário um conhecimento mais abrangente da pessoa idosa para a elaboração de um plano de cuidados que incida sobre os reais problemas e antecipe complicações.

Por isso, foi necessário uma pesquisa sobre as diferentes dimensões a conhecer da pessoa idosa, e em especial em contexto de urgência. Com especial destaque para a avaliação funcional, cognitiva, física e nutricional. Não esquecendo os elevados riscos: nomeadamente de queda, úlceras por pressão e infeção. É importante uma avaliação multidimensional pois muitos problemas são atípicos e facilmente confundidos. A pessoa idosa recorre o SU por diversas razões, muitas complexas, mas que podem ter uma “solução” simples, no entanto é necessária uma avaliação e intervenção especializadas.

sentiam-se no ar. Ao lado, na cama 1, decorria uma avaliação médica. Do outro lado, na cama 3, a enfermeira e a assistente operacional realizavam higiene a outro utente. De novo volto a questionar sobre a sua doença, como costuma tomar a medicação, e quem o ajuda nesta tarefa. Refere que sozinho construiu uma grelha de medicação com os horários das tomas. Que não tinha ajuda de ninguém, mas que ia frequentemente ao médico de família, ao centro de saúde, perto de casa.

O diálogo começou a ser mais difícil, estaria a manifestar cansaço?

Assim, num momento de pausa, o Sr.<sup>o</sup> pergunta-me com ar indignado: Mas está de folga? Férias? E remata..."Olhe que ainda se zangam consigo!" afirma com a voz mais baixa...

A surpresa destas afirmações envergonharam-me...o que tinha corrido mal, para estas questões por parte do idoso? O que tinha faltado, o que aconteceu?

Nesta situação específica, apesar de reconhecer as capacidades da pessoa idosa, errei na relação. Na forma como precipitei as coisas. Não me apresentei, não expliquei o porque daquela colheita de dados, não estabeleci uma relação de Parceria.

O que podia ter mudado? Podia ter perguntado se era o momento ideal para realizar a colheita de dados, explicar para que servia, vendo aquela pessoa como "ser de projeto e de cuidados" e não apenas como alvo (Gomes, 2013, p.99).

Não consegui conhecer esta pessoa...privilegiei a minha "tarefa" de realizar um estudo de caso em vez de desenvolver uma relação de qualidade, baseada na confiança e na reciprocidade.

Não continuei, percebi que tinha errado, e que precisava de voltar atrás...através de uma nova abordagem que me

	<p>ajudasse a centrar o cuidado naquela pessoa idosa.</p> <p>Coloquei de parte os papéis, escalas e “testes” e respondi às perguntas do Sr.º.</p> <p>Olá....sou a Enfermeira Filipa!</p>
--	--

Gomes, I. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;

**APÊNDICE XI** – Resumo mínimo de dados: “Guião” de colheita de dados.

**RESUMO MÍNIMO DE DADOS****1. Identificação**

Nome	
Como gosta de ser chamado	
Idade	
Profissão	
Proveniência	
Cuidador Familiar	

**2. Antecedentes Pessoais**


---



---



---

**3. Medicação habitual**


---



---



---

**4. Avaliação do estado de Consciência**

Escala de Glasgow:

<b>Abertura Ocular</b>	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
<b>Resposta Motora</b>	Nenhuma	1
	Obedece comandos	6
	Localização dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
<b>Resposta Verbal</b>	Nenhuma	1
	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1

**5. Avaliação cognitiva se score de glasgow  $\geq 13$** 

MiniMental State:

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_ Em que país estamos? \_\_\_\_\_

Em que mês estamos? \_\_\_\_\_ Em que distrito vive? \_\_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_ Em que terra vive? \_\_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_ Em que casa estamos? \_\_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_ Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correcta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correcta)

a. “Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” \_\_\_\_\_

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. \_\_\_\_\_

**6. Capacidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. \_\_\_\_\_



**TOTAL**(Máximo 30 pontos):\_\_\_\_\_

## 6. Avaliação funcional

### Índice de Bartlhel:

ITENS	ABVD	Cotação
Alimentação	<u>Independente</u> (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda para cortar, levar a boca etc.)	5
	<u>Dependente</u>	0
Vestir	<u>Independente</u> (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	<u>Dependente</u>	0
Banho	<u>Independente</u> (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	<u>Dependente</u>	0
Higiene Pessoal	<u>Independente</u> (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	<u>Dependente</u>	0
Uso da casa de banho	<u>Independente</u> (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	<u>Dependente</u>	0
Controlo intestinal	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5

	<u>Incontinência fecal</u>	0
Controlo vesical	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
	<u>Incontinente ou algaliado</u>	0
Subir escadas	<u>Independente</u> (Sobe e desce as escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	<u>Dependente</u>	0
Transferência cadeira-cama	<u>Independente</u> (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	<u>Necessita de ajuda mínima</u> (Ajuda mínima e supervisão)	10
	<u>Necessita de grande ajuda</u> (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	<u>Dependente</u>	0
Deambulação	<u>Independente</u> (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
	<u>Necessita de ajuda</u> (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	<u>Independente com cadeira de rodas</u> (anda pelo menos 50 metros)	5
	<u>Dependente</u>	0

## 7. Exame físico: dentição, audição e visão

Pele e Mucosas	
Dentição (uso de prótese)	
Acuidade auditiva (uso de prótese)	
Acuidade visual (uso de óculos)	
Sinais Vitais	
-Tensão Arterial	
-Frequência Cardíaca	
- Temperatura	
- Glicémia capilar (se aplicável)	
Dor (Escala da dor)	
Altura (se possível)	
Peso (se possível)	
<p>IMC (se pertinente) = <math>\frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}</math></p> <p>&lt;16 – Magreza grave  16 a &lt; 17 – Magreza moderada  17 a &lt; 18,5 – Magreza leve  18,5 a &lt;25 – Saudável  25 a &lt; 30 – Sobrepeso  30 a &lt;35 – Obesidade Grau I  35 a &lt;40 – Obesidade Grau II (severa)  ≥ 40 – Obesidade Grau III (mórbida)</p>	

**8. Risco de Queda: Escala de Morse (preencher em alert):**

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> <sup>13</sup>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
<b>1. History of falling</b>	<b>1. Histórico de quedas</b>	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	25
<b>2. Secondary diagnosis</b>	<b>2. Diagnóstico Secundário</b>	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	15
<b>3. Ambulatory aid</b>	<b>3. Auxílio na deambulação</b>	
<i>None/Bed read/Nurse assist</i>	Nenhum/Açamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
<i>Crutches/Cane/Walker</i>	Muletas/Bengala/Andador	15
<i>Furniture</i>	Mobiliário/Parede	30
<b>4. Intravenous Therapy/Heparin lock</b>	<b>4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado</b>	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	20
<b>5. Gait</b>	<b>5. Marcha</b>	
<i>Normal/Bed rest/Wheelchair</i>	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
<i>Weak</i>	Fraca	10
<i>Impaired</i>	Comprometida/Cambaleante	20
<b>6. Mental status</b>	<b>6. Estado Mental</b>	
<i>Oriented to own ability</i>	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
<i>Overestimates/forgets limitations</i>	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

**TOTAL SCORE: \_\_\_\_\_****Resultado:**

0-24 – Baixo Risco

25-44 – Médio Risco

≥45 - Alto Risco

**9. Risco de UPP****Escala de Braden (preencher em alert):**

<p><b>Percepção sensorial</b></p> <p>Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p><b>1. 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.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto 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.</p>	<p><b>3. 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.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>				
<p><b>Humidade</b></p> <p>Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>				
<p><b>Actividade</b></p> <p>Nível de actividade física</p>	<p><b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. 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.</p>	<p><b>3. 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.</p>	<p><b>4. 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.</p>				
<p><b>Mobilidade</b></p> <p>Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>				
<p><b>Nutrição</b></p> <p>Alimentação habitual</p>	<p><b>1. 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). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. 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.</p>	<p><b>3. 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.</p>	<p><b>4. 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.</p>				
<p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>1. 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.</p>	<p><b>2. 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.</p>	<p><b>3. 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 correcta posição na cama ou cadeira.</p>					
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>	<b>Pontuação total</b>							

**10. Necessidade de apoio social/domiciliário**

---

---

---

## **APÊNDICE XII – Estudo de Caso no SUG**



5º Curso De Mestrado Em Enfermagem  
Área De Especialização Em Enfermagem Médico-cirúrgica Vertente Pessoa Idosa  
Estágio com Relatório

## ESTUDO DE CASO

---

# A PESSOA COM DEMÊNCIA POR DOENÇA DE ALZHEIMER ADMITIDA NA SALA DE REANIMAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Discente: Ana Filipa Alves Duarte nº 5394

Professora: Idalina Gomes

Enfermeiro Orientador: João valente

Novembro de 2014

**ÍNDICE**

	Página
<b>INTRODUÇÃO</b>	3
<b>A. ESTUDO DO CASO</b>	4
1. Conhecer a Pessoa Idosa	5
1.1. Contexto de vida da pessoa idosa (contexto de Inter-relação social)	5
1.2. Acontecimento de Doença	5
1.3. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	7
1.4. Problemas identificados na pessoa idosa	13
2. Envolver-se: Avaliação familiar	15
3. Capacitar ou Possibilitar: Identificação de necessidades	17
4. Plano de cuidados	18
5. Avaliação e discussão de resultados	23
6. Conclusão / Reflexão	25
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	26
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I - Guião de colheita de dados do Sr.º B.	

## INTRODUÇÃO

O atendimento da pessoa idosa no serviço de urgência (SU) pode revelar-se complexo, demorado e passível de cuidados específicos. Esta população apresenta situações de vulnerabilidade e fragilidade que podem levar ao aumento dos episódios emergentes com conseqüente aumento das taxas de internamento hospitalar (Dawood, Dobson, & Banerjee 2011; Ellis, Marshal, & Ritchie 2014).

É importante reconhecer os principais problemas de saúde da pessoa idosa, através da avaliação multidimensional, de forma a potenciar qualidades, e minimizar problemas. Para Botelho (2000) a avaliação funcional multidimensional dos idosos deverá focar três aspetos: **identificação de problemas**; **intervenção**, com recomendações de acordo com os problemas detetados; **acompanhamento**, com a monitorização e o incentivo de aderência às intervenções propostas.

Assim, a avaliação global ou multidimensional da pessoa idosa pretende identificar quais as dimensões da funcionalidade que demonstram mais dependência e quais as necessidades de ajuda para satisfação das suas necessidades humanas básicas. Esta avaliação deve ser realizada o mais precocemente possível possibilitando a prescrição de intervenções adequadas às necessidades reais, tornando-se assim imprescindível a utilização de instrumentos de medida para a realização de um diagnóstico rigoroso (Sequeira, 2010).

Este estudo de caso revela a avaliação multidimensional da pessoa idosa em contexto de urgência, inserido no âmbito do estágio e do desenvolvimento do projeto: “Prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência: A parceria como intervenção de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família para a promoção do cuidado de Si”.

É característica do SU o atendimento direcionado ao diagnóstico e tratamento da situação aguda, no entanto este tornar-se ineficiente em situações de grande complexidade, como na pessoa idosa, em que ocorrem alterações a nível físico, cognitivo e social (Salvi et, 2007), é por isso, necessário estabelecer uma relação de parceria, de forma a conhecer a pessoa idosa, promover autonomia, reconhecer potencialidades e fraquezas para um cuidado centrado na pessoa, reconhecendo-a como “um ser de projecto e de cuidado” (Gomes, 2009, p.153).

## **A. ESTUDO DO CASO**

Esta situação específica de cuidados ocorreu no mês de Outubro durante o estágio em contexto hospitalar no SU com a finalidade de aquisição de competências para um cuidado especializado no domínio da Enfermagem médico-cirúrgica, em especial no cuidado à pessoa idosa e família. Deu-se início na sala de emergência com uma pessoa idosa com demência por doença de Alzheimer onde foi necessário incluir o familiar no plano de cuidados desde a admissão, ainda em contexto de reanimação, devido ao défice cognitivo do cliente e à dificuldade de colheita de dados pela equipa multidisciplinar. Para otimização do plano de cuidados e das intervenções da equipa foi necessária a presença do familiar na sala de reanimação, o que tornou possível uma colheita de dados mais completa tendo acesso a diferentes dados. Este estudo de caso foi realizado ao longo de dois dias de internamento em Serviço de Observação (SO).

A colheita de dados foi realizada através da observação direta e através de informações fornecidas pelo cuidador e pessoa idosa, tendo fomentado a minha intervenção nas cinco fases do Processo de Parceria e seus indicadores: 1ª Fase revelar-se; 2ª fase envolver-se; 3ª fase capacitar / possibilitar; 4ª comprometer-se e por último a 5ª fase assumir o controlo de si ou assegurar o cuidado do outro (Gomes, 2013).

Alguns dos instrumentos de recolha de dados estão inseridos no programa *Alert*, utilizado no serviço, no entanto foi necessário recorrer a outros de modo a completar este estudo de caso, em apêndice I, pode ser consultado o guião de colheita de dados.

---

## **1ª Fase do Processo de Parceria – Revelar-se**

Esta primeira fase do processo de Parceria “carateriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados” (Gomes, 2009, p.99).

Ocorre um esforço por parte do enfermeiro para conhecer a identidade da pessoa idosa, quais os seus valores, cultura e contexto de Inter-relação social. Qual o significado do presente acontecimento de doença, mobilizando para isso, competências de comunicação, afetividade, respeito, simpatia, disponibilidade e escuta ativa (Gomes, 2009).

---

### **1. Conhecer a Pessoa Idosa**

O Sr.º B. de 81 anos de idade deu entrada no SUG trazido do domicílio pela VMER após contato com o 112 pela esposa por referir falta de ar.

Professor reformado de educação física, casado com a Sr.ª A, natural de S.

#### **1.1. Contexto de vida da pessoa idosa (contexto de Inter-relação social)**

Residia num bairro nobre da cidade em casa própria no rés-do-chão de um prédio rústico de 4 andares sem elevador, com boas condições de habitabilidade. Morava com a esposa, no entanto existia apoio e forte relação familiar com o filho da Sr.ª A de anterior casamento, que deu indicação à mãe para ligar 112 de imediato. A Sr.ª A era doméstica, e neste momento era a cuidadora única e principal do Sr.º B.

A esposa do Sr.º B tem menos 10 anos que o marido, estando casados há 20 anos, desta relação não surgiram filhos, não tendo o Sr.º B. descendentes diretos, no entanto segundo informação da esposa sempre considerou o enteado como filho.

Permanecem grande parte dos dias em casa, saindo a Sr.ª A para realizar compras para casa no mínimo tempo possível.

#### **1.2. Acontecimento de Doença**

- **História da doença**

O Sr.º B. apresentava como antecedentes pessoais relevantes o diagnóstico de doença de Alzheimer desde há 3 anos, no entanto a família decidiu que o Sr.º

não teria conhecimento do diagnóstico. Sem história de dislipidemia ou Hipertensão arterial (HTA) que seriam importantes fatores de risco para o motivo de vinda ao SUG.

Como intercorrência da doença de Alzheimer a esposa referiu que desde Julho deste ano tem ocorrido agravamento dos sintomas. Descrevia períodos de heteroagressividade para com ela e aumento progressivo da dependência nas atividades de vida diárias nomeadamente na higiene, tornando-se cada vez mais difícil esta tarefa. Alternava períodos de apatia e recusa alimentar. A esposa cuida da gestão do seu plano terapêutico.

Como terapêutica habitual cumpria a seguinte medicação no domicílio:

- Galantamina 16 mg
- Quetiapina 100 mg 1/2 cp ao deitar
- Lorenin 2.5 mg 1 cp ao deitar
- Alprazolam 0.5 mg 1/2 cp ao almoço + 1 cp ao jantar
- Bunil 25 mg 1/2 cp ao jantar

- **História da doença atual**

O motivo de acompanhamento da VMER desde o domicílio até ao SUG foi sensação de dispneia de instalação súbita, caracterizada por cansaço fácil, incapacidade de articular frases completas, sudorese profusa, com aumento dos valores tensionais, taquicardia e febre.

Segundo a familiar apresentava desde há três dias tosse com expectoração, febre e anorexia. Motivo pelo qual terá recorrido ao médico de família estando medicado desde aí com antibioterapia com Levofloxacina 1xdia por Infecção respiratória.

No momento da admissão encontrava-se polipneico em repouso com saturações periféricas na ordem dos 80% em ar ambiente, hipertenso e taquicárdico. Foram verificados os seguintes sinais vitais:

- TA: 180/89mmHg;
- P. 160b/min;
- SpO2 80%
- Temperatura: 37,5°.

- Glicémia capilar: 125mg/dl

Como terapêutica de urgência foi administrada a seguinte medicação: 200mg de hidrocortisona; 2f de furosemida; 125mg+125mg de Metilprednisolona, 2+2cc de dinitratos, 1f de Morfina SC, 2cc de Mofina endovenosa, 1g de Paracetamol e amiodorona em perfusão em seringa infusura a 6cc/h. Foi colocado oxigênio por máscara a 40%, no entanto mantinha polipneia marcada com necessidade de ventilação não invasiva com BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure): IPAP 14; EPAP 6; FR18.

Após estabilização hemodinâmica em sala de reanimação ficou internado em serviço de observação com diagnóstico de Edema Agudo Pulmonar e infecção respiratória durante dois dias.

Durante o internamento em SO, realizou exames complementares de diagnóstico, permaneceu em SO1 (quarto de homens) com soroterapia em curso e oxigênio a 40% por máscara. No primeiro dia manteve a necessidade de ventilação não-invasiva só suspendendo na manhã do 2º dia. Apresentou períodos de confusão mental com desorientação espaço temporal, confusão noturna, dormindo por curtos períodos. Foram verificadas diversas tentativas de levantar, bem como de retirada da máscara tanto de oxigênio como do BIPAP, pelo que foi necessário recorrer à contenção física e química para cumprimento terapêutico. A cabeceira da cama manteve-se preferencialmente elevada pois mantinha cansaço fácil a pequenos esforço. Urinava espontaneamente na fralda era difícil o uso e manipulação do urinol.

No segundo dia de internamento mantinha perfusão de soroterapia e máscara de O2 a 40%, já sem episódios de febre, com melhoria analítica. Ao fim da tarde do segundo dia de internamento em SO foi transferido para o Serviço de Medicina.

### **1.3. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa**

Tendo em conta as informações obtidas, e de forma a completá-las objetivamente, importou a realização de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, em especial a dimensão cognitiva, funcional e física através da aplicação de diversos instrumentos de avaliação multidimensionais que identificam necessidades e problemas passíveis de intervenção de enfermagem.

- **Avaliação cognitiva e emocional**

O Sr.<sup>o</sup> B. no momento de admissão estava desorientado no tempo e espaço, no entanto orientado na pessoa, reconhecendo a sua esposa. Apresentava períodos de confusão, estando pouco colaborante nos cuidados. A escala de eleição do SUG para avaliação do estado de consciência era a escala de coma de Glasgow, no entanto não é o instrumento ideal para avaliação de pessoas idosas com demência. Na escala de Glasgow obteve um score de 13 (4+5+4), tendo abertura de olhos espontânea, no entanto não cumpriu ordens, localizou a dor, e apresentava resposta verbal confusa.

Para otimização terapêutica, nomeadamente cumprimento de Ventilação Não Invasiva com BIPAP, foi necessário recorrer a sedação e contenção física, pelo que no momento inicial de internamento na urgência não foi possível aplicar o instrumento MMSE.

Esta escala é uma das mais utilizadas para avaliação cognitiva, constituindo um instrumento de referência a pessoas idosas com demência. Examina a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Sequeira, 2010).

No dia seguinte de internamento, já em SO, foi possível a aplicação do MMSE tendo-se verificado um score de 17/30. No Sr.<sup>o</sup> B. verificou-se maior dificuldade nas áreas de orientação, atenção e cálculo, evocação e capacidade construtiva bidimensional.

Para caracterizar o grau de demência da pessoa idosa em estudo foi aplicado o instrumento *Clinical dementia rating* (CDR) que avalia seis categorias: memória, orientação, juízo e resolução de problemas, atividades sociais, domésticas, recreativas e cuidados pessoais (Levy, 2001; Sequeira, 2010).

O quadro seguinte esquematiza o resultado desta escala, que indicou quatro itens pontuados com (2) inclusive a memória, uma categoria primária, que revelou um grau de demência moderada (Sequeira, 2010).

	0	0.5	1	2	3
MEMÓRIA					
ORIENTAÇÃO					
JUÍZO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS					
ATIVIDADES SOCIAIS					
ATIVIDADE DOMÉSTICA E RECREATIVA					
CUIDADO PESSOAL					

De forma a avaliar a componente emocional do Sr.<sup>o</sup> B. e a despistar sintomas de depressão, tendo em conta os períodos de apatia alternados com heteroagressividade, teria sido importante a aplicação de uma escala de avaliação da depressão. Em diversas situações, as manifestações depressivas são frequentes na pessoa idosa, verificando-se que a depressão está associada à demência dificultando o diagnóstico de ambas (Sequeira, 2010).

A Escala Cornell para a Depressão na Demência foi desenvolvida para avaliar sinais e sintomas de depressão em indivíduos com demência. É constituída por 19 itens que caracterizam sinais de depressão através de entrevista e com o preenchimento pelo entrevistador, tendo em conta estas características seria a escala ideal para aplicar neste caso, no entanto não foi possível a sua aplicação em tempo útil.

- **Observação física e Avaliação da dor**

O Sr.<sup>o</sup> B. apresentava bom estado geral, cabelo cuidado branco e ralo, pele ligeiramente pálida, a sua idade real estava de acordo com a idade cronológica. Denunciando a sua estrutura física de 1.75 metros que sempre fora um homem dedicado ao desporto, no entanto estava significativamente mais magro. No momento da admissão encontrava-se com pele fria e suada, no entanto corado mas ligeiramente desidratado com prega cutânea. Apresentava pupilas isocóricas e normoreativas, com acuidade visual mantida, apresentando acuidade auditiva com défice ligeira não compensada. Quando questionado não refere dor. Fazia o uso de prótese dentária parcial a nível superior e inferior.

- **Avaliação do Risco de desenvolvimento de Úlceras por pressão – Escala de Braden**

A úlcera por pressão (UP) é uma das principais complicações na pessoa idosa hospitalizada, revelando-se um grave problema de saúde, com grande impacto social, económico e físico. Com o avanço da idade, as características da pele modificam-se, tornando-se mais fina e menos vascularizada, assim como, a permanência na cama ou cadeira de rodas, o uso de dispositivos (arrastadeiras, sondas, máscara de oxigénio) ou a incontinência, são fatores agressores que a fragilizam ainda mais, elevando o risco de desenvolver lesões cutâneas (Cabete, 2005). Para Fulmer (2007) os principais fatores de risco são a idade, a imobilização, doenças neurológicas (levando a uma dificuldade na identificação de dor), nutrição, alterações cognitivas, forças de fricção e incontinência.

No momento da admissão em SO foi realizada uma avaliação global da pele do cliente, não se verificando lesões na pele ou alterações da coloração nas prominências ósseas. Foi aplicada a escala de avaliação de risco do desenvolvimento de UP – escala de Braden que avalia 6 subescalas que definem o risco (Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado, 2007).

Apesar de não existir lesões cutâneas o risco era elevado no Sr.<sup>o</sup> B. pois reúne diversos fatores intrínsecos e extrínsecos que podem contribuir para o seu desenvolvimento.

No segundo dia de internamento procedeu-se a uma nova avaliação da pele e proeminências ósseas no turno da manhã especialmente durante os cuidados de higiene, que se realizaram no leito. Devido ao posicionamento preferencial com a cabeceira elevada e em decúbito dorsal, o Sr.<sup>o</sup> B. apresentava a região do sacro com eritema branqueável. Este é o primeiro sinal de alerta sendo urgente a instituição de medidas preventivas e avaliação da pele de forma mais rigorosa.

O quadro abaixo descreve a avaliação da escala de braden e os fatores de risco /determinantes presentes no Sr.<sup>o</sup> B.

SUBESCALAS		DETERMINANTES / FATORES DE RISCO
PERCEÇÃO SENSORIAL	3. Ligeiramente limitada:	Demência -Pode não conseguir exprimir o desconforto.
EXPOSIÇÃO À HUMIDADE	2. Pele muito húmida:	Presença de Fralda, Sudorese por Febre
ATIVIDADE	1. Acamado:	Limitação ao leito
MOBILIDADE	2. Muito limitada:	Imobilidade
NUTRIÇÃO	2. Provavelmente inadequada:	Emagrecimento / recusa alimentar
FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO	2. Problema potencial:	Cabeceira elevada
<b>Score 12: Alto risco de desenvolvimento de UPP</b>		

Tendo em conta o emagrecimento referido pela cuidadora nos últimos meses e alguma dificuldade em alimentar-se durante o internamento em serviço de observação, bem como a avaliação da escala de *Braden* como “provavelmente inadequada” na subescala da Nutrição, importa avaliar o estado nutricional.

- **Avaliação do Estado Nutricional**

Foi aplicada a escala de Avaliação nutricional (MNA). Verificou-se um IMC de 21.2 e um score no *Mini Nutricional Assessment* MNA (GERMI, 2012) de 17/30 que revelou estar sob risco de desnutrição. Durante todas as refeições no internamento houve necessidade de preparar os alimentos de forma a retirar espinhas e cortar a carne, no entanto deu-se primazia a sopas passadas com carne de forma a facilitar a deglutição pois não tinha a prótese dentária.

- **Avaliação das atividades básicas de vida diária**

A avaliação das atividades básicas de vida diárias (ABVD) pode ser efetuada através de dois instrumentos: o Índice de *Barthel* e o Índice de Katz. Neste caso foi utilizado o índice de *Barthel* visto ser o utilizado no Serviço de Urgência, descartando o índice de Katz pois é o que mais se adequa a pessoas idosas institucionalizadas (Sequeira, 2010). Foram realizadas duas avaliações distintas, registando o que se verificava antes do internamento em SO, tendo em conta a colheita de dados junto da cuidadora e a avaliação em SO, durante o internamento.

## 1. Barthel (antes do internamento em SO)

### **Barthel**

Higiene pessoal: Necessitava de ajuda com o cuidado pessoal.

Evacuar: Contínente.

Urinar: Acidente ocasional (máximo uma vez em 24 horas).

Ir à casa de banho: Independente.

Alimentar-se: Independente (a comida era providenciada).

Deslocações: Pequena ajuda (verbal ou física).

Mobilidade: Independente (alguns têm ajuda de uma bengala).

Vestir-se: Dependente.

Escadas: Precisava de ajuda (verbal, física, ajuda carregando).

Tomar banho: Dependente.

**Score: 65 Ligeiramente dependente**

## 2. Barthel (no 2º dia de internamento em SO)

### **Barthel**

Higiene pessoal: Necessitava de ajuda com o cuidado pessoal.

Evacuar: Contínente.

Urinar: Incontínente ou cateterizado e incapacitado para o fazer.

Ir à casa de banho: Dependente.

Alimentar-se: Precisava de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..

Deslocações: Incapaz - não tinha equilíbrio ao sentar-se.

Mobilidade: Imobilizado.

Vestir-se: Dependente.

Escadas: Incapaz.

Tomar banho: Dependente.

**Score: 15 Totalmente dependente**

- **Avaliação das atividades instrumentais de vida diária**

De forma a avaliar o estado funcional das atividades instrumentais de vida diária foi aplicada a escala de Lawton e Brody que avalia o grau de independência da pessoa idosa em oito tarefas: utilização do telefone, fazer compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavar a roupa, utilização de meios de transportes, gestão da medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de um valor de acordo com a capacidade do sujeito realizar essas atividades (Sequeira, 2010; GERMI, 2012). Neste caso o Sr.º B. apresentava um índice igual a 26 pontos revelando-nos um nível de dependência severa ou que necessita de muita ajuda.

- **Risco de Quedas**

O risco de queda no serviço de urgência não é avaliado, no entanto é possível fazer esta avaliação através da aplicação *Alert*, pois inclui a escala de Morse. Os fatores determinantes para o risco de queda na pessoa idosa, podem estar relacionados com a sua situação clínica e física, ou ainda, com o ambiente em que este se encontra (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Para Ourique (2011) e Lopes (2012) a implementação de uma política de prevenção da queda no idoso é imprescindível para uma intervenção eficaz, avaliando e identificando a pessoa em risco de cair, implementando medidas individuais preventivas adequadas. O Sr.º B. não tem história de quedas recentes, pelo contrário, sempre foi ativo e praticante de desporto o que minimiza o risco, no entanto e devido à situação atual de fragilidade física e ao ambiente estranho em que se encontra inserido era importante uma avaliação. Assim foi aplicada a escala de Morse, que é transcrita abaixo.

**MORSE**

História de quedas: Não.  
Diagnóstico Secundário: Sim.  
Assistência no Ambulatório: Inexistente.  
Perfusão intravenosa: Sim.  
Marcha / Equilíbrio: Acamado.  
Estado mental: Calcula mal ou esquece limitações

**Score: 50 Alto risco**

**1.4. Problemas identificados na pessoa idosa**

Após a realização da avaliação multidimensional da pessoa idosa foi possível enumerar alguns problemas identificados durante o internamento do Sr.º B. no SU, corroborados através da utilização do acrónimo em inglês “SPICES” que identifica as seis principais condições que requerem intervenções de enfermagem decorrentes da institucionalização/hospitalização que são as seguintes: **problemas do sono (S), problemas com a alimentação (P), incontinência (I), confusão (C), evidência de quedas (E) e feridas (S)** (Fulmer, 2007).

Assim verificam-se os seguintes problemas no Sr.º B: **problemas do sono** com dificuldade em dormir no SO, pois não estava medicado com a sua terapêutica

habitual; **incontinência urinária** apesar de no domicílio não se verificar no internamento em SO, foi necessário numa primeira fase recorrer à algáliação e posteriormente ao absorvente por não conseguir utilizar o urinol; **confusão** com períodos de agitação e desorientação, tentativas de levantar da cama, com necessidade de recorrer a medidas de contenção físicas e farmacológicas, que consequentemente condicionavam o risco de **queda**; o **risco de desnutrição**, e o **risco de desenvolvimento de UP**. Apesar de não se verificarem feridas, era urgente implementar medidas preventivas pois este era um cliente com elevado risco de UP pela imobilidade no leito, presença de dispositivos médicos, forças de fricção, deslizamento e humidade pela presença de fralda.

## **2. Envolver-se: Avaliação familiar**

---

### **2ª Fase do Processo de Parceria – Envolver-se**

A segunda fase do processo de parceria caracteriza-se pelo estabelecimento de uma relação de qualidade baseada na confiança entre a pessoa idosa, sua família e o enfermeiro. É necessário mobilizar competências de comunicação, escuta ativa e partilha do profissional para o estabelecimento desta relação de reciprocidade. Só deste modo é possível para Gomes (2009, p.233) “obter conhecimentos sobre a capacidade do doente para desenvolver a sua autonomia”, “identificar a falta de conhecimentos” e identificar preocupações da família face à situação de doença do familiar.

---

Durante a estadia do Sr.<sup>o</sup> B. no internamento em SO, a esposa sempre foi uma pessoa presente e pronta a ajudar. Dado o nosso horário de visitas bastante reduzido, o tempo que permanecia com o marido era pouco, tinha uma relação excelente com a equipa de enfermagem e gostava de ajudar. Mostrava-se muito preocupada com a situação de doença do marido no momento e no futuro quando fosse para casa – o momento da Alta e como viria a cuidar dele em casa.

Esta situação tocou-se especialmente pois era notória a relação de grande amizade que tinha com o marido e como este ficava calmo na sua presença. Apesar destes horários rígidos no serviço de urgência foi permitida a sua entrada por curtos períodos ao longo do dia. Mostrou-se muito agradecida por ter acompanhado o seu marido desde o primeiro momento de entrada no SUG inclusive na sala de reanimação.

Falava baixo e com voz trémula, significativamente mais nova do que o seu marido, aparentava mais idade. De estatura magra e pequena, indiciava cansaço. Confidenciou-me estar fraca, ter também emagrecido, após o primeiro episódio de agressividade do marido: “É da doença, eu sei!...Mas já não é o mesmo”. Senti que necessitava de comunicar, falar, expressar o que sentia, e permiti isso, mostrei disponibilidade, consenti, deixei a conversa acontecer, ali, no SO junto á cama do marido. “Ele não sabe da doença...sinto medo por ele”... “é muita pressão, o meu pior medo é que ele fuja de casa...tenho sempre a chave comigo...e tranco a porta”... “sempre foi uma pessoa muito ativa, tinha muitos amigos, os miúdos da escola sempre lhe falavam quando o viam na rua”...”mas nunca teve filhos, e nós já

casamos tarde”...”agora passa a vida junto á televisão...gosta de ver o Big Brother”...”ri-se com aquilo”...”se ele for para um lar vou com ele!”.

Referi que este acontecimento de doença poderia não alterar o estado funcional do seu marido, mudar o que conseguia fazer sozinho ou o que já fazia com alguma ajuda, expliquei que pode ser necessário mobilizar outro tipo de ajudas técnicas e profissionais no domicílio, mas reforçando que tinha feito um bom trabalho até aqui. Tentei perscrutar se esta cuidadora tinha conhecimentos sobre as possíveis complicações e problemas decorrentes da doença de alzheimer, tais como o risco de queda, alterações do comportamento (confusão), imobilidade (úlceras por pressão) e dificuldade na alimentação.

Tentei incluí-la no cuidar do marido no serviço de urgência dando apoio quando possível na alimentação, nomeadamente na hora do lanche.

Com o Sr.º B. a relação estabelecida foi baseada em algumas estratégias de comunicação com a pessoa com demência. É necessário estabelecer uma relação de confiança, convidar a pessoa para a tarefa, falar devagar, usando frases simples, chamar pelo nome, utilizando linguagem verbal e não-verbal congruente, mantendo sempre o contato visual e explicar o que vai ser feito, de um modo calmo. (D’Hondt, Kaasalainen, Prentice & D. Martin, 2011; Gallagher & Butcher, 2014).

Apenas através de uma pequena conversa foi possível depreender que esta cuidadora estava cansada e talvez precisasse de ajuda. Teria sido enriquecedora uma entrevista cuidada e completa para aferir as suas dificuldades e preocupações no cuidado ao seu marido.

A doença de Alzheimer é uma doença incapacitante e com uma componente social importante pois não afeta somente a pessoa, como também o seu cuidador familiar, levando frequentemente à sua exaustão e à incapacidade de cumprir plenamente o seu papel de cuidados, pondo em causa o cumprimento do regime terapêutico (Sturdy, Heath, Ballart & Burns, 2012). Existem diversos instrumentos para avaliação da sobrecarga do cuidador familiar. Para Sequeira (2010, p. 127) “a percepção do cuidador é importante, porque nos permite identificar as áreas que são focos de preocupação ou sobrecargas”. No entanto não foi possível a realização desta entrevista formal ou da aplicação de alguma escala de sobrecarga do cuidador.

### **3. Capacitar ou Possibilitar: Identificação de necessidades**

---

#### **3º Fase: Capacitar ou possibilitar**

Nesta terceira fase do Processo de Parceria pretende-se o desenvolvimento de competências da pessoa idosa e cuidador para agir e intervir no processo de cuidados (Gomes, 2009; 2013). O enfermeiro capacita a pessoa idosa e seus familiares a partir da partilha de informações identificando e validando as necessidades e potencialidades da pessoa através de uma ação conjunta que procura habilitar a pessoa para assumir o controlo do cuidado de Si (Gomes, 2009).

Por outro lado, o enfermeiro assume a responsabilidade do cuidado com o outro quando este não consegue, tendo em conta o cuidado que o Outro teria consigo próprio.

---

Após conversa com a cuidadora familiar e com o Sr.º B. percebi que os principais problemas identificados pelos dois são a incapacidade de autocuidado (vestir e despir e banho) com aumento progressivo da dependência física, funcional e em última instância a possibilidade de ficar acamado e ter residir em lar. A institucionalização como último recurso era bem aceite pela esposa caso ela fosse viver com ele, mas referia que não era o melhor para o marido.

Por outro lado a cuidadora familiar identifica dois outros problemas principais que na sua perspetiva são os que poderão não depender do seu cuidado que são a confusão como sintoma comportamental da doença de alzheimer e o risco de queda devido á sua fragilidade neste momento e após a alta.

Assim, e esquematizando os principais problemas identificados do Sr.º B. durante este internamento em SO, foram definidos dois diagnósticos de enfermagem principais.

O meu cuidado a esta família foi pautado pelo diálogo, pelo incentivo, partilha de informações, promovendo a autonomia e o conforto a esta família. Promovi momentos de reflexão por parte da cuidadora tendo em conta a integração de novos conhecimentos, avaliando e ajudando a construir capacidades para cuidar do seu marido. Foi possível igualmente integrar o Sr.º B. no seu plano de cuidados, apesar das limitações cognitivas, na sequência do processo de demência, possibilitando o seu cuidado “segundo os princípios e valores da eficácia terapêutica e do

conhecimento (...) da identidade da pessoa” e do cuidado que teria consigo próprio. (Gomes, 2013, p. 103).

Com base nos principais problemas identificados em parceria com a família e com a pessoa idosa foi delineado um plano de cuidados individualizado e coerente com as necessidades e com os recursos do contexto assegurando a implementação de intervenções de enfermagem de acordo com o que conheço acerca do Sr.º B.

#### **4. Plano de cuidados**

---

##### **4ª Fase do Processo de Parceria – comprometer-se**

Durante a relação de cuidados com a pessoa idosa, é necessário o desenvolvimento de esforços mútuos para atingir os objetivos estabelecidos com vista à promoção da sua independência e do seu projeto de vida e saúde. O enfermeiro dá suporte ao doente no compromisso que este assumiu com base no que lhe faz sentido, ajudando-o na transição da sua capacidade potencial em capacidade real fazendo com que a pessoa idosa possa prosseguir com a sua trajetória de vida (Gomes, 2013).

---

Através de um processo contínuo de partilha de poder e de negociação com a família e com o Sr.º B., tendo em conta os seus objetivos, o seu projeto de vida e agindo sempre pelos pressupostos de eficácia terapêutica. Foi elaborado o seguinte plano de cuidados, que para uma melhor compreensão encontra-se sob a forma de tabela, onde enumero os problemas identificados, respetivos diagnóstico de enfermagem, as intervenções de enfermagem realizadas e os compromissos estabelecidos em parceria com a Sr.º B. e/ou o seu cuidador familiar.

---

**Problema 1: Risco de desenvolver UP****Foco:****Úlceras por pressão; Incontinência Urinária; Risco de desnutrição.****Diagnóstico de Enfermagem**

Risco de Integridade da pele prejudicada relacionado com emagrecimento, redução da mobilidade, presença de fralda, posicionamento em semi-fowler que favorece um padrão respiratório eficaz e redução da sensibilidade devido a demência e idade avançada.

**Intervenções de Enfermagem**

- Realizar ensino ao Sr.º B e esposa (familiar cuidador) sobre esta complicação de saúde
    - O que é;
    - Como se desenvolve;
    - Quais os fatores de risco;
    - Quais os sinais e sintomas;
  - Identificar o risco de desenvolvimento de UP;
  - Proceder a uma detalhada avaliação inicial da pele, do risco e avaliação nutricional;
  - Identificar os principais fatores de risco de modo a uma intervenção precoce;
  - Avaliar a pele em todos os turnos e sempre que se justifique; tendo especial atenção para a pele em redor dos dispositivos médicos; nomeadamente na face devido á máscara de *Bipap*;
  - Incentivar o Sr.º B. a mobilizar-se no leito;
  - Solicitar a participação do Sr.ª B. durante as transferências;
  - Realizar posicionamentos de acordo com a situação clínica, reduzir o ângulo da cabeceira até aos 30º, elevar ao máximo, apenas durante a alimentação;
  - Negociar os posicionamentos mais adequados com a pessoa idosa;
  - Promover a atividade e autonomia da pessoa idosa
  - Proceder ao alívio total da pressão na região dos calcâneos;
  - Evitar posicionamentos sobre zonas afetadas, proeminências ósseas ou dispositivos terapêuticos;
  - Promover o descanso e fornecer água quando é retirada a máscara de BIPAP;
  - Colocar colchão anti escaras na maca, utilizar lençol dobrado (resguardo) nos posicionamentos e transferências;
  - Realizar levante para o cadeirão, ou sentar na cama com supervisão; Negociar tempo de permanência sentado;
  - Incentivar a ingestão de líquidos e alimentação de acordo com as suas necessidades,
-

---

ingestão de aporte proteico, suplementos nutricionais, alimentos preferidos, colaboração da esposa, estar presente no período das refeições;

- Evitar a humidade, mantendo a pele limpa, seca e hidratada;
- Providenciar mudanças de absorvente frequentemente;
- Aplicação de creme hidratante e vitamina A;
- Não efetuar massagem nas proeminências ósseas;
- Ensino sobre o uso do urinol, colaborar, incluir a cuidadora familiar nesta tarefa;
- Fornecer folheto informativo sobre a prevenção de UP;
- Providenciar uma alimentação adequada de acordo com a sua patologia e necessidades nutricionais;
- Instruir para uma alimentação equilibrada e com aporte proteico;
- Estimular a ingestão de líquidos;
- Promover a sua alimentação de forma autónoma;
- Vigilância de dor;
- Monitorizar de náuseas ou vômitos;
- Administrar medicação prescrita e em SOS se dor ou outros sintomas;

#### **Compromissos:**

- O cuidador familiar e o Sr.º B. identificaram os principais sinais e sintomas de lesão da pele;
- Comprometeu-se a pessoa idosa a mobilizar-se no leito, e quando não for possível o enfermeiro fornece ajuda no seu posicionamento;
- A pessoa idosa e a esposa reconheceram a importância de uma alimentação equilibrada para a sua recuperação. O Sr.º compreendeu a importância de ingerir um aporte de alimentos adequado, hidratação e valor proteico; Assumiu o compromisso de alimentar-se de forma fracionada evitando mal-estar;
- Ao cuidador familiar foi permitida a permanência nos horários de refeição, de forma a motivar o Sr.º B. a alimentar-se, tendo assumido o Sr.º uma alimentação adequada;
- Assumir o compromisso de pedir o urinol;

#### **Resultados esperado:**

- Que ambos reconheçam os principais sinais e sintomas de pele vulnerável;
  - Que a pessoa idosa seja capaz de pedir colaboração quando não consegue sozinha para se mobilizar no leito;
  - Que o familiar integre o plano de cuidados
  - Pele íntegra.
-

---

**Problema 1: Confusão mental****Foco:****Queda; Insónia; adesão ao regime terapêutico****Diagnóstico de Enfermagem**

Confusão Crónica relacionada com o processo de demência da doença de Alzheimer manifestada por distúrbios da memória (esquecimentos), desorientação no tempo e espaço, insónia e alterações do comportamento (agressividade).

**Intervenções de Enfermagem**

- Avaliar no início de cada turno o estado cognitivo do Sr.º B;
- Falar de forma calma e pausadamente, fazer referência ao nome que o Sr.º B. gosta de ser chamado;
- Orientar para a realidade, fazer referência ao local onde se encontra e o motivo deste internamento;
- Explicar o que vai ser feito, a tarefa, apresentar-me;
- Promover um ambiente seguro e calmo; reduzir os alarmes no SO; reduzir o nível de luz nos momentos de descanso;
- Aplicar dispositivos de segurança (grades do leito elevadas, manter a maca na posição mais baixa e travada);
- Vigiar sinais de ansiedade, desorientação e confusão;
- Restringir o uso de equipamentos de monitorização, retirar a braçadeira da tensão arterial quando não é necessária;
- Explicar o risco elevado de queda e as suas possíveis consequências no plano terapêutico;
- Monitorizar sinais vitais nomeadamente temperatura e dor;
- Cumprir esquema terapêutico tendo em conta a sua medicação habitual – reconciliação terapêutica;
- Promover a utilização correta do *BIPAP*; Negociar a sua utilização e os períodos de descanso;
- Educar a esposa sobre a evolução da doença de Alzheimer; sobre os sintomas e comportamentos específicos; estratégias e formas de lidar com as mudanças de comportamento no domicílio;
- Proporcionar visitas da esposa ao longo do dia;

**Compromissos:**

- Compromisso de manter o regime terapêutico e um ambiente seguro;
- Proporcionar a visita da esposa por períodos curtos ao longo do dia, nomeadamente nos horários das refeições;
- A esposa conseguiu identificar comportamentos e sintomas inerentes á doença de Alzheimer;
- Ambos perceberam os risco de queda e quais as consequências desta;
- O Sr.º B. assumiu o compromisso de não realizar levante sozinho apenas com supervisão e ajuda;

**Resultados esperado:**

- Que o Sr.º B. esteja calmo;
  - Que não apresente quedas ou incidentes ao longo do internamento em SO;
-

## 5. Avaliação e discussão de resultados

### **5ª Fase do Processo de Parceria: Assumir o controlo do cuidado de Si / assegurar o cuidado do outro**

A pessoa idosa e sua família nesta fase consegue ter controlo sobre a sua trajetória de vida, está informado e consegue tomar decisões e gerir e ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde manifestando bem-estar. A família adquire capacidades para ajudar da pessoa idosa, assumindo-se como responsável pelo seu cuidado, ou a pessoa idosa (Gomes, 2013).

Com a implementação de um plano de cuidados em Parceria com a pessoa idosa e com a família foi mais fácil conseguir atingir os resultados pretendidos, pois foram realizadas intervenções de enfermagem de acordo com o conhecimento prévio da pessoa, integrando-a como sujeito ativo e fundamental na sua recuperação e bem-estar.

Após a implementação das intervenções de enfermagem foi possível reconhecer que o Sr.º B manteve-se calmo durante o período de internamento em SO, percebendo o motivo deste e colaborando nas atitudes terapêuticas da equipa.

Foi reconhecido por toda a equipa de enfermagem os benefícios da presença da esposa junto do Sr.º B, sendo que este apresentava-se mais calmo, orientado e colaborante. Por isso, foi possibilitada a permanência da cuidadora por períodos ao longo do internamento, nomeadamente nos horários de refeições.

Surgiu durante o internamento a recusa do Sr.º B. em alimentar-se, foi então pedida a colaboração da esposa para trazer refeições da preferência do Sr.º B., que o motivaram a alimentar-se melhor e com apetite.

Foi incentivada a pessoa idosa a colaborar nos cuidados, assumindo o controlo do cuidado de si próprio. Estava informado sobre os possíveis riscos, nomeadamente sobre a presença de feridas e de quedas, foi possível o não aparecimento destes problemas através do cumprimento das medidas definidas em parceria. Realizou mobilização no leito, através de pequenos posicionamentos, a elevação dos calcâneos através da colocação de uma almofada e da sua mobilização, foi negociado levantar e a sua permanência do cadeirão, só se

levantando com ajuda. Detinha conhecimentos acerca da importância do cumprimento do BIPAP, da ingestão de líquidos, do repouso no leito, e de uma alimentação equilibrada.

No decorrer dos dois dias de permanência em SO, foi possível verificar que o Sr.<sup>o</sup> B., apresentava-se mais calmo, com menos episódios de agressividade e agitação, solicitava a colaboração da equipa para as tarefas que não conseguia fazer, reconhecia limitações e controlava sentimentos de frustração, pedindo ajuda. Conseguia fazer uma melhor gestão da situação de internamento, que estava patente na sua calma, conforto e bem-estar. Referia muitas vezes estar confortável sem dor e sem dificuldade respiratória.

Por outro lado, foi possível que a esposa, cuidadora única, mantivesse a capacidade de cuidar do seu esposo em situação de alta. Foi partilhado conhecimento científico, nomeadamente sobre a prevenção de complicações, e a gestão dos episódios de agressividade no domicílio. Reforçado positivamente todo o cuidado que realizava sozinha, explicado no entanto, que seria possível pedir ajuda a diversos recursos existentes na comunidade tais como o apoio domiciliário e de enfermagem em caso de não conseguir realizar todas as tarefas sozinha, assegurando de igual modo o cuidado que o esposo teria consigo próprio.

Com a capacitação da Sr.<sup>a</sup> A. foi possível assegurar o controlo do cuidado do marido e proporcionar que o próprio conseguisse manter as suas capacidades prosseguindo com o seu projeto de vida e de saúde.

## **6. Conclusão / Reflexão**

O uso da parceria como intervenção de enfermagem capacita a pessoa idosa e família, pretendendo-se que seja uma ação conjunta negociada entre o enfermeiro, com vista à superação dos problemas identificados. A avaliação multidimensional no SUG revelou-se importante instrumento para conhecer a pessoa idosa em questão, identificando precocemente problemas e formas de intervir. No entanto foi um processo difícil de executar, moroso e condicionado pelo ambiente da urgência e sua missão.

Neste caso a pessoa idosa, o Sr.<sup>o</sup> B., não desenvolveu UP, quedas ou episódios de confusão durante o internamento no SUG, por outro lado, o cuidador familiar está mais confiante para cuidar do marido após a alta, reconhecendo quais os principais problemas e detêm conhecimento sobre como preveni-los.

Com o aumento da esperança média de vida, a população idosa é um grupo que recorre frequentemente ao SUG com situações atípicas e complexas que requerem avaliação específica, podendo ser necessária uma avaliação multidimensional para a deteção de problemas adequada para contextos de urgência.

Através deste estudo de caso e da respetiva aplicação de instrumentos de avaliação posso afirmar que forneceram importantes contributos para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista na vertente da pessoa idosa e na prestação de cuidados em contexto de urgência. Muitas vezes estamos “presos” a regras e normas da instituição que se tornaram ultrapassadas e sem benefício para o cliente, nomeadamente os tempos curtos de visita e a não permanência de familiares em serviços de urgência. Através deste estudo de caso pude constatar que a presença do familiar pode ser muito benéfica para a pessoa idosa, revelando-se ganhos em saúde.

O enfermeiro deve assumir um papel de interveniente ativo no cuidado à pessoa idosa e família, utilizando o processo de enfermagem como forma de adequar e personalizar os cuidados, e ser ator de mudanças nas instituições e no desenvolvimento da Enfermagem Geriátrica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R., Abreu, C. & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*. 2. Págs 163-172. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a17>. Acedido em 30/03/2014;
- Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização Multidimensional em Idosos Utentes de um Centro de Saúde Urbano*. Porto: Bial;
- Cabete, D. (2005) *O Idoso, a Doença e o Hospital*. Loures. Lusociência;
- Dawood, M., Dobson, A., & Barnerjee, J. (2011) Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*. 19(7)18-19.
- D'Hondt, A. Kaasalainen, S. Prentice & D. Martin, L. (2011). Bathing residents with dementia in long-term care: critical incidents described by personal support workers. *International Journal of Older People Nursing*. 7. 253-263.
- Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*. 9, 2033-2043.
- Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48. Acedido em 01/04/2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1187>
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Gallagher, M. Hall, G. & Butcher, H. (2014). Bathing persons with Alzheimer's disease and related dementias. *Journal of Gerontological Nursing*. 40 (2), 14-20.
- GERMI (2012). *Avaliação Geriátrica*. Acedido a 01/06/2014. Disponível em [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf);
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso o domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Lisboa;
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da*

- Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
- Levy, S. M. (2001). Avaliação Multidimensional do Paciente Idoso. In Reichel, Assistência ao Idoso: Aspectos Clínicos do Envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;
- Lopes, H. R. F. (2012). *Intervenção do Enfermeiro na Prevenção e Monitorização do Evento da Queda na Pessoa Idosa em Contexto Hospitalar*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa;
- Ourique, M. O. M. (2011). *Prevenção e Monitorização da Queda no Idoso Hospitalizado num Serviço de Urgência*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa;
- Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Giorgi, R., De Tommaso, G. & Dessì-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*. 2. 292-301.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;
- Sturdy, D., Heath, H., Ballart, C. & Burns, A. (2012). Antipsychotic drugs in dementia: a best practice guide, Lowlands Road: RCN Publishing Company;

## **APÊNDICE**

**Apêndice I – Guião de colheita de dados do Sr.º B.**

**RESUMO MÍNIMO DE DADOS****1. Identificação**

<b>Nome</b>	<b>Sr.º B. N.</b>
<b>Como gosta de ser chamado</b>	Sr.º B.
<b>Idade</b>	81 anos.
<b>Profissão</b>	Professor de Educação física.
<b>Proveniência</b>	Domicilio Trazido pela VMER ao SUG
<b>Cuidador Familiar</b>	Esposa Sr.ª A.

**2. Antecedentes Pessoais**

- Doença de Alzheimer

**3. Medicação habitual**

<b>Medicação</b>	<b>Dosagem</b>	<b>Pequeno- almoço</b>	<b>Almoço</b>	<b>Jantar</b>	<b>Ceia</b>
<b>Galantamina</b>	<b>16 mg</b>	1			
<b>Quetiapina</b>	<b>100mg</b>				1/2
<b>Lorenin</b>	<b>2.5 mg</b>				1
<b>Alprazolam</b>	<b>0.5 mg</b>	1/2		1	
<b>Bunil</b>	<b>25 mg</b>			1/2	

#### 4. Avaliação do estado de Consciência

##### Escala de Glasgow:

<b>Abertura Ocular</b>	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
<b>Resposta Motora</b>	Obedece comandos	6
	Localização dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
<b>Resposta Verbal</b>	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
<b>SCORE</b>	<b>TOTAL</b>	<b>13</b>

#### 5. Avaliação cognitiva se score de glasgow $\geq 13$



## 6. Avaliação Clínica dementia rating (CDR)

	0	0.5	1	2	3
<b>MEMÓRIA</b>					
<b>ORIENTAÇÃO</b>					
<b>JUÍZO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS</b>					
<b>ATIVIDADES SOCIAIS</b>					
<b>ATIVIDADE DOMÉSTICA E RECREATIVA</b>					
<b>CUIDADO PESSOAL</b>					
<b>Grau de Demência moderada</b>					

## 7. Avaliação funcional

Índice de *Barthel* durante o internamento (Alert):

### **Barthel**

- Higiene pessoal: Necessitava de ajuda com o cuidado pessoal.
- Evacuar: Contínente.
- Urinar: Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer.
- Ir à casa de banho: Dependente.
- Alimentar-se: Precisava de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..
- Deslocações: Incapaz - não tinha equilíbrio ao sentar-se.
- Mobilidade: Imobilizado.
- Vestir-se: Dependente.
- Escadas: Incapaz.
- Tomar banho: Dependente.

**Score: 15 Totalmente dependente**

**8. Exame físico**

<b>Pele e Mucosas:</b>	Pele fria e suada no momento da admissão, no entanto corado mas ligeiramente desidratado com prega cutânea.
<b>Dentição (uso de prótese):</b>	Faz o uso de prótese dentária parcial a nível superior e inferior.
<b>Acuidade auditiva (uso de prótese)</b>	Acuidade auditiva com défice ligeira não compensada
<b>Acuidade visual (uso de óculos)</b>	Acuidade visual mantida
<b>Sinais Vitais:</b>	
-Tensão Arterial	- TA: 180/89mmHg;
-Frequência Cardíaca	- P. 160b/min;
- Temperatura	- SpO2 80%
- Glicémia capilar (se aplicável)	- Temperatura: 37,5°. - Glicémia capilar: 125mg/dl
<b>Dor (Escala da dor)</b>	0
<b>Altura (se possível)</b>	1.75 metros
<b>Peso (se possível)</b>	70Kg
<b>IMC (se pertinente) =</b>	$\frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>• 21,1</li> </ul>
<b>MNA 17/30</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sob Risco de Desnutrição</li> </ul>

**9. Risco de Queda****Escala de Morse (preencher em alert):**

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> <sup>13</sup>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	<b>Pontos</b>
<b>1. History of falling</b> <i>No</i> <i>Yes</i>	<b>1. Histórico de quedas</b> Não Sim	0 25
<b>2. Secondary diagnosis</b> <i>No</i> <i>Yes</i>	<b>2. Diagnóstico Secundário</b> Não Sim	0 15
<b>3. Ambulatory aid</b> <i>None/Bed read/Nurse assist</i> <i>Crutches/Cane/Walker</i> <i>Furniture</i>	<b>3. Auxílio na deambulação</b> Nenhum/Açamado/Auxiliado por Profissional da Saúde Muletas/Bengala/Andador Mobiliário/Parede	0 15 30
<b>4. Intravenous Therapy/Heparin lock</b> <i>No</i> <i>Yes</i>	<b>4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado</b> Não Sim	0 20
<b>5. Gait</b> <i>Normal/Bed rest/Wheelchair</i> <i>Weak</i> <i>Impaired</i>	<b>5. Marcha</b> Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas Fraca Comprometida/Cambaleante	0 10 20
<b>6. Mental status</b> <i>Oriented to own ability</i> <i>Overestimates/forgets limitations</i>	<b>6. Estado Mental</b> Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação Superestima capacidade/Esquece limitações	0 15

**TOTAL SCORE: 50 Alto risco****10. Risco de UPP****Escala de Braden (preencher em alert): Score 12 - Alto risco de desenvolvimento de UP;**

**Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão – Escala de Braden**

					<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<p><b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p> <p><b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade</p> <p><b>Actividade</b> Nível de actividade física</p> <p><b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p> <p><b>Nutrição</b> Alimentação habitual</p>	<p><b>1. 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.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto 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.</p>	<p><b>3. 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.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>			<b>X</b>	
	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>		<b>X</b>		
	<p><b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. 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.</p>	<p><b>3. 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.</p>	<p><b>4. 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.</p>	<b>X</b>			
	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>		<b>X</b>		
	<p><b>1. 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.</p>	<p><b>2. 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.</p>	<p><b>3. 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.</p>	<p><b>4. 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.</p>		<b>X</b>		

<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. 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>2. 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>3. 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 correcta posição na cama ou cadeira.	<b>X</b>		
	Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.			<b>Pontuação total</b>	<b>Alto risco</b> <b>12</b>	

### **11. Necessidade de apoio social/domiciliário**

- Sem necessidade de apoio social até então;
- No domicílio com o apoio de cuidadora principal que é a esposa;

**Apêndice XIII - Nota de Campo**  
Visita em Equipe multidisciplinar na UCC

## NOTAS DE CAMPO – A prestação de cuidados em contexto domiciliário

### Descrição e análise reflexiva do estágio em UCC

Após a realização de estágio em contexto domiciliário muitas foram as aprendizagens, vivências e histórias de vida que não vou esquecer. Esta nota de campo pretende refletir, através de um diário, sobre duas atividades ao longo das quatro semanas na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e as aprendizagens desenvolvidas, com especial destaque para a visita multidisciplinar realizada para admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI).

A trabalhar em contexto hospitalar há 9 anos desconhecia por completo esta realidade, e tinha a ideia, partilhada pela população que os cuidados de saúde primários não dão resposta às necessidades em saúde da população. No entanto após a realização deste estágio pude compreender as dificuldades e impedimentos do trabalho da equipa.

A ECCI é composta por 11 enfermeiros que acumulam funções dando resposta aos 50 utentes da RNCCI, às visitas domiciliárias necessárias, e à especificidade dos cuidados paliativos. Tudo isto numa abrangente área geográfica e a uma população envelhecida com características muito específicas. Estamos a falar de um distrito com algumas carências económicas com alargada área rural, que conduz a algumas condicionantes, nomeadamente nas deslocações da equipa, pelos elevados quilómetros percorridos. As enfermeiras desdobram-se em várias funções, não sendo benéfico para a continuidade de cuidados. Uma das enfermeiras realizava visitas domiciliárias no período da manhã, e após o almoço, integrava o curso de preparação para o parto, chegando a ter que redistribuir trabalho para as colegas no período da tarde.

Quando cheguei a este local de estágio a principal ideia que emergiu foi a enorme necessidade de falar-se ainda de prevenção de úlceras por pressão (UP), visto que a maioria das pessoas tinham uma ou mais UP, e o trabalho da equipa incidia fundamentalmente na prevenção e tratamento desta complicação.

Em conversa com a equipa confirmei o diagnóstico de situação realizado para o relatório, pois a maior parte das pessoas referenciadas pelo hospital, através da

ficha de ligação, são devido à necessidade de tratamento e execução de pensos, apontando para uma taxa de incidência hospitalar elevada.

Com o envelhecimento populacional, importa investir em respostas na comunidade, de forma a manter o cuidado à pessoa idosa, no seu contexto de vida, junto da sua família, com elevados benefícios nos custos e na qualidade de vida da pessoa idosa. Para Sequeira (2010) os cuidados domiciliários tendem a ser privilegiados, devido ao crescente número de idosos, podendo ser uma resposta às necessidades dos idosos dependentes. No entanto é necessário um alargamento da resposta social, perceber que a sociedade vai continuar a envelhecer, e que importa um pensar de modo diferente (Rosa, 2012).

Assisti “ao vivo” ao massivo envelhecimento populacional, ao isolamento e às condições que muitos idosos vivem, ou “sobrevivem”. São imensos os casais de idosos, sem qualquer apoio de familiares, que são eles próprios os cuidadores um do outro, que cuidam do cônjuge, muitas vezes com dependência funcional, com elevada dificuldade. As equipas de enfermagem e de apoio domiciliário revelam-se importantes elos de suporte para estas famílias, combatendo o isolamento e a tristeza. Era frequente, sermos recebidas à porta, com sorrisos, palavras amigas, mas também com palavras austeras quando a equipa se atrasava. Estas atitudes não eram vividas com desagrado pelas enfermeiras, pelo contrário, sentiam que as famílias necessitavam da sua presença, ansiavam a sua chegada e que eram as únicas pessoas que recebiam ou que falavam durante longos dias. No fim, voltavam a fechar as portas até ao dia seguinte.

Em seguida são apresentadas **duas situações** de aprendizagem que surgiram no decorrer deste estágio.

### **28/01/2015**

Neste dia realizei uma **visita multidisciplinar**, fui com duas enfermeiras da equipa e com a assistente social, avaliar uma família, para ingressar na RNCCI. Foi um dos primeiros contatos com o trabalho desenvolvido pela ECCI, e em que pude confirmar, que apenas em equipa é possível identificar problemas e necessidades

na comunidade.

Esta visita consistiu na avaliação da pessoa idosa, através do documento integrado da plataforma informática da RNCCI, que consiste na **avaliação de queixas de saúde, emocionais, função cognitiva, funcional, física e hábitos.**

Na avaliação cognitiva foi realizada um pequeno teste de orientação, no entanto, não foi aplicada nenhuma escala, o que poderia ser benéfico para avaliar outro tipo de capacidades como a evocação, retenção, calculo, linguagem e função construtiva, como no caso do Mini-Mental State Examination (MMSE).

Na avaliação funcional foi avaliada a autonomia física e instrumental, com especial destaque para as alterações decorrentes do envelhecimento.

Esta colheita de dados foi conduzida pela enfermeira, incluindo a família e a pessoa idosa, para uma recolha de informações completas e fiáveis. Foi necessário para a realização desta entrevista demonstrar disponibilidade, ter tempo, permitir que a pessoa idosa também tenha possibilidade de se exprimir. Muitas vezes foram os familiares, que na ansia de partilhar todas as informações, o mais rápido possível, interpelam o idoso, não o deixando falar, tendo a equipa um papel importante na gestão desta relação, para que a pessoa idosa seja incluída neste processo e partilha também o que a preocupa.

Neste dia, só assisti, mantive-me a observar os diferentes intervenientes e a relação que se estabelecia. Apercebi-me que estar em casa do alvo de cuidados é diferentes que ser o individuo a deslocar-se ao hospital. O ambiente é seu...é o seu íntimo e a sua privacidade que está a expor, e isso nota-se na relação que a família e a equipa demonstram. Até então, nunca tinha pensado nisto desta forma, pois habituada a trabalhar em contexto hospitalar estou “na minha casa”, conheço as regras, as rotinas, o pessoal, “os cantos à casa”, sendo que o elemento novo todos os dias é o cliente, a pessoa idosa que recorre ao SUG. Aqui os papéis invertem-se, era eu que desconhecia tudo...as pessoas, os locais, as fotografias na sala, e os barulhos lá fora. Sentiria o mesmo daqueles que recorrem à urgência e que deitados numa maca, numa cadeira de rodas ou pelo próprio pé são “guiados” e “mandados” pelos funcionários daquele serviço?

Os enfermeiros demonstram respeito pela família, pela pessoa idosa vulnerável, baseiam a relação na confiança, percebem a pessoa idosa com objetivos,

valores e necessidades próprias. A relação de parceria é estabelecida ao longo dos diversos contatos mas foi a partir do primeiro momento que se construiu a base desta relação, tendo a “necessidade de ver a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado” (Gomes, 2013, p. 94).

A avaliação continua através do exame físico, onde foram avaliadas medidas antropométricas, como o peso, altura e cinturas corporais e a avaliação de sinais vitais. Através desta avaliação foi possível o cálculo do índice de massa corporal e o despiste de sinais de desnutrição. Foi avaliada a pele da pessoa idosa, que neste caso tinha úlceras por pressão, motivo pelo qual iria ingressar na RNCCI. O exame físico foi detalhado, realizou-se uma descrição de todas as feridas, sua localização, características, tamanho e categoria. É desde logo delineado um plano de prevenção e tratamento para este problema.

A avaliação social é realizada pela assistente social, que perscruta a situação financeira da família, avalia as condições da habitação e faz referência a todos os apoios e complementos económicos que poderá requerer.

E a informação médica, clínica...? Fiquei um pouco surpresa quando soube que a UCC não integrava um médico. O médico a ser contactado era de acordo com o centro de saúde a que o utente pertencesse, sendo a equipa de enfermagem importante elo de ligação com estes profissionais, realizando contato quando era necessário. Nesta situação específica, não foi necessário, a família, já tinha pedido previamente um relatório ao médico de família, que disponibilizou à equipa, com todos os dados referentes a antecedentes pessoas, internamentos anteriores e medicação instituída.

As condições ambientais e recursos são avaliados em conjunto, esta família, devido ao elevado grau de dependência física da pessoa idosa, iria necessitar de uma cama articulada e de um colchão anti escaras. A equipa sugere soluções, disponibiliza alternativas à compra e mobiliza recursos na comunidade. Neste caso, foi possível no espaço de três dias conseguir uma cama articulada, e a família comprometeu-se a comprar um colchão.

O plano de cuidados é planificado, partilhado com a família, são identificadas necessidades em conjunto e sugeridas intervenções. Pude acompanhar esta família ao longo das quatro semanas de estágio, e sentir que era fundamental incluí-la no plano de cuidados, sendo só assim possível atingir bons resultados, ganhos em

saúde para a pessoa idosa. Este tem que fazer sentido para a família, ser exequível e moldado ao longo do tempo, indo ao encontro das necessidades reais e promovendo autonomia. O enfermeiro tem um papel importante na capacitação da família para cuidar da pessoa idosa, e por outro lado, tem a “responsabilidade e o cuidado que o outro teria consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia” (Gomes, 2013, p.102).

Após a realização desta visita tive oportunidade de introduzir todos os dados obtidos na plataforma de RNCCI e dar início ao processo a nível informático. O risco de UP foi avaliado através da escala de Braden na plataforma da RNCCI.

**03/02/2015**

**A prevenção de úlceras por pressão (UP)** em contexto domiciliário reveste-se de contornos diferentes do que a nível hospitalar. As medidas implementadas são obrigatoriamente individualizadas, influenciadas pelas necessidades do indivíduo mas também pelo contexto em que este se encontra.

A maioria das medidas preventivas utilizadas eram muito semelhantes às efetuadas em contexto hospitalar, sendo as mais frequentes:

- **Colchões anti escaras;**
- **Cama articulada;**
- **Posicionamentos;**
- **Alívio da pressão;**
- **Avaliação e hidratação da pele;**

Todas estas medidas eram implementadas tendo em conta o meio ambiente, quero dizer com isto que, nem sempre era possível, por exemplo, a colocação de uma cama articulada em casa dos utentes. Quer pela falta de espaço, ou em situações de casais, dormirem ainda na mesma cama. Todas estas situações tinham que ser avaliadas individualmente e pensadas formas de solução em equipa (enfermeiro, famílias e pessoa idosa).

Uma das principais medidas preventivas que era utilizada pela equipa de enfermagem era a educação da família e da pessoa idosa. O que evidencia Rodrigues & Soriano (2011) num estudo realizado em contexto domiciliário na região autónoma dos açores:

“Nos cuidados domiciliários, os cuidadores têm um papel importante nos cuidados ao cliente, pois o constante acompanhamento é efetuado por eles. Assim, devem estes ser capacitados para dar resposta às necessidades dos clientes, ou para estabelecer a ligação com o profissional de saúde que efetua a visita domiciliária”.

(Rodrigues & Soriano, 2011, p. 57)

Apenas através da capacitação da família e da pessoa idosa era possível obter ganhos em saúde, melhores resultados no plano de cuidados e a evidência de não desenvolvimento de UP. Através da partilha de conhecimento era possível que os familiares detivessem conhecimentos sobre os mecanismos de desenvolvimento de feridas, os principais fatores de risco e a forma de poderem minimizar estes fatores. Uma família informada que o aumento de humidade na fralda pode influenciar o aparecimento de UP, vai fazer com que mude mais vezes os absorventes. Por outro lado, explicar à pessoa idosa, que tem que se mobilizar no leito para evitar complicações, leva a que cumpra e realize pequenos movimentos, pois está informada e sabe o propósito desta medida.

Nem sempre os dispositivos de alívio de pressão na comunidade são os mais convencionais, devido aos custos elevados que acarretam às famílias, mas na verdade é que fazem o seu trabalho, como é o caso de uma caixa de fruta.

Este estágio decorreu em pleno inverno, e o frio fazia-se sentir, o peso das mantas acumulava-se na cama do Sr.º P. Em anteriores visitas a equipa de enfermagem, e eu própria tínhamos alertado os familiares para o risco de ocorrer feridas nos dedos dos pés devido à elevada pressão exercida pelas mantas. A família percebeu que tinha que aliviar as mantas, no entanto continuavam a ser necessárias as mantas. Na próxima visita para nossa surpresa, a solução mais improvável já estava a ter muito bons resultados. Uma caixa de fruta revestida, e cortada de maneira a que colocada no fundo da cama, não permitisse que as mantas tocassem nos pés.

Uma prova que uma família informada, investida de poder pode ser um importante parceria na relação de cuidados e na prevenção de complicações, nomeadamente as UP. O enfermeiro em contexto domiciliário tem um papel importante na construção de capacidades para que a família cuida da pessoa idosa.

A parceria entre o enfermeiro, o doente idoso e a sua família, é um processo que promove o cuidado de Si, que em contexto de cuidados domiciliários, assume um duplo sentido. Para Gomes (2013) baseia-se numa ação conjunta em que a pessoa idosa assume o cuidado de si quando tem capacidade de decisão, ou o enfermeiro assume o cuidado do outro, quando este não tem capacidades de prosseguir com o seu projeto de vida e de saúde.

Foi possível ao longo do estágio promover a saúde e prevenir as complicações da pessoa idosa, nomeadamente as UP, através da divulgação dos folhetos sobre a prevenção de UP com informações pertinentes, que ajudaram a capacitar a família sobre este problema de saúde.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
- Rodrigues, A. & Soriano, J. (2011) Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. *Revista de Enfermagem Referência* III (5), 55-63.
- Rosa, M. J.V. (2012) *O Envelhecimento da Sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;

## **APÊNDICE XIV – Estudo de caso na UCC**



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa  
5º Curso De Mestrado Em Enfermagem de Especialização em  
Enfermagem Médico-cirúrgica  
Vertente Pessoa Idosa

Estágio com Relatório

***Estudo de caso na Unidade de Cuidados Continuados  
O cuidado à pessoa idosa no domicílio***

---

**Discente:**

Ana Filipa Alves Duarte nº 5394

**Docente:**

Professora Idalina Gomes

Fevereiro de 2015

## ÍNDICE

	PÁG.
<b>INTRODUÇÃO</b>	3
<b>I. DESCRIÇÃO DO CASO</b>	
1. Conhecer a Pessoa Idosa	4
a) Dados demográficos	4
b) Contexto de vida ( <i>Experiências de vida significativas</i> )	4
c) Crenças e valores	5
d) Individualidade da pessoa – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	6
2. O que sabemos sobre a doença da pessoa	9
e) Situação sociofamiliar	9
f) História de saúde	11
g) História de doença atual	11
<b>II. PLANO DE CUIDADOS</b>	13
<b>III. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	16
<b>IV. CONCLUSÃO</b>	17
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	18
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE I – ENTREVISTA DE ZARIT</b>	
<b>APÊNDICE II – Avaliação nutricional <i>Mini Nutritional Assessment (MNA)</i></b>	
<b>APÊNDICE III – Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão – Escala de Braden</b>	
<b>APÊNDICE IV – Avaliação das atividades básicas de vida diária – Índice de <i>Barthel</i></b>	
<b>APÊNDICE IV - Avaliação das atividades instrumentais de vida diária Índice de <i>Lawton</i></b>	
<b>APÊNDICE VI – Avaliação familiar - <i>Apgar</i></b>	

## INTRODUÇÃO

No decorrer do estágio na Unidade Cuidados Continuados na Comunidade (UCC) realizei um estudo de caso a uma família com quem tive contato nos primeiros dias, pude assim, acompanhar e participar no processo de integração desta na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em especial na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e compreender o processo.

Através do estudo desta situação na comunidade pude trabalhar em parceria com a família percebendo as dificuldades de cuidar de uma pessoa idosa dependente no domicílio e qual o papel do enfermeiro especialista. Em cuidados na comunidade é importante fomentar uma relação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e sua família para a promoção do cuidado de Si e de um cuidado centrado na sua singularidade (Gomes, 2013).

A recolha de dados foi realizada com recurso às informações presentes no processo da utente, através dos cuidadores (filhos) e da pessoa idosa, ao longo das visitas domiciliárias semanas a esta família. Foi assim realizada, uma avaliação multidimensional da pessoa, de forma a detetar problemas, necessidades e incapacidades, para maior precisão no diagnóstico de enfermagem e um planeamento de cuidados mais personalizados.

A “avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico ao nível da prevenção da deterioração, e contribui para uma maior satisfação” (Sequeira, 2010, p.42).

Este trabalho escrito encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro é apresentado o estudo de caso e respetiva avaliação multidimensional da pessoa idosa e família. No segundo é realizada uma planificação do plano de cuidados. Em seguida, no terceiro capítulo, a avaliação e discussão dos resultados. Por último no quarto capítulo encontra-se a conclusão em jeito de reflexão sobre o trabalho desenvolvido.

## I. DESCRIÇÃO DO CASO

### 1. Conhecer a Pessoa Idosa

#### a) Dados demográficos

Nome: M. A. S.

Idade: 87 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana.

Profissão: Vendedora/Operária agrícola

Estado Civil: Viúva há 12 anos, com 2 filhos

Naturalidade e Residência: Setúbal

Habilitações Literárias: 4<sup>o</sup> classe.

#### b) Contexto de vida (*Experiências de vida significativas*)

A Sr.<sup>a</sup> A., como gostava de ser chamada, sempre foi uma pessoa saudável, segundo os filhos, trabalhadora e amiga de ajudar os outros. No entanto aos 75 anos de idade com a morte do marido, *“foi-se abaixo...”, “Foi uma situação difícil, “o meu pai sofreu muito...e nós também”*(sic). Combateram de perto com a situação de doença do pai muito incapacitante e prolongada, que faleceu há cerca de 12 anos por Doença de Alzheimer. Esta doença veio a complicar-se ao longo dos tempos após a idade da reforma, o que afetou o quotidiano da família em especial a Sr.<sup>a</sup> A.

Com a morte do esposo, também ela sofreu um período de vida mais difícil, tendo recorrido ao médico de família com sintomas de depressão, *“a minha mãe estava sempre triste...já não fazia as coisas da casa e da horta, percebemos que estava alguma coisa mal, quando deixou de ter interesse pelo que sempre gostou, tratar das flores...”* (sic).

A sua saúde foi-se degradando, aos 80 anos, teve vários episódios de queda numa semana, iniciou febre, tosse com expetoração, pelo que foi encaminhada para o hospital, na sequência destes sintomas ficou internada por infeção respiratória. Foram 10 longos dias de internamento, conta a filha *“pensava que a minha mãe morria...estava a ficar cada vez mais magra, fraca, mas ainda a conseguimos trazer para casa”* (sic). Desde aí a necessitar de mais ajuda nas atividades de vida, manteve-se na sua casa, mas fazia as refeições na casa da filha.

Naquela altura, o medo da família eram as quedas, porque a Sr.<sup>a</sup> A. mantinha a vontade de fazer tudo autonomamente, por isso, passou a deambular com a ajuda de uma bengala, que lhe trouxe mais segurança nesta fase, no entanto a filha

receava que ficasse sozinha em casa, chegando a sugerir que a mãe ficasse permanente em casa dela, ideia que recusou. Após o internamento foi-lhe diagnosticada hipertensão, apresentando valores de tensão arterial elevados, tendo iniciado medicação anti hipertensora em esquema após a alta.

Esteve 5 anos sem intercorrências a nível de saúde, segundo a filha, “*a minha mãe andava bem*”...“*nada fazia prever o AVC...*” (sic). Situação que ocorreu há dois anos atrás e que motivou novo internamento. Este internamento ainda foi mais doloroso que o outro. Conta a filha que encontrou a mãe caída no chão da cozinha após o almoço, na tentativa de a levantar, percebeu que não era uma simples queda, estava sem força nas pernas e não falava.

Foram longos dias de internamento na unidade de neurologia, com o pior diagnóstico que se esperava, acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico que, pela idade, características da lesão e pelas comorbidades associadas não tinha indicação neurocirúrgica. Durante este internamento cumpriu novamente esquema de antibioterapia por infeção respiratória. Nesta fase a família temia o pior, foi uma recuperação demorada, com necessidade de diversas sessões de fisioterapia, mas que revelaram-se insuficientes. Foi sugerido pela equipa do hospital a referenciação para uma instituição, devido ao grau de dependência física e funcional, mas que a família recusou. Era intuito da família levar a mãe para a sua casa, local onde sempre morou.

### **c) Crenças e valores**

O desejo de trazer a Sr.<sup>a</sup> A. para casa, era partilhado por todos os elementos da família, pois sabiam que esta era a sua vontade. Esta era uma família unida, não apenas pela proximidade física, visto partilharem um terreno com diversas casas, mas também na partilha de decisões familiares e do cuidado a esta pessoa idosa.

A cuidadora referiu que o primeiro ano de cuidado à mãe após o internamento por AVC, fora esgotante, tinha medo de fazer alguma coisa mal, de falhar, foi uma fase difícil que só ultrapassou com a ajuda do irmão que sempre a apoiou e a ajudou partilhando as tarefas. Com o tempo “*aceitei este acontecimento como natural...o ciclo da vida, da velhice, deixei de ter medo...mas precisei de muita ajuda, e inclusive fui ao médico de família e tomei fluoxetina*” (sic).

Foi interessante falar com esta cuidadora e perceber que também é importante avaliar o estado de saúde da pessoa que cuida, emocional e físico, perceber o processo de revolta, de luta e de aceitação da situação e as estratégias que encontrou para cuidar da mãe no domicílio.

Com o aparecimento de lesões na pele, muitos foram os sentimentos vividos por esta família, sendo que a filha sentiu-se culpada, referia que: *“era a última coisa que queria que acontecesse à minha mãe, ter feridas...sinto que já não consigo fazer tudo sozinha”*(sic).

Através desta partilha de sentimentos e emoções, de uma escuta ativa e disponibilidade, foi possível um cuidado mais centrado na pessoa idosa e na família tendo por base o conhecimento da situação, projeto e trajetória de vida, valores e cultura. A avaliação da sobrecarga do cuidador familiar foi efetuada com recurso à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2010a), a partir da *Burden Interview Scale de Zarit*. Esta escala permite uma avaliação objetiva e subjetiva do cuidador informal e inclui aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais, e relação com o recetor de cuidados (Sequeira, 2010a).

Foi importante a utilização desta escala para compreender a necessidade de apoio e de ajudas a esta cuidadora. A avaliação revelou um score de 48 pontos que indicava sobrecarga ligeira (Apêndice I).

#### **d) Individualidade da pessoa – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa**

Através de uma relação de qualidade e de confiança, o enfermeiro deve perscrutar as reais necessidades da pessoa idosa, o que realmente é singular, para que possa usar esta informação na ação e relação (Gomes, 2013). Com a avaliação multidimensional da pessoa idosa foi possível identificar as diversas dimensões com mais dependência, reconhecendo precocemente os problemas de forma a implementar intervenções de enfermagem mais específicas.

- **Avaliação cognitiva (comunicação)**

Não foi possível aplicar o *Mini Mental State Examination* (MMSE) devido a impossibilidade de escrever da Sr.<sup>a</sup> A e da afasia. No entanto, de forma a avaliar o

estado cognitivo foi aplicada a escala de coma de Glasgow que revelou um score de 9. Apresentava-se com abertura espontânea ocular, calma, não colaborante, dirigindo o olhar a sons. Sem resposta verbal no entanto emitia sons e gemidos, apresentava resposta motora em flexão.

- **Avaliação física**

A sua idade real estava de acordo com a idade cronológica. Encontrava-se acamada e muito emagrecida. No último mês, segundo os familiares verificou-se perda de peso, na sequência de um episódio de vômitos e diarreia. Apresentava cerca de 50kg com 1.45 metros de altura, sendo o índice de massa corporal de 23.78, com um total de 12 pontos em possíveis 30 na escala *Mini Nutritional Assessmet* (MNA), que revela desnutrição (Apêndice II).

Com pele e mucosas coradas e hidratadas, mas visivelmente emagrecida, com reduzida massa muscular, apresentava padrão rígido articular dos membros superiores e inferiores, sem edemas. Os cabelos são finos e de coloração branca. Sem história de défices auditivos ou visuais, não necessitando de óculos ou aparelho auditivo antes deste episódio de doença.

O tórax encontrava-se simétrico, com movimentos respiratórios normais, sem tiragem intercostal, com frequência respiratória na ordem dos 16 ciclos/minuto, sem sinais de dificuldade respiratória. Abdómen mole e depressível à palpação, sem dor e sem massas palpáveis.

A pele estava seca e descamativa com presença de úlceras por pressão (UP). Na região trocantérica direita observava-se cicatriz de lesão anterior, na região trocantérica esquerda pequena ferida circular de categoria II, com perda parcial da espessura da derme sem presença de necrose ou exsudado. Na região sagrada apresentava lesão de categoria II com cerca de 5 cm de diâmetro, e diversas lesões por humidade, ligeiramente sangrantes devido à presença de fralda. Restante pele íntegra. De forma a avaliar o risco de desenvolvimento de UP foi aplicada a escala de *Braden* que revelou alto risco com pontuação de 8 (Apêndice III).

Não foram identificadas alergias nem a alimentos, nem a medicamentos.

Importa referir que no momento desta avaliação os sinais vitais encontravam-se estáveis, dentro dos seus parâmetros normais:

- TA: 125/86mmHg;

- P- 86;
- Temperatura axilar – 36.5°
- Glicémia capilar – 102mg/dl

- **Avaliação das atividades básicas e instrumentais de vida diária**

A Sr<sup>a</sup> A. estava totalmente dependente nas atividades de vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais de vida diárias (AIVD).

Através da avaliação do índice de *Barthel* constatou-se a máxima dependência para todas as atividades com a pontuação mínima de zero (Apêndice IV).

- Alimentação – Necessitava de alimentação por sonda nasogástrica, estando totalmente dependente de terceiros para esta atividade. A filha era quem preparava e administrava todas as refeições, num total de quatro refeições líquidas por dia. Não fez referência à administração de suplementos nutricionais, adicionava carne e peixe à sopa passada de legumes nas refeições principais. Ao pequeno-almoço e ao lanche a meio da tarde alternava iogurte líquido e papa *Nestum*. Para uma avaliação mais detalhada do estado nutricional foi aplicada a escala *Mini Nutricional Assessment* (MNA), já referida anteriormente que revelou desnutrição (GERMI, 2012).
- Vestir/ Banho / Higiene corporal/ Uso da casa de banho – Os cuidados de higiene eram realizados no leito, todos os dias de manhã. Eram os filhos que realizavam sozinhos esta tarefa, avaliando a necessidade de lavar o cabelo semanalmente. Ao longo dos últimos dois anos sempre realizaram os cuidados de higiene à mãe, recusando qualquer apoio de recursos da comunidade.
- Controlo intestinal e vesical – Apresentava incontinência vesical e intestinal total, pelo que usava absorvente 24h por dia. Sem episódios de obstipação, com padrão intestinal regular, evacuando 1x por dia.
- Subir escadas / transferência cadeira – cama / deambulação – Totalmente dependente nestas atividades. Não fazia levante para cadeirão.

Quanto à avaliação das atividades instrumentais de vida diárias à semelhança das AVD, revelou severa dependência com necessidade de muita ajuda, a avaliação foi realizada através da Escala de *Lawton* (Sequeira, 2010) (Apêndice V).

## 2. Conhecer o meio que a rodeia

A Sr.<sup>a</sup> A, residia em casa própria, numa vivenda em área rural fora da cidade, rodeada de terreno agrícola. Sempre foi o seu local de residência, juntamente com o seu marido e com os seus filhos. Os filhos cresceram neste local, e optaram por construir casa no mesmo terreno tendo ficado a morar, juntamente com as suas família, junto dos pais. As vivendas eram térreas e reuniam todas as condições de salubridade.

A Sr.<sup>a</sup> A. passava os dias na sua própria casa, limpa, arrumada e organizada, composta por dois quartos, sala, cozinha e casa de banho. A família alterou a estrutura da casa, fazendo da sala agora o quarto principal por ser a divisão mais ampla. Tem cama articulada e colchão anti escaras.

O terreno em redor das habitações era grande e sempre foi a principal fonte de rendimento da Sr.<sup>a</sup> A e do marido, que vendiam produtos agrícolas no mercado local. Os filhos, muito embora gostassem do trabalho no campo, estudaram e trabalharam fora desde novos. O irmão mais velho sempre trabalhou na câmara municipal, a irmã, numa fábrica. Voltaram a explorar o terreno agrícola, desta vez só para consumo da família, após a reforma. O irmão tinha uma oficina onde dedicava os tempos livres a realizar pequenos trabalhos de arranjos. Por seu lado, a irmã fazia trabalhos de costura para fora a par das tarefas domésticas.

Ambos eram casados e com filhos, um dos quais ainda morava em casa dos pais. O dia-a-dia desta família era gerido entre as tarefas normais do quotidiano, o trabalho na agricultura e o cuidado á mãe.

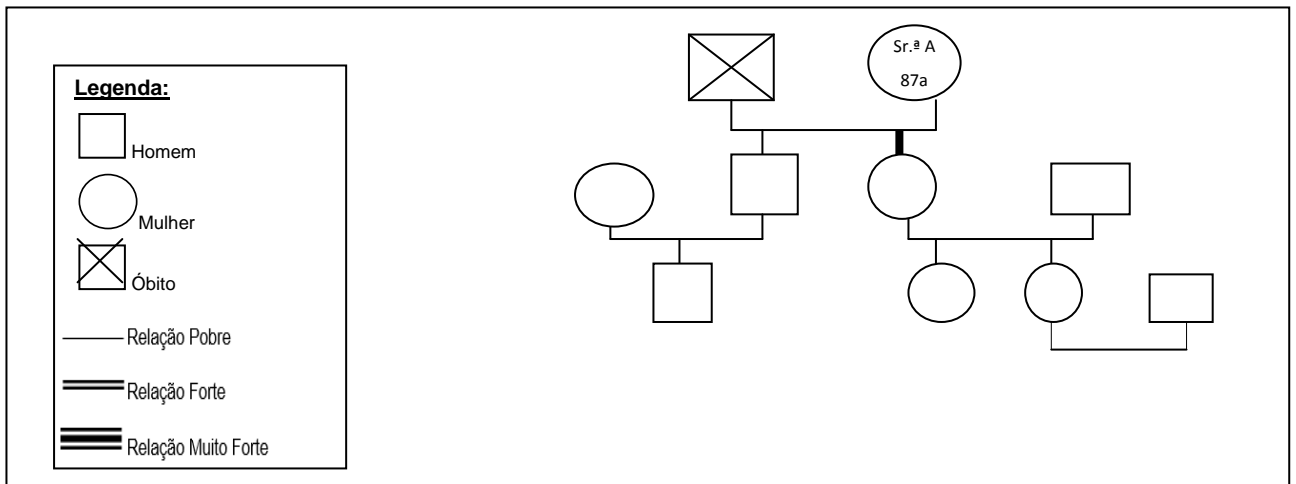
A filha referia ter o grande apoio do irmão, mas era nela que recaíam as tarefas com a roupa e com a alimentação. Nunca necessitou de outros recursos para cuidar da mãe, mas neste momento e com o aparecimento de lesões na pele, sentiu a necessidade de pedir ajuda.

### e) Situação sociofamiliar

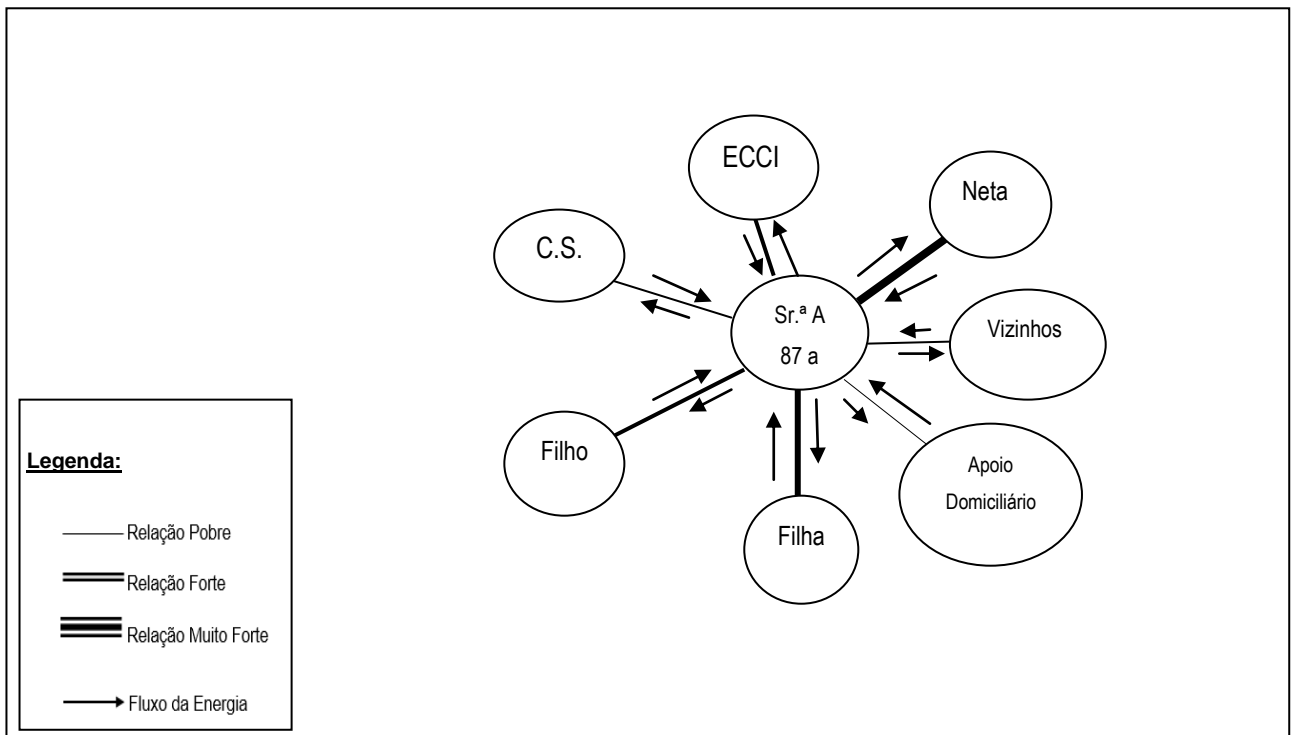
Os membros familiares interagem entre si, e a natureza desta relação foi avaliada através de um instrumento designado por *Apgar Familiar* desenvolvido por *Smilkstein* em 1978, que permite mensurar a satisfação de um membro da família relativamente à assistência que lhe é dispensada pelos restantes membros dessa família (Andrade & Martins, 2011).

Através da relação estabelecida com esta família e das diversas observações e interações que pude experienciar ao longo do estágio depreendo que esta família era funcional e coesa, no entanto foi avaliado o índice de *Apgar* familiar que revelou uma família altamente funcional (Apêndice VI).

Foi realizado um genograma e ecomapa da família de forma a esquematizar a estrutura familiar e as relações entre si, estas informações foram recolhidas através da entrevista realizada à filha da Sr.<sup>a</sup> A.



**Figura 1: Genograma**



**Figura 2: Ecomapa**

Na primeira visita multidisciplinar a esta família, foi realizada uma avaliação social, pela Assistente Social, que questionou a filha acerca dos rendimentos da própria e da necessidade do pedido do complemento de dependência.

### 3. O que sabemos sobre a doença da pessoa

#### f) História de saúde

Como antecedentes pessoais médicos destacaram-se a hipertensão arterial, a osteoporose, o acidente vascular cerebral e as infecções do trato urinário.

Como medicação habitual cumpria o seguinte plano terapêutico:

Medicação	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar
Ácido acetilsalicílico 100mg		x	
Losartan 50 mg	x		
Buscopan	x	x	X
Varimine (vitaminas)		X	
Paracetamol		Se dor ou febre	

#### g) História de doença atual

Na sequência do último internamento há 2 anos no serviço de neurologia pelo diagnóstico de AVC, mantinha-se acamada. Inicialmente realizou sessões de fisioterapia mas como não houve recuperação motora a família suspendeu por iniciativa própria.

A filha fazia a ligação com o médico de família no centro de saúde em situações de doença aguda. Como intercorrências relevantes verificaram-se dois episódios de infecção urinária, e outro de infecção respiratória com necessidade de observação médica no domicílio e instituição de antibiótico. Segundo a família, a infecção urinária era um problema recorrente, apesar dos cuidados com a mudança frequente de absorvente e do aporte de líquidos que lhe administravam, verificavam muitas vezes a presença de urina muito concentrada na fralda.

O risco de infecção respiratórias de repetição era elevado, esta família não possuía aspirador em casa, pelo que, na presença de secreções, incentivavam a Sr.<sup>a</sup> A. a tossir, o que, nem sempre era eficaz. A presença de sialorreia pela ausência do reflexo de deglutição era uma constante.

Os filhos referiram que não gostavam de ir com a mãe ao hospital e que sempre que possível, preferiam a ida do médico a casa. O que acontecia também para a realização de análises anuais.

No último mês tinham sentido mais dificuldade na prestação de cuidados, devido nomeadamente à presença de lesões na pele, e ao episódio de diarreia e vômitos que a levou a perder peso, estando mais magra e debilitada. Foi medicada pelo médico de família com vitaminas que tomou desde aí.

A filha após uma ida ao centro de saúde referiu ao médico de família que estava a necessitar de ajuda para cuidar da mãe, o clínico encaminhou de imediato para a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados continuados (UCC) que realizou a primeira visita de enfermagem para avaliar a situação familiar, e em seguida uma nova visita multidisciplinar para a sua admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) e em especial na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Após a avaliação das várias dimensões da pessoa idosa e da família foram identificados como principais problemas na pessoa idosa e família: **o risco elevado de desenvolvimento de UP, com presença de lesões cutâneas; a desnutrição verificando-se acentuada magreza; o risco de infeção urinária; e a sobrecarga ligeira do cuidador familiar.**

Assim, em parceria com a família foram esclarecidos os principais problemas e definidos os objetivos, por forma a assumir ou assegurar a continuação do projeto de vida de saúde da pessoa idosa. Através de um processo negociado e de compromisso as intervenções necessárias foram implementadas, respeitando o que se sabe sobre a pessoa idosa e sua família. O enfermeiro ajuda e dá suporte, partilha conhecimentos, com base no que faz sentido para esta pessoa idosa e sua família, assume-se como recurso, desenvolve competências - capacita (Gomes, 2013).

Em seguida será apresentado o plano de cuidados de acordo com os problemas identificados estabelecendo diagnósticos e intervenções de enfermagem.

## II. PLANO DE CUIDADOS

Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção	Avaliação
<b>Úlcera de pressão</b>	<b>Alto Risco de úlcera de pressão (Score de 8)</b>	<p>Avaliar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden;            Avaliar regularmente as condições da pele;            Instruir a família sobre o que é, como se desenvolve, quais os fatores de risco e os sinais de alerta da UP;            Lavar a região perianal e genital após evacuar;            Evitar a humidade, mantendo a pele limpa, seca e hidratada;            Usar creme hidratante para a pele seca;            Ensinar a família a não massajar de forma vigorosa as proeminências ósseas ou as zonas mais suscetíveis ao desenvolvimento de úlceras de pressão;            Realizar ensino sobre alternância de decúbitos – posicionamentos;            Manter a roupa da cama limpa, seca e sem vincos;            Incentivar o uso do resguardo de pano para facilitar a mobilização e posicionamentos;            Providenciar dispositivos auxiliares de alívio de pressão (colchão anti escara e almofadas);            Supervisionar e assistir nos posicionamentos, em intervalos regulares de acordo com a avaliação da pele e suas características;            Ensinar a família a vigiar a integridade da pele, em especial dos calcâneos;            Proceder a elevação dos calcâneos e ao alívio da pressão nos pés exercido pela roupa da cama;            Realizar o tratamento a UP de categoria II na região sagrada e trocantérica esquerda;            Proceder à avaliação da dor;            Incentivar a família para a realização de levante;            Ponderar ajuda - apoio domiciliário para realização de higiene parcial e posicionamentos,</p>	<p><b>27/01/2015</b>            Foi realizada uma avaliação da pele, avaliação do risco de UP, feridas e sua caracterização;            Apresentava alto risco de desenvolver UP com score de 8 na escala de Braden;            Foram realizados ensinamentos à família sobre hidratação e limpeza da pele, aferindo conhecimentos, e dando reforço positivo ao que já faziam;            A pele dos calcâneos estava íntegra, foi explicitado à família que esta também é uma zona de risco de lesão;            Explicada a importância de realizar levante;            Avaliados os recursos desta família, nomeadamente os dispositivos de alívio de pressão, foi explicitado a importância de almofadas e de um novo colchão anti escaras; A família ponderou esta hipótese.            Foram recolhidos os documentos para ingressar a família na RNCCI;            Execução de penso 2x por semana pela ECCI;            Entregue folheto sobre os cuidados a ter para a prevenção de UP;            Em conjunto com a família, a equipa pondera a avaliação, pela lesão na região sagrada;</p> <p><b>03/02/2015</b>            Foi colocado novo colchão anti escara de pressões alternadas;            Realizado ensino sobre a sua utilização e regulação de pressão;            Família detém mais conhecimentos acerca do risco de desenvolvimento de UP; a filha disponibilizou mais almofadas para os posicionamentos;            Realização de tratamento a ferida na região sagrada – a Sr.ª A, foi algaliada com sonda <i>Foley</i> nº 16 apenas o tempo necessário para cicatrização da lesão;            Realizados ensinamentos sobre o manuseio da algália;            Reforçada necessidade de um cadeirão para a realização de levante; a família estava a providenciar;</p> <p><b>10/02/2015</b>            Não surgiram novas lesões cutâneas;            A família detinha conhecimentos sobre prevenção de UP, esclarecia dúvidas com a equipa;            A filha administrou 1g de paracetamol antes da visita de enfermagem por dor á mobilização;            A Sr.ª A fez levante;</p>

Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de enfermagem	Avaliação
Incontinência urinária	Risco de Infecção urinária	<p>Ensinar a filha sobre os cuidados a ter com o manuseio da algália e os cuidados de higiene;</p> <p>Instruir sobre o despejo do saco, seu posicionamento e fixação;</p> <p>Vigiar as características da urina;</p> <p>Vigiar sinais de infecção – instruir para a avaliação da temperatura se tremores;</p> <p>Remover cateter urinário o mais precocemente possível;</p> <p>Instruir a família sobre os cuidados inerentes à prevenção de infecção do trato urinário;</p> <p>Vigiar débito urinário;</p> <p>Incentivar a administração de reforço hídrico, nomeadamente água, chás e sumos por sonda nasogástrica;</p>	<p><b>27/01/2015</b></p> <p>Algaliada com sonda <i>Foley</i> nº 16, explicitando à família que seria apenas pelo mínimo tempo necessário para cicatrização da úlcera de pressão na região sagrada;</p> <p>Realizados ensinios sobre o manuseio da algália;</p> <p><b>03/02/2015</b></p> <p>Foi explicada a necessidade da manutenção da algália durante o tratamento da UP na região sagrada;</p> <p>Desmistificados os perigos da algaliação através de uma boa técnica de manuseio e higienização;</p> <p>Vigilância de sinais vitais (temperatura), características da urina;</p> <p><b>10/02/2015</b></p> <p>A Sr.<sup>a</sup> A. não desenvolveu infecção urinária</p> <p>Manteve-se algaliada até ao fim do tratamento da lesão cutânea na região sagrada;</p>

Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de enfermagem	Avaliação
Malnutrição	Desnutrição (MNA=12). Por episódio de vômitos e náuseas.	<p>Avaliar o estado nutricional da Sr.<sup>a</sup> A;</p> <p>Ponderar a introdução de suplementos nutricionais de reforço proteico e calórico entre as principais refeições;</p> <p>Explicar à família a importância de uma nutrição adequada para a redução dos problemas de saúde, nomeadamente o aparecimento de UP;</p> <p>Reforçar a administração de líquidos (água, sumos, chá) por sonda;</p> <p>Ponderar a introdução de um lanche a meio da manhã e da ceia;</p> <p>Instruir a família para a administração de fruta em puré como sobremesa;</p> <p>Vigiar sinais de náuseas, vômitos ou diarreia;</p>	<p><b>27/01/2015</b></p> <p>Foi reforçada a administração de líquidos, e sua contabilização, presença de um jarro de água na mesa de apoio;</p> <p>Filha detinha conhecimentos sobre alimentação por sonda, comprometeu-se a dar mais duas refeições por dia;</p> <p><b>03/02/2015 - 10/02/2015</b></p> <p>Reavaliação do peso através de uma estimativa;</p> <p>Melhoria da integridade cutânea;</p> <p>Não surgiram novas lesões;</p> <p>Não se verificaram episódios de náuseas, vômitos ou diarreia;</p> <p>Bom débito urinário, urina clara e sem sedimento;</p>

Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de enfermagem	Avaliação
Cuidador familiar	Ligeira sobrecarga do cuidador segundo a ESC de Zarit (48 pontos)	<p>Conversar com a filha da Sr.<sup>a</sup> A, sobre a possibilidade de ajuda nos cuidados de higiene mobilizando apoio domiciliário pelo menos duas vezes por dia;</p> <p>Informar sobre os recursos existentes na comunidade e as diversas formas de ajuda;</p> <p>Ajudar o cuidador a identificar quais as principais dificuldades e quais os principais fatores de stresse;</p> <p>Aplicar a escala de sobrecarga do cuidador;</p> <p>Explicar a necessidade de atividades de lazer do seu interesse;</p> <p>Orientar sobre os cuidados necessários;</p> <p>Proporcionar conhecimentos sobre a prestação de cuidados (sobre a alimentação, prevenção de feridas e infeções do trato urinário);</p> <p>Orientar sobre a técnica do levantar;</p> <p>Dar reforço positivo acerca do que está a ser feito;</p> <p>Realizar uma planificação das atividades ao longo do dia, fomentar a participação do irmão mais velho no cuidado à mãe;</p> <p>Esclarecer dúvidas, fornecer ajuda;</p> <p>Fazer com o cuidador, exemplificar;</p> <p>Orientar sobre estratégias a adotar em caso de situações de urgência;</p> <p>Proporcionar conforto e ambiente seguro à Sr.<sup>a</sup> A. para que o cuidador possa realizar as suas atividades;</p> <p>Explicar atividades de recreação e de lazer para a Sr.<sup>a</sup> A;</p>	<p><b>27/01/2015</b></p> <p>A família detém conhecimentos acerca dos diversos recursos existentes na comunidade;</p> <p>Ingressou na ECCL tendo apoio de enfermagem duas vezes por semana;</p> <p>Ponderam a possibilidade de apoio domiciliário;</p> <p><b>03/02/2015</b></p> <p>Negociado o apoio domiciliário – os filhos mantêm a vontade de realizar os cuidados de higiene todos os dias à Sr.<sup>a</sup> A. No entanto aceitam ajuda para os posicionamentos, mudanças de fralda e roupas de cama duas vezes por dia;</p> <p><b>10/02/2015</b></p> <p>A filha pediu a colaboração do irmão para administração de algumas refeições, nomeadamente os almoços, para conseguir fazer compras com mais calma, ausentar-se da quinta por períodos mais longos;</p> <p>Na sequência da preocupação da filha que considera que a mãe passa muito tempo sozinha, sugeriu-se a colocação de uma rádio com música da preferência da pessoa idosa, que neste caso era Fado.</p>

### III. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a realização do plano de cuidados e dos resultados obtidos importa uma avaliação destes e de uma pequena reflexão sobre o trabalho desenvolvido.

Ao longo das quatro semanas de estágio pude compreender que nem tudo o que é óbvio para o profissional de saúde é para a família que cuida. É necessário realizar cedências, abdicar de algumas crenças e valores indo ao encontro das convicções da família e da pessoa idosa.

Foi possível através de uma ação negociada e ponderada em conjunto com a família assumir os principais compromissos:

- Aquisição de um novo colchão anti escaras;
- Fazer uma gestão do apoio domiciliário de acordo com as necessidades da família e da vontade de serem os filhos a continuarem a realizar os cuidados de higiene;
- Realização de levante;
- Ajudar no desenvolvimento de estratégias de *coping* do cuidador;
- Negociar a introdução de dois pequenos lanches e a implicação do irmão dos cuidados com a alimentação, em benefício da saúde da irmã;
- Ponderado o procedimento de algaliação e a sua remoção logo após a cicatrização da úlcera por pressão na região sagrada.

Todas estas estratégias foram negociadas, pensadas em família e em equipa, praticadas, exemplificadas, traduzidas num esforço conjunto para assegurar o cuidado, tendo em conta o que fazia sentido para esta família e para a pessoa idosa (Gomes, 2013).

Sabendo que o processo de Parceria é um *contínuum* de 5 fases, e que estas não são estanques, foi mais fácil proceder a avaliação das atividades de forma cronológica. Por fim, a **5º fase** do processo de Parceria reflete as capacidades que esta família adquiriu para continuarem a cuidar da pessoa idosa apesar das dificuldades sentidas após o surgimento das UP, e do elevado risco de desenvolvimento de novas feridas, detendo conhecimentos sobre a sua prevenção, mantendo-se a equipa dos cuidados continuados como recurso.

## IV. CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo de caso pude desenvolver competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa em contexto domiciliário. Com a avaliação multidimensional desta família foi mais fácil intervir em Parceria, pois detinha conhecimentos sobre o projeto de vida e de saúde destes, adequando as intervenções de forma personalizada.

A rede nacional de cuidados continuados assume-se com uma importante alternativa aos cuidados centrados no hospital, permitindo que a pessoa idosa permaneça no seu contexto social e familiar mesmo com dependência funcional severa. Tem o enfermeiro especialista o papel de orientar, prestar cuidados, partilhar conhecimentos e supervisionar o cuidado de forma a capacitar o cuidador e ou a pessoa idosa para o cuidado de Si (Gomes, 2013).

Entre o enfermeiro e a família deve ser estabelecida uma relação de partilha e de negociação que estimule a parceria nos cuidados. Nesta situação específica de cuidados foi possível ao longo das visitas de enfermagem semanais ajudar a família, dotando-a de conhecimentos e novas estratégias, através da estruturação de compromissos para assegurar o cuidado da pessoa idosa.

Para mim foi essencial a realização deste estudo de caso, pois após nove anos em contexto hospitalar, desconhecia a realidade do trabalho realizado com contexto domiciliário e da importância major da família no cuidado à pessoa idosa dependente. Reconheço agora que através de uma relação de Parceria com a família é possível prevenir complicações e problemas de saúde no idoso dependente. No entanto, salvaguardo após a realização deste trabalho, a importância de uma avaliação do cuidador que representa um elevado contributo para a manutenção da qualidade de vida do ente querido, mas que também necessita de assistência e de cuidados (Sequeira, 2010).

O enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, em especial na vertente de enfermagem à pessoa idosa, pelo conhecimento científico específico pode ser um elemento essencial nas ECCI.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40: 185-199.

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido a 01/06/2014. Disponível em [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf);

Sequeira, C. A. C. (2010a). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista referência*. II (12).9-16. Acedido em 27/02/2015. Disponível em [https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=303&codigo=](https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=303&codigo=)

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I – ENTREVISTA DE ZARIT**

<b>ENTREVISTA DE ZARIT DE SOBRECARGA DO CUIDADOR</b>	
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	<b>NUNCA (0)</b>
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	<b>QUASE SEMPRE (4)</b>
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	<b>BASTANTES VEZES (3)</b>
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	<b>NUNCA (0)</b>
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	<b>NUNCA (0)</b>
6. Sente que o seu familiar afecta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?	<b>ALGUMAS VEZES (2)</b>
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?	<b>ALGUMAS VEZES (2)</b>
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?	<b>QUASE SEMPRE (4)</b>
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	<b>BASTANTES VEZES (3)</b>
10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	<b>BASTANTES VEZES (3)</b>
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	<b>ALGUMAS VEZES (2)</b>
12. Sente que a sua vida social foi afectada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?	<b>ALGUMAS VEZES (2)</b>
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?	<b>QUASE SEMPRE (4)</b>
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	<b>RARAMENTE (1)</b>
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	<b>BASTANTES VEZES (3)</b>
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	<b>ALGUMAS VEZES (2)</b>
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	<b>BASTANTES VEZES (3)</b>
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?	<b>ALGUMAS VEZES (2)</b>
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?	<b>ALGUMAS VEZES (2)</b>
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	<b>ALGUMAS VEZES (2)</b>
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	<b>ALGUMAS VEZES (2)</b>
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	<b>ALGUMAS VEZES (2)</b>
<b>48 PONTOS</b>	

Sem sobrecarga (&lt; 46)

Sobrecarga ligeira (47 – 55)

Sobrecarga intensa (&gt;56)

Ferreira et al (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de saúde*. 3(2)13-19.

Acedido em 27/01/2015. Disponível em

[http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10936/1/CSaude\\_3-2\\_2010%282%29.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10936/1/CSaude_3-2_2010%282%29.pdf)

**APÊNDICE II – Avaliação nutricional**  
*Mini Nutritional Assessment (MNA)*

## Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé  
Nutrition Institute

Apelido: SusA Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: 84 Peso: 50 kg Altura: 1,45 m Data: \_\_\_\_\_

Responda à secção "Índice", preenchendo os espaços com os números adequados. Some os números da secção "Índice". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue a preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de nutrição.

### Índice

**A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?**

0 = diminuição grave da ingestão  
1 = diminuição moderada da ingestão  
2 = sem diminuição da ingestão

**B. Perda de peso nos últimos 3 meses**

0 = superior a 10% quilos  
1 = não sabe informar  
2 = entre 5% e 10% quilos  
3 = sem perda de peso

**C. Mobilidade**

0 = não se levanta ou à cadeira de rodas  
1 = necessita mais não à cadeira de rodas  
2 = normal

**D. Passou por algum outro problema ou doença aguda nos últimos três meses?**

0 = não  
1 = sim

**E. Problemas neuropsiquiátricos**

0 = ausência de sintomas graves  
1 = sintomas ligeiros  
2 = sintomas neuropsiquiátricos

**F. Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / altura [m]<sup>2</sup>)**

0 = IMC < 16  
1 = 16 - 18,5  
2 = 18,5 - 25  
3 = IMC > 25

Pontuação do Índice (subtotal, máximo de 16 pontos):  12-14 pontos: estado nutricional normal  
 8-11 pontos: sem risco de desnutrição  
 0-7 pontos: desnutrido  
Para uma avaliação mais detalhada continue com as perguntas G-Q

### Avaliação global

**G. O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)**

1 = sim  
2 = não

**H. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?**

0 = sim  
1 = não

**I. Lesões de pele ou escaras?**

0 = sim  
1 = não

**J. Quantas refeições faz por dia?**

0 = uma refeição  
1 = duas refeições  
2 = três refeições

**K. O doente consome:**

- + pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijos, iogurte)?  sim  não
- + duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?  sim  não
- + carne, peixe ou aves todos os dias?  sim  não

0 = nenhuma ou uma resposta «sim»  
0,5 = duas respostas «sim»  
1,0 = três respostas «sim»

**L. O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?**

0 = não  
1 = sim

**M. Quantas copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?**

0,0 = menos de três copos  
0,5 = três a cinco copos  
1,0 = mais de cinco copos

**N. Modo de se alimentar**

0 = não é capaz de se alimentar sozinho  
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade  
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

**O. O doente acredita ter algum problema nutricional?**

0 = acredita estar desnutrido  
1 = não sabe dizer  
2 = acredita não ter um problema nutricional

**P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?**

0,0 = pior  
0,5 = não sabe  
1,0 = igual  
2,0 = melhor

**Q. Perímetro braquial (PB) em cm**

0,0 = PB < 21  
0,5 = 21 - 26,5  
1,0 = PB > 26,5

**R. Perímetro da perna (PP) em cm**

0 = PP < 31  
1 = PP > 31

**Avaliação global (máximo 16 pontos)**  12-14 pontos: estado nutricional normal  
 8-11 pontos: sem risco de desnutrição  
 0-7 pontos: desnutrido

**Pontuação da Índice**  12 pontos

**Pontuação total (máximo 30 pontos)**  28 pontos

**Avaliação do Estado Nutricional**

de 24 a 30 pontos  estado nutricional normal  
de 17 a 23,5 pontos  sem risco de desnutrição  
menos de 17 pontos  desnutrido

Referências  
1. Vellas D, Sjöström M, Andres R, et al. Overview of the MNA® - A history and challenges. J Nutr Health Aging. 2010; 14:499-501.  
2. Rubenstein LZ, Haber CJ, Serna A, Gagny Y, Veloso D. Screening for Undernutrition in Geriatric Patients: Development of the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geriatr. 2001; 56: 600-607.  
3. Gagny Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA): Review of its Use in the World. J Nutr Health Aging. 2008; 12:400-407.  
© Nestlé de Produtos Lactea, S.A., Vevey, Suíça/ Nestlé Nutrition Institute  
© Nestlé, 1994, Revisão 2010. M7200-1288-01M  
New: www.nestle.com | www.mna.nestle.com

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido a 01/06/2014. Disponível em [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf);

**APÊNDICE III – Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por  
pressão – Escala de Braden**

**Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão – Escala de Braden**

					1	2	3	4
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. 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 sêdação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto 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>3. 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>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	X			
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. 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>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.		X		
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. 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>3. 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>4. 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.	X			
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	X			
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. 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). Ingerir 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>2. 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>3. 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>4. 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.		X		
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. 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>2. 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>3. 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 correcta posição na cama ou cadeira.		X			
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					<b>Pontuação total</b>			
					<b>Alto risco</b> <b>8</b>			

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Validada para Portugal por Margato, Carlos; Miguéns, Cristina; Ferreira, Pedro; Gouveia, João; Furtado, Kátia.(2001)

**APÊNDICE IV** – Avaliação das atividades básicas de vida diária  
– Índice de *Barthel*

**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA – Índice de Barthel**

<b>10 itens</b>	<b>Evacuar</b>	0 – Incontinente	0
		5 – Acidente ocasional	
		10- Contigente	
	<b>Urinar</b>	0 – Incontinente/algaliado/incapaz de urinar sem ajuda	0
		5– Acidente ocasional	
		10 - Contigente	
	<b>Higiene Pessoal</b>	0 – necessita de ajuda	0
		5 -Independente	
	<b>Ir à casa de banho</b>	0 – Dependente	0
		5 – Necessita de ajuda	
		10 - Independente	
	<b>Alimentação</b>	0 – Dependente	0
		5 – Necessita de ajuda/adaptação da dieta	
		10 -Independente	
	<b>Transferência</b>	0 – Incapaz de se manter sentado	0
		5 – Grande ajuda – necessita de ajuda física de 1 ou 2 pessoas; pode sentar-se	
		10 – Necessita de alguma ajuda (física ou verbal)	
		15 – Independente (em todas as fases)	
	<b>Mobilidade Caminhar numa superfície nivelada</b>	0 – Imobilizado/mobiliza-se menos de 50 metros	0
		5 – Independente uso cadeira de rodas, mais 50 metros	
		10 – Caminha com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa, mais de 50 metros	
		15 – Independente (pode utilizar qualquer ajuda), mais de 50 metros	
	<b>Vestir/Despir</b>	0 – Dependente	0
		5 – Necessita de ajuda	
10 - Independente			
<b>Escadas</b>	0 – Dependente	0	
	5 – Necessita de ajuda		
	10 -Independente		
<b>Banho</b>	0 – Dependente	0	
	5 – Independente (banheira ou chuveiro); não necessita de ajuda		
<b>TOTAL</b>			<b>0</b>

Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de vida* 25(2):59-66. Acedido a 06/02/2015. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>

**APÊNDICE V** – Avaliação das atividades instrumentais de vida diária  
Índice de *Lawton*

<b>ÍNDICE DE LAWTON</b>	<b>Cuidar da casa</b>	Cuida da casa sem ajuda	1	5
		Faz tudo exceto o trabalho pesado	2	
		Só faz tarefas leves	3	
		Necessita de ajuda para todas as tarefas	4	
		Incapaz de fazer qualquer tarefa	5	
	<b>Fazer compras</b>	Faz as compras sem ajuda	1	4
		Só faz pequenas compras	2	
		Faz as compras acompanhado	3	
		É incapaz de ir às compras	4	
	<b>Preparar a comida</b>	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	4
		Prepara se lhe derem os ingredientes	2	
		Prepara pratos pré cozinhados	3	
		Incapaz de preparar refeições	4	
	<b>Uso do telefone</b>	Usa-o sem dificuldade	1	4
		Só liga para lugares familiares	2	
		Necessita de ajuda para o usar	3	
		Incapaz de usar o telefone	4	
	<b>Lavar a roupa</b>	Lava a sua roupa	1	3
		Só lava pequenas peças	2	
		É incapaz de lavar a roupa	3	
	<b>Uso de transporte</b>	Viaja em transporte público ou conduz	1	4
		Só anda de táxi	2	
		Necessita de acompanhamento	3	
		Incapaz de usar o transporte	4	
	<b>Uso do dinheiro</b>	Paga as contas, vai ao banco	1	3
		Só em pequenas quantidades de dinheiro	2	
		Incapaz de utilizar o dinheiro	3	
	<b>Responsável pelos medicamentos</b>	Responsável pela medicação	1	3
		Necessita que lhe preparem a medicação	2	
		Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3	
			<b>TOTAL</b>	
			30	
Severamente dependente, necessita de muita ajuda.				

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido a 01/06/2014. Disponível em [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf);

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;

## **APÊNDICE VI – Avaliação familiar - *Apgar***

## APGAR FAMILIAR

	Quase sempre (2 pontos)	Às vezes (1 ponto)	Raramente (0 pontos)
Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo me está a incomodar	2		
Estou satisfeito com a maneira como a minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas	2		
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor	2		
Sinto que a minha família aceita os meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida		1	
Estou satisfeito com a maneira com que eu e a minha família passamos o tempo juntos		1	
Total		8	

O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar:

- De **7 a 10** pontos sugere uma família **altamente funcional**.
- De **4 a 6** pontos sugere uma família com **disfunção leve**.
- De **0 a 3** pontos sugere uma família com **disfunção severa**.

Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40: 185-199.

**APÊNDICE XV – FOLHETO**  
Úlceras por pressão: Guia para o Cuidador, como Prevenir?

### O que não deve fazer!

- Não deve massajar a pele sobre as proeminências ósseas, correndo o risco de lesar a pele;
- Não deve almofadar as zonas de pressão (tais como os calcâneos) pois impede a visualização da pele e da vigilância dos sinais de alerta;
- Evite o posicionamento sobre áreas com lesão;
- Não deve posicionar o seu familiar sobre os dispositivos médicos que use, como é o caso das sondas vesicais (algalias) e sondas nasogástricas;
- Evite arrastar o corpo durante o posicionamento, o ideal é o seu levantamento, para isso, use resguardos de pano, para o auxiliar nas mobilizações;



### Ana Filipa Alves Duarte

Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientação: Idalina Delfina Gomes – Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



### Úlceras por Pressão



Guia para o cuidador  
Como prevenir?



Serviço de Urgência Geral

Telefone :

## O que são?

“Uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em função ou de uma combinação entre esta e forças de torção”

Caixa de texto

NPURP/ERJAP 2009

- Esta lesão é considerada uma complicação de saúde, especialmente grave na pessoa idosa que causa:

- elevado impacto na qualidade de vida da família e do doente;

- elevados custos de tratamento;

- Dor, morbidade e mortalidade.

**Podem ser evitadas através de medidas eficazes de prevenção.**

## Como surgem?

Resultam da pressão prolongada, contínua e elevada da pele sobre uma superfície, por exemplo, contra a cama e/ou a cadeira de rodas, em pessoas com redução da mobilidade.

Ocorre o bloqueio da circulação sanguínea não permitindo a passagem de oxigênio para os tecidos e células, que revestem as proeminências ósseas, levando à sua destruição.

## Fatores de Risco

Idade—Pessoa Idosa

Incontinência Urinária e fecal (Uso de fralda)

Pessoa acamada ou em cadeira de rodas (Incapaz de se mobilizar)

Desnutrição/ Desidratação

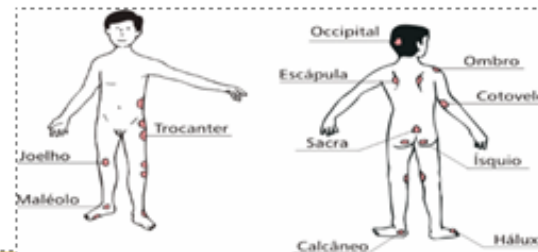
Doenças tais como a Diabetes, Demência, AVC

Sinais de alerta de desenvolvimento de úlceras por pressão:

- Alterações da cor (vermelhidão e pele escura)
- Alterações da textura e forma da pele (endurecimento e flutuações)
- Alterações de sensibilidade
- Presença de calor e dor

## Onde surgem?

### - Proeminências ósseas



## Como se previnem?

### Cuidados com a pele

- Deve estar atento aos sinais precoces de alerta, observando a pele regularmente;
- Realizar os cuidados de higiene com produtos adequados ao tipo de pele;
- Aplicar creme hidratante após os cuidados de higiene;
- Reforçar a proteção da pele através de cremes especiais, tais como o **Vit. A** e o **Hálux**.

### Evitar a pressão

- Posicionamentos de 2/2 Horas na cama e de 15/15 min em cadeira de rodas, ou sempre que se justificam, de acordo com a avaliação e integridade da pele;
- Ponderar o uso de colchões anti-escaras e almofadas que o ajudam a posicionar o seu familiar, aliviando a pressão sobre as proeminências ósseas e asseguram conforto;

### Reduzir a Humidade da pele

- Secar bem a pele após o banho
- Realizar mudanças de fraldas frequentes, mantendo a pele o mais seca possível

### Nutrição e hidratação adequada

- Uma hidratação adequada é fundamental para o correto funcionamento do seu corpo, mantendo-o saudável;
- Encorajar a ingestão mínima de oito copos de água por dia ou (5l)
- A ingestão de proteínas ajuda a cicatrização e regeneração das células, são boas fontes de proteínas os produtos lácteos, os ovos, carnes, peixe, fígado, assim como frutos secos (nozes, amêndoas), as leguminosas (feijão) e as gelatinas.

## **APÊNDICE XVI – Notas de campo**

## NOTAS DE CAMPO 1 – No momento da Alta

Esta atividade pretende a descrição de uma situação de prática de cuidados entre mim enquanto estudante, entre a pessoa idosa dependente e a sua família, aquando do momento de alta clínica em contexto hospitalar no Serviço de Observação do Serviço de Urgência Geral, no mês de Outubro.

A par da sua descrição é feita uma análise reflexiva. A capacidade de reflexão é natural, no entanto nem sempre o fazemos de forma a desenvolver novo conhecimento sobre nós mesmos e do mundo que nos rodeia. A reflexão para Santos & Fernandes (2004, p. 60) “envolve a acção voluntária e intencional de quem se propõe refletir, o que faz com que a pessoa que faz a reflexão mantenha em aberto a possibilidade de mudar”. Corroboram esta ideia Alarcão & Tavares (2010) acrescentando que a capacidade de refletir e analisar é um dos pilares da construção de uma identidade profissional. Esta análise reflexiva será realizada tendo por base as cinco fases do processo de parceria como intervenção de enfermagem (Gomes, 2009, 2013).

Descrição da prática de cuidados	Análise reflexiva
<p>A Sr.<sup>a</sup> M. de 89 anos estava internada no SUG desde a madrugada do dia anterior. Na curta nota do enfermeiro da triagem lia-se: “Recorre ao SUG por prostração e farfalheira, aspiração de conteúdo alimentar (?)” O processo clínico vai revelando alguns pormenores dos seus antecedentes de saúde e doença. Nomeadamente outros internamentos, mas não estava descrito qual o seu contexto familiar, onde vivia e com quem, se estaria institucionalizada ou em casa própria com cuidadora.</p> <p>Estamos no 2º dia de internamento no So2 (destinado a senhoras mas que hoje é “misto”) na passagem de turno a colega referia-se à Sr.<sup>a</sup> M como estando prostrada com um score de 10 (3+1+6) na escala de coma de Glasgow, com SNG para alimentação e hidratação, Sinais vitais estáveis, nomeadamente a saturação de Oxigénio, pois tinha suspenso o aporte de oxigénio no turno anterior. Apresentava soro fisiológico em veia periférica. Estava</p>	<p>Esta situação particular revela a oportunidade de construção de uma relação de cuidados baseada no processo de parceria assente na ação em que o enfermeiro assegura o cuidado do Outro, através da capacitação da família, tendo por base o conhecimento da pessoa e da família (Gomes, 2009).</p> <p>Foi importante, embora que tardiamente conhecer a pessoa idosa e o seu contexto familiar, perceber como era o contexto de vida</p>

confortável, com ar sereno, calma, sem dor, apresentando pele íntegra.

No decorrer do turno a Sr.<sup>a</sup> M, veio a ficar mais desperta, comunicando através de algumas palavras e cumprindo ordens simples, no entanto mantinha a necessidade de SNG pois apresentava alguma disfagia a líquidos. Analiticamente melhorada, estável e por isso com indicação para Alta naquele dia. Foi comunicado telefonicamente á família esta intenção.

Prontamente veio a filha buscar a mãe. No mesmo momento que olha para a mãe, olha para mim como a duvidar do que lhe tinha sido transmitido, e aí percebo pelo seu olhar que algo não está bem.

Prontamente identifico-me, expliquei que era Enfermeira e estava ali para ajudar no que fosse necessário. A familiar comunicou-me que não teria condições de levar a mãe para casa, neste momento percebo que esta familiar era a cuidadora da Sr.<sup>a</sup> M.: “A minha mãe não era assim...falava...e ainda comia sozinha”, “está pior, não a consigo levar para casa”.

Percebo a ansiedade desta familiar, tento então conhecer esta família, nomeadamente o contexto de vida, e este acontecimento de doença da mãe. Tentando acalmar a familiar, mostro disponibilidade para falar sobre estes medos e questiono sobre como era a sua mãe antes deste episódio de internamento. “Sabe, a minha mãe já tem 89 anos, eu tinha que ajudá-la em muita coisa, quase todo, aliás. Mas vive comigo e com a minha família, numa casa térrea”, “às vezes ainda ia ao quintal com ajuda, ela gosta de ver as flores”. “A minha família tem um café, mas conseguimos entre todos os irmãos, que são três, cuidar da mãe...agora com a sonda, não sei”

desta pessoa. De forma a recolher o maior número de informações que ajudam no processo de cuidados. O conhecimento da PI (revelar-se) deve ser realizado desde o momento da admissão de modo a identificar necessidades o mais precocemente.

Envolver a família, dando espaço e tempo para falar sobre os seus medos e ansiedades, revelou-se importante no estabelecimento de uma relação de qualidade e de confiança (Gomes, 2013).

Tendo em conta as dificuldades da família torna-se necessário capacitar o cuidador familiar para assegurar o cuidado da pessoa idosa, neste exemplo específico, na alimentação. Assim, e tendo em conta que se pretende uma ação conjunta no desenvolvimento de competências (Gomes, 2013), partilhei informações pertinentes sobre, potenciais riscos de prolongamento

Percebo a preocupação desta família, entretanto, esclareço que a situação anterior mantém-se, que poderá continuar a fazer o que sempre fez, tendo em conta as preferências e gostos da mãe, e as suas capacidades. No entanto e devido á necessidade de otimizar a hidratação e alimentação, e devido ao risco de novo episódio de aspiração seria importante manter a sonda. Explico que a permanência no Hospital só aumenta o risco de infeção e de outros problemas de saúde na pessoa idosa, tais como as úlceras por pressão devido à imobilização numa maca, e de confusão devido ao ambiente estranho, ruidoso e confuso inerente ao Serviço de Urgência.

De modo a capacitar esta família, para o cuidado a pessoa idosa em contexto de domicílio com alimentação entérica, assumo o compromisso de esclarecer a cuidadora familiar, face a este problema. Assim proponho a realização de ensino sobre a alimentação e hidratação por sonda, que prontamente a filha aceita, referindo que o seu intuito nunca foi deixar a mãe no hospital, mas sim querer o melhor para ela enquanto pessoa. Após a minha exemplificação e explicação sobre todo o procedimento a efetuar, entrego um folheto informativo sobre a alimentação entérica utilizado no serviço. Em seguida a familiar, mais segura, faz o procedimento com a minha supervisão e reforços positivos. Esta fala com a mãe e questiona-a se quer ir para casa? Obviamente os olhos da Sr.<sup>a</sup> M, cintilaram, “sim” responde através de uma voz baixa e rouca. Sinto que esta resposta e a realização do procedimento de modo correto e de forma esclarecida são motivo para que a familiar fique ainda mais confiante nas suas capacidades de cuidar da mãe.

deste internamento e sobre os cuidados a ter com a alimentação por SNG exemplificando a tarefa, dando suporte e reforços positivos quando a cuidadora familiar realizou o procedimento.

A cuidadora familiar assumiu o compromisso de alimentar por SNG a mãe possibilitando uma rápida recuperação e um estado nutricional adequado.

Através desta interação entre familiar, pessoa idosa e enfermeiro foi possível capacitar a cuidadora para assegurar o cuidado da mãe com garantia que adquiriu as capacidades para alimentar a mãe por SNG: reconhece como os alimentos devem ser preparados, como é efetuado o manuseio da sonda, como verificar a sua permeabilidade, como administrar alimentos e medicação e quando deve administrar água, mantendo a permeabilidade da SNG e uma hidratação adequada do

Esclareço ainda que esta situação pode ser transitória e que não estará sozinha neste processo, pode solicitar o esclarecimento de dúvidas junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência e junto do centro de saúde. Que existem equipas de cuidados continuados e visitas domiciliárias que podem ajudá-la a cuidar da mãe, ainda melhor. Posto isto, e em conjunto com a equipa multidisciplinar sugiro a referenciação desta família para a equipa de cuidados continuados do centro de saúde, através da folha de ligação com os cuidados de saúde primários.

seu familiar. A equipa de enfermagem hospitalar e/ou do CS mantêm-se como recursos importantes para apoio nesta fase.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gomes, I. (2009). Cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. *Tese de Doutoramento*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Acedido a 1/10/2014. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3800/4/Tese%20PhD%20Enfermagem%20Idalina%20Gomes.pdf>
- Gomes, I. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;

## NOTAS DE CAMPO 2 – A Pessoa Idosa Confusa no Serviço de Urgência

### Descrição e análise reflexiva da situação de cuidados

Ouvia-se no corredor da urgência...*“esteja quieto”, “não se pode levantar”, “pode cair”... “não retire o oxigênio”.*

Situações como a que vou descrever e refletir nesta nota de campo são infelizmente muito frequentes nos serviços de urgência e, sempre me suscitam elevada frustração. O título resume tudo: “A pessoa Idosa confusa no serviço de urgência”.

A voz que se ouvia era a de uma colega enfermeira que tentava impedir um Sr.<sup>o</sup> de 82 anos de se levantar.

De imediato não consegui perceber o que se passava e a situação ficou um pouco esquecida, estava a prestar cuidados na sala de reanimação juntamente com o enfermeiro orientador, em mais um dia de estágio no serviço em que trabalho. Mais tarde, após o jantar, vou até à sala onde se encontra o Sr.<sup>o</sup>

*“Olá, Boa noite!”* O Sr.<sup>o</sup> responde-me prontamente, *“Boa noite? Só se for para si!”*...Insisto...e continuo: *Então? Porquê? O que se passa?* Tento saber o que o preocupa, avalio de uma forma rápida se está orientado, na pessoa, no tempo e no espaço, através de rápidas questões. Ao contrário do que inicialmente esperava, está orientado, respondendo corretamente ao que perguntei. *“Sou o A. e estou no Hospital”* No entanto não sabe o aconteceu, como veio para o serviço de urgência (SU) e porquê.

*Já viu como estou? Aqui, amarrado à cama?* Infelizmente era uma realidade, estava contido ao leito pelos membros superiores. Tento conhecer a pessoa idosa, mostro disponibilidade para o ajudar, para saber o que se passa, demonstro respeito pelo individuo, e avalio a situação com o cliente. Construo uma relação de cuidados baseada na confiança, mobilizando competências de comunicação, para perceber o que o preocupa e conhecer a pessoa idosa.

Na minha primeira abordagem apresento-me, falo calma, e serenamente, mostro disponibilidade para ouvir o Sr.<sup>o</sup> A. A primeira fase do processo de Parceria **1º Revelar-se**, caracteriza-se por isto mesmo, “pelo dar-se a conhecer

da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados” (Gomes, 2013, p. 99).

Instantes depois...aparece a colega na sala.

Ao longo do estágio no meu local de trabalho, considero que foram mais as vantagens que desvantagens, pois conhecia a equipa, o que se fazia, o que podia ser mudado, bem como todas as especificidades do serviço. No entanto, também existiram algumas dificuldades, que tive de ultrapassar e esta foi uma delas...como contrariar a decisão de um colega de forma assertiva?

A enfermeira precipitou-se a dizer: *“Não retires as imobilizações!”*...

(Mas porquê? ... Pensei eu, ainda sem conseguir estruturar a minha atitude e o meu comportamento perante o sucedido). No entanto, no mesmo instante, reconheci o potencial desta situação para aprendizagem de ambas as partes e desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, baseando a minha intervenção num processo de Parceria. Para Gomes (2013) este modelo de intervenção em enfermagem, contraria a despersonalização dos cuidados, reconhece a pessoa idosa como parceira, como ser único, singular, investindo-o de poder na relação de cuidados, de forma a assumir o **Cuidado de Si**.

*“O Sr. Está confuso tentou levantar-se várias vezes...!”*. De imediato lembrei-me de alguns conteúdos teóricos da especialidade e em especial da disciplina de Supervisão Clínica e de Enfermagem Avançada. Como ser assertiva nesta situação, como suportar a minha prática num corpo de conhecimentos baseados na evidência científica e como partilhar o conhecimento, gerindo a equipa e implementando intervenções adequadas à pessoa idosa.

*“Mas o Sr.º não está confuso!” Sabe onde está, sabe o nome! Já tentas-te saber o que se passa? O que precisa? O porque de querer levantar-se?” Tem febre ou dor?*

Deste modo confirmo, uma vez mais, a necessidade de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa para perceber os reais problemas e intervir adequadamente. No SU nem sempre existe o tempo necessário para este conhecimento aprofundado da pessoa idosa, no entanto, é essencial criá-lo,

adequar as nossas intervenções de enfermagem, e centrá-las na pessoa, fomentando a promoção de um ambiente seguro. A segunda fase do processo de parceria – **Revelar-se**, passa pelo estabelecimento desta relação de qualidade, de solicitude e de disponibilidade. No serviço de urgência o tempo tem que ser gerido de forma adequada, para dar resposta a todas as situações, mas também, é necessário ter consciência do tempo necessário para estabelecer uma ligação com a pessoa idosa e da sua importância na relação.

*Não!..Responde a colega.*

Tentamos então perceber em conjunto o que se passa com a pessoa idosa.

O motivo de vinda ao SU fora uma queda, veio a verificar-se no momento da admissão, tonturas e hipertensão arterial, razão pela qual ficou numa maca. Ao mesmo tempo estava febril. Como diagnóstico provável, infeção respiratória pelo que ficaria a passar a noite em observação na sala aberta, a cumprir oxigénio, antibiótico e repetiria exames no dia seguinte ponderando-se ou não internamento.

*“Preciso ir urinar!”* Refere o Sr.º, no entanto, era evidente que não conseguia levantar-se, apresentava ainda tonturas e cansaço, sendo o risco de queda elevado. Expliquei o que tinha acontecido, o porque de estar no serviço de urgência e as medidas tomadas. Foram retiradas as imobilizações, partilhei informação pertinente de forma transparente sobre o seu plano de cuidados, explicando que ficaria a passar a noite no hospital, que era arriscado fazer levante, que a casa de banho era longe, que não conhecia o espaço e que podia agravar o seu estado clínico. O Sr.º A, compreende a situação, reconhece a necessidade de ajuda face às suas limitações atuais, mostra-se recetivo a aceitar a ajuda da equipa.

Sugerimos então o uso do urinol, que aceitou, apesar de insistir, que ainda conseguia andar, que não era *“nenhum inválido”*.

**Capacito** o Sr.º para o uso do urinol, fomentando a sua autonomia, assumindo a pessoa idosa o **cuidado de Si**, tendo por base a sua singularidade,

a colheita de dados anterior e adequando as suas capacidades.

O Sr.<sup>o</sup> A. apresentava-se mais calmo e demonstrava confiança na equipa. Salvaguardo que o uso do urinol é uma situação transitória, “*Apenas até se sentir melhor*”, **assumo o compromisso** que da próxima vez que quiser urinar, e caso esteja melhor, o levaria à casa de banho, tendo o Sr.<sup>o</sup> comprometendo-se a que não voltava a realizar tentativas de levantar sozinho percebendo os riscos. Na **4º fase** do modelo de parceria, são desenvolvidos esforços mútuos para atingir os objetivos definidos, que aqui eram manter a segurança e a saúde da pessoa idosa mas também ir ao encontro das suas necessidades e desejos.

Apesar desta situação ser tão simples, tão banal, frequente no dia a dia, serviu para refletir como mudei a minha prática usando uma lógica de cuidados centrados na pessoa e em parceria. O Sr.<sup>o</sup> A, a partir daquele momento, estava informado, tinha controlo sobre a sua situação de saúde, detinha conhecimento, e estava mais calmo. “*Agora vou conseguir descansar, Obrigado!*” Revelou assumir controlo do cuidado de Si próprio, do seu projeto de vida e de saúde, manifestando conforto – **5º fase**.

“*Para a próxima vez, já sei... chamo-te!*” Replica a colega.

Senti nesta afirmação alguma ironia, mas não me importei, quero acreditar que esta simples situação de cuidados foi tão importante para mim, como para a pessoa idosa, ou para a colega. Que através de uma situação prática tenha conseguido, fomentar momentos de aprendizagem informais, ser promotora de mudança nos comportamentos e nas práticas, desenvolvendo também competências como enfermeira especialista e competências de cuidado à pessoa idosa na equipa.

Através desta interação pude ter a certeza que foram prevenidas diversas complicações na pessoa idosa durante a permanência no SU: nomeadamente quedas e úlceras por pressão, evitando que o Sr.<sup>o</sup> estivesse confuso e imobilizado durante toda a noite no serviço.

Um elemento chave nesta interação que não foi incluído e que podia ter sido muito benéfico para a pessoa idosa seria a presença de um familiar junto deste, no entanto, já tinham saído do serviço, visto o Sr.<sup>o</sup> ter que permanecer no serviço durante a noite, e não ter sido dada a opção de permanecerem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gomes, I. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;

**APÊNDICE XVII - Grelha de análise dos registos de enfermagem –  
Indicadores de Parceria.**

## GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

### 1ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – REVELAR-SE

#### INDICADORES

##### CONHECER A PESSOA IDOSA

Identidade (nome que gosta de ser chamado)  
Idade  
Profissão  
Estado civil  
Morada / contactos  
Habilitações literárias

REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
-----------	------------------	------------------

##### CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA - CONTEXTO DE SOCIOFAMILIAR

Com quem reside - agregado familiar  
Relações familiares  
Cuidador principal / Pessoa significativa  
Situação económica  
Projeto de vida: como ocupa os tempos livres  
Condições habitacionais  
Recursos comunitários

##### ACONTECIMENTO DE SAÚDE E DOENÇA - CONTEXTO DA DOENÇA

Proveniência  
Motivo de vinda ao SUG  
Motivo de internamento  
Diagnóstico  
Antecedentes pessoais  
Fatores de risco - Co morbilidades  
Medicação habitual  
Hábitos e estilos de vida  
Portador de Feridas (UP)  
Conhece a sua situação de doença  
Tratamento  
Sinais e Sintomas

##### PADRÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Avaliação cognitiva  
Observação física – Avaliação da pele  
Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP –  
Escala de *Braden*  
Avaliação das atividades básicas de vida diária  
(Índice de Barthel)

REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
-----------	------------------	------------------





#### 4ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – COMPROMETER-SE

##### INDICADORES

##### O ENFERMEIRO DESENVOLVE COMPETÊNCIAS NA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA PARA A PREVENÇÃO DE UP

REGISTADO

NÃO  
REGISTADONÃO  
APLICÁVEL

Implementa intervenções na prevenção de UP na pessoa idosa

- Colocação do colchão anti escaras
- Reforço proteico
- Gestão da humidade e dispositivos
- Posicionamentos
- Levante
- Promoção da autonomia

Estabelece compromissos com a pessoa idosa e família

Valida as estratégias

Negoceia novas intervenções

#### 5ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI / ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

##### INDICADORES

##### ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO

REGISTADO

NÃO  
REGISTADONÃO  
APLICÁVEL

A pessoa idosa está informada e prossegue com o seu projeto de vida e saúde prevenindo complicações através

- Deambulação/posicionamentos, cumprimento terapêutico, alimentação saudável, hidratação, cuidados de higiene

Manifesta conforto e bem-estar

##### ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Garante que a família adquiriu capacidades para cuidar da pessoa idosa, nomeadamente na avaliação da pele, posicionamentos, alimentação, hidratação, mobilidade e superfícies de apoio, mantendo-se o enfermeiro como recurso, em caso de necessidade

## **APÊNDICE XVIII – Análise dos Registos de Enfermagem**

- Análise Inicial
- Análise Intermédia

**GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM**

## Análise Inicial

**1ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – REVELAR-SE**

<b>Dia</b>	<b>Nº de utentes em SO</b>	<b>Média de idades</b>	<b>Avaliações escala de Braden</b>	<b>Colchões disponíveis</b>
<b>20 Outubro de 2014</b>	31	(23 Pessoas Idosas) 81.9 anos	16 Alto risco 5 Baixo-risco 2 Não avaliados	5
<b>23 Processos</b>				

**INDICADORES****CONHECER A PESSOA IDOSA**

	<b>REGISTADO</b>	<b>NÃO REGISTADO</b>	<b>NÃO APLICÁVEL</b>
Identidade (nome que gosta de ser chamado)	3	20	
Idade	8	15	
Profissão	0	23	
Estado civil	0	23	
Morada / contactos	0	23	
Habilitações literárias	0	23	

**CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA - CONTEXTO DE SOCIOFAMILIAR**

	<b>REGISTADO</b>	<b>NÃO REGISTADO</b>	<b>NÃO APLICÁVEL</b>
Com quem reside - agregado familiar			
Relações familiares	10	13	
Cuidador principal / Pessoa significativa	3	20	
Situação económica	3	20	
Projeto de vida: como ocupa os tempos livres	0	23	
Condições habitacionais	3	20	
Recursos comunitários	0	23	

**ACONTECIMENTO DE SAÚDE E DOENÇA - CONTEXTO DA DOENÇA**

	<b>REGISTADO</b>	<b>NÃO REGISTADO</b>	<b>NÃO APLICÁVEL</b>
Proveniência	18	5	
Motivo de vinda ao SUG	23	0	
Motivo de internamento	20	3	
Diagnóstico	23	0	
Antecedentes pessoais	22	1	
Fatores de risco - Co morbilidades	22	1	
Medicação habitual	2	21	
Hábitos e estilos de vida	0	23	
Portador de Feridas (UP)	2		21

Conhece a sua situação de doença  
Tratamento  
Sinais e Sintomas

	0	23	
	20	3	
	20	3	
<b>PADRÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>	<b>REGISTADO</b>	<b>NÃO REGISTADO</b>	<b>NÃO APLICÁVEL</b>
Avaliação cognitiva	15	8	
Observação física – Avaliação da pele	2	21	
Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP – Escala de <i>Braden</i>	21	2	
Avaliação das atividades básicas de vida diária (Índice de Barthel)	0	23	
• Higiene pessoal	2	21	
• Evacuar	18	5	
• Urinar	18	5	
• Ir à casa de banho	0	23	
• Alimentar-se	20	3	
• Deslocações	0	23	
• Mobilidade	2	21	
• Vestir-se	0	23	
• Escadas	0	23	
• Tomar Banho	10	13	
Avaliação das AIVD	0	23	
Avaliação da dor	3	20	
Avaliação do Estado Nutricional	0	23	

## 2ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – ENVOLVER-SE

### INDICADORES

#### RELAÇÃO ENFERMEIRO – PESSOA IDOSA / FAMÍLIA (FORMA COMO FOI FEITA A RELAÇÃO)

Avalia e aprofunda o conhecimento que a Pessoa idosa e família têm sobre a sua doença  
Explora o que o doente sabe fazer sozinho e o que necessita de ajuda  
Demonstra tempo e disponibilidade  
Respeita a privacidade da pessoa idosa  
Clarifica os termos da relação  
Esclarece dúvidas e fornece informações pertinentes  
Partilha informação sobre possíveis complicações  
Educação para a saúde à pessoa idosa e família

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
	0	23	
	2	21	
	2	21	
	0	23	
	0	23	
	0	23	
	3	20	
	2	21	

Envolve a pessoa idosa e a família nos cuidados	2	21
Estabelece uma relação de confiança, estimulando as suas capacidades fomentando a sua autonomia	2	21

### 3ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – CAPACITAR / POSSIBILITAR

#### INDICADORES

#### AÇÃO CONJUNTA ENTRE ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA - PROMOVENDO O OU POSSIBILITANDO O CUIDADO DE SI.

Partilha informação / conhecimento durante os cuidados

Promove medidas de conforto minimizando os efeitos da pressão e fricção

Minimiza a exposição da pele ao excesso de humidade

Promove hábitos saudáveis e medidas terapêuticas

Motiva a pessoa idosa para a sua recuperação prevenindo complicações:

- Incentiva o cuidado de si nos cuidados de higiene, a deambulação/posicionamentos, cumprimento terapêutico, hidratação e alimentação adequadas;

Negoceia e estabelece compromissos com a pessoa idosa e família durante o internamento

Avalia as potencialidades da pessoa fazendo com que as potenciais se tornem reais – Capacita a Pessoa Idosa e família/cuidador

Respeita o tempo e o ritmo da pessoa idosa

Sugere, não impõe

Adequa o plano de cuidados às necessidades identificadas

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
	2	21	
	20	3	
	20	3	
	2	21	
	2	21	
	0	23	
	0	23	
	0	23	
	0	23	
	22	1	

#### 4ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – COMPROMETER-SE

##### INDICADORES

##### O ENFERMEIRO DESENVOLVE COMPETÊNCIAS NA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA PARA A PREVENÇÃO DE UP

Implementa intervenções na prevenção de UP na pessoa idosa

- Colocação do colchão anti escaras
- Reforço proteico
- Gestão da humidade e dispositivos
- Posicionamentos
- Levante
- Promoção da autonomia

Estabelece compromissos com a pessoa idosa e família

Valida as estratégias

Negoceia novas intervenções

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
			16
	7		
	0	23	
	5	18	
	17	6	
	0	23	
	0	23	
	0	23	
	0	23	
	0	23	

#### 5ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI / ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

##### INDICADORES

##### ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO

A pessoa idosa está informada e prossegue com o seu projeto de vida e saúde prevenindo complicações através

- Deambulação/posicionamentos, cumprimento terapêutico, alimentação saudável, hidratação, cuidados de higiene

Manifesta conforto e bem-estar

##### ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Garante que a família adquiriu capacidades para cuidar da pessoa idosa, nomeadamente na avaliação da pele, posicionamentos, alimentação, hidratação, mobilidade e superfícies de apoio, mantendo-se o enfermeiro como recurso, em caso de necessidade

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
	0	23	
	0	23	
	0	23	

**GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM****Análise Intermédia****1ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – REVELAR-SE**

<b>Dia</b>	<b>Nº de utentes em SO</b>	<b>Média de idades</b>	<b>Avaliações escala de Braden</b>	<b>Colchões disponíveis</b>
<b>8 Dezembro de 2014</b>	28	(25 Pessoas Idosas) 79.4 anos	14 Alto risco 3 Baixo-risco 5 Não avaliados	3
<b>25 Processos</b>				

**INDICADORES****CONHECER A PESSOA IDOSA**

	<b>REGISTADO</b>	<b>NÃO REGISTADO</b>	<b>NÃO APLICÁVEL</b>
Identidade (nome que gosta de ser chamado)	15	10	
Idade	15	10	
Profissão	0	25	
Estado civil	0	25	
Morada / contactos	0	25	
Habilitações literárias	0	25	

**CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA - CONTEXTO DE SOCIOFAMILIAR**

Com quem reside - agregado familiar	15	10
Relações familiares	5	20
Cuidador principal / Pessoa significativa	15	10
Situação económica	0	25
Projeto de vida: como ocupa os tempos livres	0	25
Condições habitacionais	0	25
Recursos comunitários	5	20

**ACONTECIMENTO DE SAÚDE E DOENÇA - CONTEXTO DA DOENÇA**

Proveniência	20	5
Motivo de vinda ao SUG	25	0
Motivo de internamento	25	0
Diagnóstico	25	0
Antecedentes pessoais	25	0
Fatores de risco - Co morbilidades	22	3
Medicação habitual	10	15

Hábitos e estilos de vida	3	22	
Portador de Feridas (UP)	4		21
Conhece a sua situação de doença	5	20	
Tratamento	20	5	
Sinais e Sintomas	23	2	

**PADRÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
Avaliação cognitiva	22	3	
Observação física – Avaliação da pele	10	15	
Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP – Escala de <i>Braden</i>	20	5	
Avaliação das atividades básicas de vida diária (Índice de Barthel)	2	23	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene pessoal</li> <li>• Evacuar</li> <li>• Urinar</li> <li>• Ir à casa de banho</li> <li>• Alimentar-se</li> <li>• Deslocações</li> <li>• Mobilidade</li> <li>• Vestir-se</li> <li>• Escadas</li> <li>• Tomar Banho</li> </ul>	5	20	
	15	10	
	15	10	
	2	23	
	20	5	
	2	23	
	5	20	
	0	25	
	0	25	
	2	23	
Avaliação das AIVD	0	25	
Avaliação da dor	20	5	
Avaliação do Estado Nutricional	0	25	

**2ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – ENVOLVER-SE****INDICADORES****RELAÇÃO ENFERMEIRO – PESSOA IDOSA / FAMÍLIA  
(FORMA COMO FOI FEITA A RELAÇÃO)**

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
Avalia e aprofunda o conhecimento que a Pessoa idosa e família têm sobre a sua doença	2	23	
Explora o que o doente sabe fazer sozinho e o que necessita de ajuda	5	20	
Demonstra tempo e disponibilidade	5	20	
Respeita a privacidade da pessoa idosa	0	25	
Clarifica os termos da relação	0	25	
Esclarece dúvidas e fornece informações pertinentes	5	20	

Partilha informação sobre possíveis complicações	5	20
Educação para a saúde à pessoa idosa e família	5	20
Envolve a pessoa idosa e a família nos cuidados	5	20
Estabelece uma relação de confiança, estimulando as suas capacidades fomentando a sua autonomia	5	20

### 3ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – CAPACITAR / POSSIBILITAR

#### INDICADORES

#### AÇÃO CONJUNTA ENTRE ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA - PROMOVENDO O OU POSSIBILITANDO O CUIDADO DE SI.

Partilha informação / conhecimento durante os cuidados

Promove medidas de conforto minimizando os efeitos da pressão e fricção

Minimiza a exposição da pele ao excesso de humidade

Promove hábitos saudáveis e medidas terapêuticas

Motiva a pessoa idosa para a sua recuperação prevenindo complicações:

- Incentiva o cuidado de si nos cuidados de higiene, a deambulação/posicionamentos, cumprimento terapêutico, hidratação e alimentação adequadas;

Negoceia e estabelece compromissos com a pessoa idosa e família durante o internamento

Avalia as potencialidades da pessoa fazendo com que as potenciais se tornem reais – Capacita a Pessoa Idosa e família/cuidador

Respeita o tempo e o ritmo da pessoa idosa

Sugere, não impõe

Adequa o plano de cuidados às necessidades identificadas

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
Partilha informação / conhecimento durante os cuidados	5	20	
Promove medidas de conforto minimizando os efeitos da pressão e fricção	23	2	
Minimiza a exposição da pele ao excesso de humidade	23	2	
Promove hábitos saudáveis e medidas terapêuticas	23	2	
Motiva a pessoa idosa para a sua recuperação prevenindo complicações:	5	20	
• Incentiva o cuidado de si nos cuidados de higiene, a deambulação/posicionamentos, cumprimento terapêutico, hidratação e alimentação adequadas;			
Negoceia e estabelece compromissos com a pessoa idosa e família durante o internamento	5	20	
Avalia as potencialidades da pessoa fazendo com que as potenciais se tornem reais – Capacita a Pessoa Idosa e família/cuidador	5	20	
Respeita o tempo e o ritmo da pessoa idosa	0	25	
Sugere, não impõe	0	25	
Adequa o plano de cuidados às necessidades identificadas	25	0	

#### 4ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – COMPROMETER-SE

##### INDICADORES

##### O ENFERMEIRO DESENVOLVE COMPETÊNCIAS NA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA PARA A PREVENÇÃO DE UP

Implementa intervenções na prevenção de UP na pessoa idosa

- Colocação do colchão anti escaras
- Reforço proteico
- Gestão da humidade e dispositivos
- Posicionamentos
- Levante
- Promoção da autonomia

Estabelece compromissos com a pessoa idosa e família

Valida as estratégias

Negoceia novas intervenções

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
			16
	9		
	2	23	
	21	3	
	25	0	
	0	25	
	2	23	
	2	23	
	0	25	
	0	25	

#### 5ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI / ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

##### INDICADORES

##### ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO

A pessoa idosa está informada e prossegue com o seu projeto de vida e saúde prevenindo complicações através

- Deambulação/posicionamentos, cumprimento terapêutico, alimentação saudável, hidratação, cuidados de higiene

Manifesta conforto e bem-estar

##### ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Garante que a família adquiriu capacidades para cuidar da pessoa idosa, nomeadamente na avaliação da pele, posicionamentos, alimentação, hidratação, mobilidade e superfícies de apoio, mantendo-se o enfermeiro como recurso, em caso de necessidade

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
	2	23	
	0	25	
	2	23	

**APÊNDICE XIX** – Auditoria ao uso de colchões anti escaras e à  
avaliação do risco através da Escala de Braden no SUG

Dias	Nº de utentes em SO	Média de idades	Avaliações da Escala de <i>Braden</i>			Colchões disponíveis	Colchões em utilização (Total 12)
			Baixo	Alto	Não avaliado		
Segunda 8 Dez. 14	<b>25</b>	79,4	3	<b>14</b>	5	<b>3</b>	9
Terça, 9 Dez. 14	<b>32</b>	75,6	10	<b>19</b>	3	<b>3</b>	9
Quarta, 10 Dez. 14	<b>32</b>	75,9	9	<b>20</b>	3	<b>7</b>	5
Quinta, 11 Dez. 14	<b>24</b>	74,2	7	<b>10</b>	5	<b>5</b>	7
Sexta, 12 Dez. 14	<b>14</b>	80,3	2	<b>9</b>	1	<b>5</b>	7

**APÊNDICE XX** – Póster: Tratamento e prevenção de úlceras por pressão no SUG - Material de tratamento



**APÊNDICE XXI** – Póster / Protocolo: “A prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência”.



**APÊNDICE XXII** – Formação da Equipa de Enfermagem – *“Prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência: A parceria como intervenção de Enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família”*.



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
5º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica -Vertente Pessoa Idosa  
Estágio com Relatório

## PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA IDOSA INTERNADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:

### A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À PESSOA IDOSA E FAMÍLIA

**Discente:**  
Ana Filipa Duarte Nº 5394

**Docente:**  
Prof.ª Idalina Gomes  
**Orientador:**  
Enfermeiro João Valente  
**Enfermeira Coordenadora:**  
Ilda Roque

Setúbal, 19, 20, 21 e 22 de Janeiro de 2015

## Índice

- Introdução
- 2. Objetivos da formação
- 3. A Pessoa Idosa e o Serviço de Urgência – Problemática
- 4. Finalidade e objetivos do Projeto
- 5. Revisão da Literatura
  - 5.1. Avaliação Inicial
  - 5.2. Intervenções de Enfermagem - medidas preventivas no SUG
- 6. Realidade no SU
- 7. Implicações para a prática
- Conclusão
- Referências bibliográficas

## Introdução

- A UPP é uma das principais complicações da hospitalização na pessoa idosa, à semelhança da confusão mental, problemas com o sono, com a alimentação, incontinência e quedas;
- Um problema de saúde de elevada morbilidade e mortalidade, custos, prolongamento de internamentos, dor e alteração da qualidade de vida, tanto da pessoa como da sua família;
- Indicador de Qualidade sensível aos cuidados de enfermagem
- Segurança do doente
- Taxa de Prevalência de UPP: Portugal - 12.5%
- Esta é considerada como uma complicação passível de ser evitada – Apostar na Prevenção.

Fulmer, T. (2007). How to try this - Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48.

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão - Implementação nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência.

Vanderwee, V.; Clark, M., Dealy, C., Gunningberg, L., Defloor, T. (2006). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 227-235

## 2. Objetivos da formação

1. Clarificar conceitos
2. Avaliar a pessoa idosa no Serviço de Urgência
3. Identificar as intervenções de enfermagem na prevenção de UP na Pessoa Idosa no SU
4. Uniformizar procedimentos inerentes à prevenção de UP no SU
5. Promover o envolvimento da equipa na implementação do projeto
6. Apresentação do trabalho realizado

### 3. A Pessoa Idosa e o Serviço de Urgência - Problemática

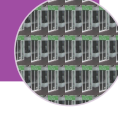
- Redução da Mobilidade
- Alterações tecidulares
- Sensibilidade diminuída
- Doenças crônicas e co morbilidades
- Alterações cognitivas e físicas
- Presença de feridas crônicas
- Incontinência Urinária
- Desnutrição / Desidratação
- Fragilidade / Vulnerabilidade

Pessoa Idosa



- Ambiente ruidoso e estranho
- Luz fluorescente constante
- Macas estreitas e colchões finos
- Restrição ao leito
- Sobrelotação
- O Uso de dispositivos de tratamento e monitorização

Serviço de Urgência



### 4. Finalidade e objetivos do Projeto

<b>FINALIDADE</b>	Desenvolver competências para uma prática especializada no domínio da Enfermagem médico-cirúrgica, em especial no cuidado à pessoa idosa e família
<b>OBJETIVOS</b>	Desenvolver competências como enfermeira especialista na prevenção de UPP na pessoa idosa promovendo o cuidado de si, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem
	Contribuir para o desenvolvimento de competências no seio da equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa em risco de desenvolvimento de UPP
	Fomentar na equipa multidisciplinar do SUG uma atitude preventiva no cuidado à pessoa idosa em risco de desenvolvimento de UP
<b>Melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem</b>	
<b>Redução da Taxa de incidência de UP no SUG</b>	

## 5. Revisão da literatura

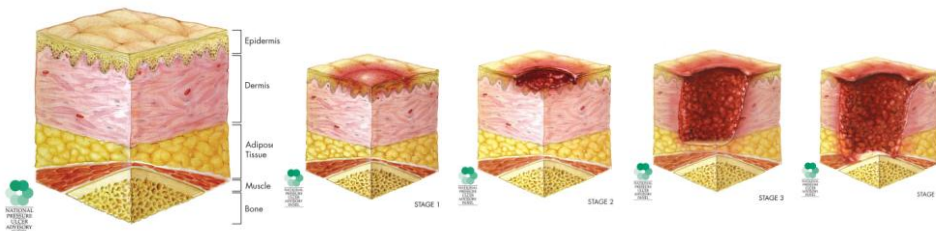
"Uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção"

NPUPAP/EPUAP 2009

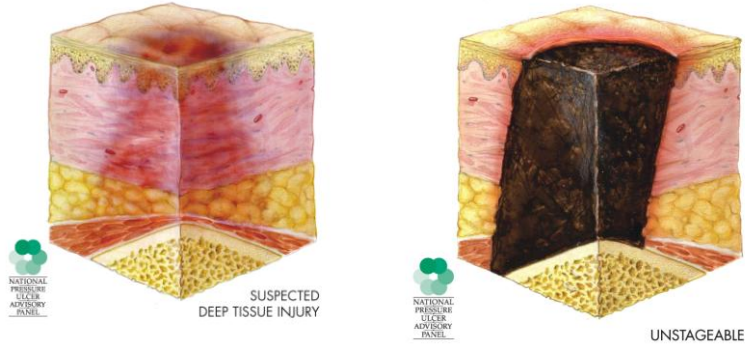
Determinantes de úlceras por pressão	
Fatores Extrínsecos	Fatores Intrínsecos
Pressão	Idade
Fricção	Insuficiência vasomotora/ Hipotensão
Forças de deslizamento	Imobilidade
Superfícies de apoio	Doenças crónicas (Diabetes /AVC)
Humidade	Desnutrição / Desidratação
Presença de dispositivos	Episódio anterior de lesão
Medicação / Polimedicação	Incontinência urinária

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão - Implementação nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência. EPUAP/NPUAP (2009) *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Acedido em 01/04/2014. Disponível em: [http://gaif.net/sites/default/files/Guideline\\_Prevencao\\_da\\_UPressao\\_PT.pdf](http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf)

## 5. Revisão da Literatura



## 5. Revisão da Literatura



### 5.1. Avaliação Inicial - Pessoa Idosa no SUG

- As medidas preventivas devem ser realizadas tendo como base a etiologia do problema
- Reduzindo os fatores de risco passíveis de serem modificados (fatores extrínsecos)



Avaliação Inicial

- Avaliação da Pele
- Avaliação do Risco
- Avaliação do Estado Nutricional

Casey, G. (2013). Pressure ulcers reflect quality of nursing care. *Kai Tiaki Nursing New Zealand. CPD 4 Nurses*, 19 (10) 20-24.  
 Jones D. (2013). Pressure Ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard. RCN Publishing* 28 (3), 47-55.  
 Miles, S., Nowicki, T., Fulbrook, P. (2014). Repositioning to prevent pressure injuries: evidence for practice. *ANMJ*, 21(6), 32-34.  
 Armour-Burton, T., Fields, W., Outlaw, L., & Deleon, E. (2013). The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and Treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *American Association of Critical-Care Nurses*, 33 (3) 32-39.  
 Stotts, N. & Gunningberg, L. (2007). Predicting Pressure Ulcer Risk: Using the braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it. *American Journal of Nursing*, 107, (11) 40-48.  
 Costa, B. (2013). Pressure Ulcers: assessment and prevention in the early stages. *Nursing residential care*, 15(5), 258-262.



## 5.1. Avaliação Inicial



Avaliação do estado Nutricional

- Estimativas das necessidades nutricionais
- Comparação da ingestão nutricional com as necessidades estimadas
- Oferecer suplementos nutricionais orais e/ou através de sonda de alimentação, com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, a pessoas em risco nutricional e de úlceras por pressão
- Providenciar intervenção nutricional apropriada e de acordo com as rotinas diárias
- Monitorizar e avaliar o balanço nutricional com reavaliações do estado nutricional a intervalos regulares enquanto o indivíduo estiver em risco.
- Os indivíduos podem necessitar de formas distintas de nutrição no decurso da sua doença.



## 5.2. Intervenções de Enfermagem - Medidas preventivas no SU

MINIMIZAR A PRESSÃO

- **Posicionamentos** de acordo com a situação clínica e sempre que se justificar
- **Colchão anti escaras** sempre que seja detetado risco
- **Alívio total** da pressão nos calcâneos
- Evitar áreas com lesão, proeminências ósseas e dispositivos médicos
- Promover a atividade e autonomia da Pessoa Idosa
- Levante / Sentar na maca
- Uso do ângulo de 30º nos posicionamentos laterais

## 5.2. Intervenções de Enfermagem - Medidas preventivas no SU

### FORÇAS DE FRIÇÃO OU DESLIZAMENTO

- O uso de resguardos de pano
- Levantar, não arrastar a pessoa idosa durante os posicionamentos e as transferências
- Uso do ângulo de 30° na elevação da cabeceira



Miles, S., Nowicki, T., Fulbrook, P. (2014). Repositioning to prevent pressure injuries: evidence for practice. *ANMJ*. 21(6).32-34.  
 Casey, G. (2013). Pressure ulcers reflect quality of nursing care. *Kiwi Tiki Nursing New Zealand. CPD 4 Nurses*. 19 (10) 20-24.  
 Jones D. (2013). Pressure Ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard. RCN Publishing* 28 (3). 47-55.  
 Costa, B. (2013). Pressure Ulcers: assessment and prevention in the early stages. *Nursing residential care*. 15(5). 258-262.

Lahmann, N., Halfens, R., Dassen, T. (2008). Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. *Journal of evaluation in clinical practice*. 16. 50-56.  
 Pham, B. et al (2011). Early prevention of pressure ulcers among elderly patients admitted through emergency departments: A cost-effectiveness analysis. *Annals of Emergency Medicine*. 58. 468-476.

## 5.2. Intervenções de Enfermagem - Medidas preventivas no SU

### CUIDADOS COM A PELE

- Redução da Humidade (Gestão da incontinência, Sudorese e secreções)
- Manter a pele limpa, seca e hidratada
- Não efetuar massagem nas proeminências ósseas
- Vigilância da pele em zonas circundantes aos dispositivos médicos
- Gestão do uso de dispositivos

Miles, S., Nowicki, T., Fulbrook, P. (2014). Repositioning to prevent pressure injuries: evidence for practice. *ANMJ*. 21(6).32-34.  
 Jones D. (2013). Pressure Ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard. RCN Publishing* 28 (3). 47-55.

Costa, B. (2013). Pressure Ulcers: assessment and prevention in the early stages. *Nursing residential care*. 15(5). 258-262.

Moore, Z., Cowman, S., Conroy, R. (2011). A randomized controlled clinical trial of repositioning, using the 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing*. 20. 2633-2644.

## 5.2. Intervenções de Enfermagem - Medidas preventivas no SU

### NUTRIÇÃO

- Ingestão de uma dieta adequada às necessidades nutricionais da pessoa idosa
- Suplementos nutricionais
- Aporte proteico
- Incentivar a Hidratação oral

Miles, S., Nowicki, T., Fulbrook, P. (2014). Repositioning to prevent pressure injuries: evidence for practice. *ANMJ*. 21(6). 32-34.  
 Jones D. (2013). Pressure Ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard*. RCN Publishing 28 (3). 47-55.  
 Costa, B. (2013). Pressure Ulcers: assessment and prevention in the early stages. *Nursing residential care*. 15(5). 258-262.  
 Moore, Z., Cowman, S., Conroy, R. (2011). A randomized controlled clinical trial of repositioning, using the 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing*. 20. 2633-2644.

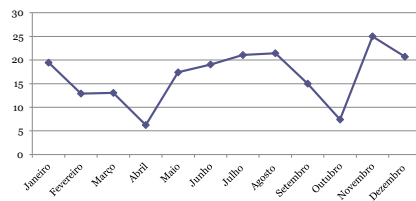
## 6. A Pessoa Idosa e o Serviço de Urgência - Problemática

- Dados estatísticos do SUG

**Até Agosto de 2014**

Taxa de Ocupação:  
178,4%

Duração média de internamento em SO  
1,2373 dias



**Taxa de Prevalência em 2014**  
15.97

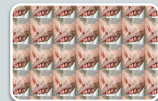
## 6. Realidade no SU

- Apresentação de resultados

Dias	Nº de utentes em SO	Média de idades	Avaliações da Escala de Braden			Colchões disponíveis
			Baixo	Alto	Não avaliado	
Segunda 8 Dez. 14	25	79,4	3	14	5	3
Terça, 9 Dez. 14	32	75,6	10	19	3	3
Quarta, 10 Dez. 14	32	75,9	9	20	3	7
Quinta, 11 Dez. 14	24	74,2	7	10	5	5
Sexta, 12 Dez. 14	14	80,3	2	9	1	4

## 6. Realidade no SU

- Apresentação de resultados (registos de enfermagem)



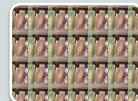
### Avaliação da Pele

- "pele íntegra";
- "Prestados cuidados de higiene e conforto"
- "integridade cutânea mantida"
- Avaliação da pele tardia, pouco detalhada



### Avaliação do Risco

- Não existe referência ao risco nas notas de enfermagem;
- Correta avaliação mas fraca relação com as medidas preventivas;



### Avaliação do Estado Nutricional

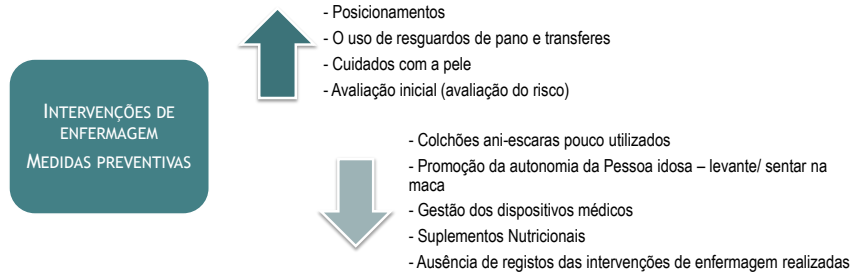
- "Alimentou-se"
- Avaliação do estado Nutricional empírica



### Medidas preventivas

- "Posicionado com ajuda";
- "Posicionado em alternância de decúbitos"
- "Colchão anti escaras"
- "Posicionado"

## 6. Realidade no SU



## 6. Realidade no SU

**Estratégias:**

Colchões sempre presentes nas camas e a sua colocação o mais precoce;  
 Uso de alimentação entérica, sempre possível, em doentes com SNG, ou a utilização de suplementos nutricionais

Conhecer a pessoa idosa, quais as suas capacidades funcionais, fomentar a autonomia nas atividades de vida, alimentação e higiene

Intervenções de enfermagem de acordo com o nível de risco avaliado

Detalhe de registos - Medidas preventivas

Relato de incidente



## 6. Realidade do SU Taxa de Incidência

**FORMULÁRIO DE RELATO DE INCIDENTE**  
EXCLUSIVO PARA PREENCHIMENTO DE CLÍNICO

Campos de Utilização Exclusiva pelo GARC/CGR

Nº de Registo:  Alerta Ação Correctiva/Prevenção  Não  Sim  ACP n.º

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data do Incidente (Hora do Incidente)  SUG  Não Clínico

Indique o Tipo de Relato:  Clínico  Não Clínico

**A Preencher em caso de Úlcera por Pressão - Indique:**

Nº Proc. Clínico: \_\_\_\_\_ Score **NUTRIÇÃO** admissão: \_\_\_\_\_ Local de Qualidade: \_\_\_\_\_

Qualificação para um profissional: \_\_\_\_\_

Classificação de medidas preventivas que se encontraram implementadas no momento do incidente:

**A Preencher em caso de Úlcera por Pressão - Indique:**

Nº Proc. Clínico: \_\_\_\_\_ Categoria da UP: \_\_\_\_\_ Score Braden na admissão: \_\_\_\_\_

Score Nutricional: Escolha um item. Comorbilidades: \_\_\_\_\_

Prevenção:  -Av. Risco;  -Av. Pele;  -Nutrição;  -Reposicionamentos;  -Superfícies de apoio

Constrangimentos à implementação das medidas corretivas: [Clique aqui para introduzir texto.](#)

## 7. Implicações para a prática

### Atividades Desenvolvidas no SUG:

- Construção de uma pasta com documentos / trabalhos realizados >>>>> **Pasta departamental**  
>>>>> **Serviço de Urgência Geral** >>>>> **Enfermagem**
- Realização de um estudo de caso;

**ESTUDO DE CASO**

**A PESSOA COM DEPENDÊNCIA POR DOENÇA DE ALZHEIMER ADMITIDA NA SALA DE REANIMAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Palavras-chave: \_\_\_\_\_

Resumo: \_\_\_\_\_

Objetivos: \_\_\_\_\_

Introdução: \_\_\_\_\_

Discussão: \_\_\_\_\_

Conclusão: \_\_\_\_\_

Referências: \_\_\_\_\_

## 7. Implicações para a prática

### Atividades Desenvolvidas no SUG:

- Realização de pôster com o tema:

*“A Prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência”*

**A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA IDOSA INTERNADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**Introdução:**  
A UP é uma das principais complicações decorrentes do internamento hospitalar na pessoa idosa, com prevalência entre 10% que quadruplica desde ser internado, sendo uma morbidade potencial de ser evitada. Esteve associado a maior morbidade, mortalidade e custos, prolongando de 20% a 30% o tempo de internamento na unidade de saúde e a sua duração. Tratando-se de uma complicação de saúde de elevada prevalência.

**Objetivos:**  
1. Descrever a avaliação atual e a prevenção da UP;  
2. Substituir procedimentos existentes e a prevenção da UP no SUG com base na evidência científica;  
3. Identificar a literatura científica atualizada e a prevenção da UP em áreas de saúde, identificando a prevenção da UP no SUG.

**Avaliação de Risco - ESCALA DE BRADEN**

**Risco Alto (≤ 16)**  
Qualidade de percepção sensorial: Manter a pele limpa e hidratada. Monitorar a pessoa idosa e mobilizar-se. Posicionar a cabeça e tronco de forma correta. Posicionar a cama sempre na horizontal. Alternação adequada. Cuidar do equipamento de mobilidade e ventilação.  
Divulgar, orientar e ensinar os familiares e cuidadores em casa.

**Risco Moderado (17-18)**  
Qualidade de percepção sensorial: Cuidar do equipamento de mobilidade e ventilação. Manter a pele limpa e hidratada.  
Cuidar do equipamento de mobilidade e ventilação. Manter a pele limpa e hidratada.

**Risco Baixo (19-23)**  
Prevenir a pessoa idosa sobre a cama com todos os procedimentos usuais e dispositivos médicos. Utilizar mangotes na prevenção da UP. Atender a prevenção da UP em áreas de saúde e em casa.

## 7. Implicações para a prática

### Atividades Desenvolvidas no SUG:

- Folheto informativo para os cuidadores informais:

*“Guia para o cuidador Como Prevenir?”*

**O que não deve fazer!**

- Não deve massagear a pele sobre as promontórias ósseas, correntes e locais de fricção.
- Não deve aplicar ao longo do período de tempo os colchões para prevenir a situação de risco e a redução das áreas de risco.
- Não se posicionam sobre áreas com fricção.
- Não deve pressionar a pele quando estiver deitado, alguns médicos que usam, como é o caso das sondas nasais (nasal) e sondas nasogástricas.
- Não se deve usar o apoio dorsal e posteriormente, a lateral e o uso de dispositivos para isso, com o propósito de não para a evitar as mobilizações.

**Úlceras por Pressão**  
Guia para o cuidador Como prevenir?

**Am Felpo Almas Sane**  
Unidade de Saúde de Referência e Especialidade em Idoso e Geriatria  
Cirurgia, Pediatria, Psiquiatria, Saúde Superior de Enfermagem e Saúde  
Endereço: 200-000-000

**ESEL**  
Unidade de Saúde de Referência e Especialidade em Idoso e Geriatria  
Cirurgia, Pediatria, Psiquiatria, Saúde Superior de Enfermagem e Saúde  
Endereço: 200-000-000

**Centro Municipal de Saúde**  
Rua da Saúde  
Serviço de Urgência Hospital  
Telefone: 200 540 000

## 7. Implicações para a prática

### Atividades Desenvolvidas no SUG:

- Realização de póster sobre o tratamento;



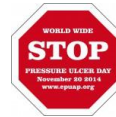
## Conclusão

- A prevenção de UPP é um processo complexo que requer uma abordagem multidisciplinar
- Os enfermeiros diagnosticam e realizam intervenções capazes de prevenir a UPP, quer diretamente com o cliente e/ou cuidador familiar
- Pretende-se uma atitude proactiva e preventiva na abordagem à pessoa em risco de desenvolver UP.

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão - Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.

Rodrigues, A. & Soriano, J. (2011) Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. *Revista de Enfermagem Referência* III(5), 55-63.

Pina, E., Gouveia, J., Pedro, A., Miguéns, C., Lyder, C., Braden, B., Mendes, D. & Costa, V. (2010) *Prevenção das Úlceras de Pressão: Prática Baseada na Evidência*. Lisboa: GAIF.



MUITO OBRIGADA  
Ana Filipa Duarte

## Referências Bibliográficas

- Armour-Burton, T., Fields, W., Outlaw, L., & Deleon, E. (2013). The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and Treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *American Association of Critical-Care Nurses*, 33 (3) 32-39.
- Costa, B. (2013). Pressure Ulcers: assessment and prevention in the early stages. *Nursing residential care*, 15(5), 258-262.
- Casey, G. (2013). Pressure ulcers reflect quality of nursing care. *Kai Tiaki Nursing New Zealand. CPD 4 Nurses*, 19 (10) 20-24.
- EPUAP/NPUAP (2009) *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC. Acedido em 01/04/2014. Disponível em: [http://gaif.net/sites/default/files/Guideline\\_Prevencao\\_da\\_UPressao\\_PT.pdf](http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf)
- EPUAP/NPUAP (2014). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Clinical Practice Guideline*. Australia. Acedido em 10/12/2014. Disponível em: <http://www.epuap.org/guidelines/quick-reference-guide-2014-edition-translations/>
- Ferreira, P. et al (2007). Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão - Implementação nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência.
- Fulmer, T. (2007). How to try this - Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1187>;

## Referências Bibliográficas

- GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido a 01/06/2014. Disponível em [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERML\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERML_36.pdf);
- Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa - Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
- Hwang, U. & Morrison, R. S. (2007). The Geriatric emerg ency department. *Journal of the Americam Geriatric Society*, 55 (11), 1873-6
- Jones, D. (2013). Pressure ulcer prevention in the community setting. *RCN publishing*. 28(3). 47-55.
- Lahmann, N., Halfens, R., Dassen, T. (2008). Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. *Journal of evaluation in clinical practice*. 16. 50-56.
- Miles, S., Nowicki, T., Fulbrook, P. (2014). Repositioning to prevent pressure injuries: evidence for practice. *ANMJ*. 21(6).32-34.
- Moore, Z., Cowman, S., Conroy, R. (2011). A randomized controlled clinical trial of repositioning, using the 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing*. 20. 2633-2644.

## Referências Bibliográficas

- Pham, B. et al (2011). Early prevention of pressure ulcers among elderly patients admitted through emergency departments: A cost-effectiveness analysis. *Annals of Emergency Medicine*. 58. 468-478.
- Pina, E., Gouveia, J., Pedro, A., Miguéns, C., Lyder, C., Braden, B., Mendes, D. & Costa, V. (2010) *Prevenção das Úlceras de Pressão:Prática Baseada na Evidência*. Lisboa: GAIF.
- Rodrigues, A. & Soriano, J. (2011) Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. *Revista de Enfermagem Referência* III(5), 55-63.
- Salóme, G.M. (2010). Ocorrência de úlcera de pressão por pressão em indivíduos internados em uma unidade de terapia intensiva. *Saúde coletiva*. 7(42). 183-188
- Stotts, N. & Gunningberg, L. (2007). Predicting Pressure Ulcer Risk: Using the braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it. *American Journal of Nursing*, 107, (11) 40-48
- Sturdy, D., Heath, H., Ballart, C. & Burns, A. (2012). *Antipsychotic drugs in dementia: a best practice guide*, Lowlands Road: RCN Publishing Company;
- Vanderwee, V.; Clark, M., Dealy, C., Gunningberg, L., Defloor, T. (2006). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 227-235

**APÊNDICE XXIII – Formação da Equipa de Enfermagem – Avaliação  
Multidimensional da Pessoa Idosa, Apresentação do “Guião” de colheita  
de dados**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
5º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica -Vertente Pessoa Idosa

# AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Orientação:  
Profª. Dra. Idalina Gomes

Discentes:  
Ana Filipa Duarte, N.º 5394  
Vera Oliveira, N.º 5389  
Verónica Florêncio, N.º 5928

RESUMO MÍNIMO DE DADOS

## ÍNDICE

1. Avaliação Multidimensional da pessoa idosa no SUG: Conhecer a Pessoa Idosa
2. A parceria como intervenção de enfermagem
3. Avaliação inicial: Resumo Mínimo de Dados – Revisão da Literatura
4. Avaliação inicial no Serviço de Urgência Geral: Resumo Mínimo de Dados

## INTRODUÇÃO

- As alterações demográficas atuais refletem-se no recurso acentuado da população idosa aos Serviços de Urgência (SU).
- Representam a maioria das situações de emergência, resultando em internamento ou readmissões nos SU.
- O atendimento da Pessoa Idosa (PI) no SU pode ser complexo, demorado e requer competências específicas.
- A PI possui co morbilidades e declínio funcional, resultando num estado de fragilidade o que pode contribuir para a obtenção de maus resultados de saúde e uma necessidade de cuidados elevada.
- A identificação precoce da PI em situações de risco pode ser benéfica para o direcionamento de cuidados especializados, recorrendo para tal a escalas de avaliação.

Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19 (7), 18-19.  
Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.

## 1. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO SU

### CONHECER A PESSOA IDOSA



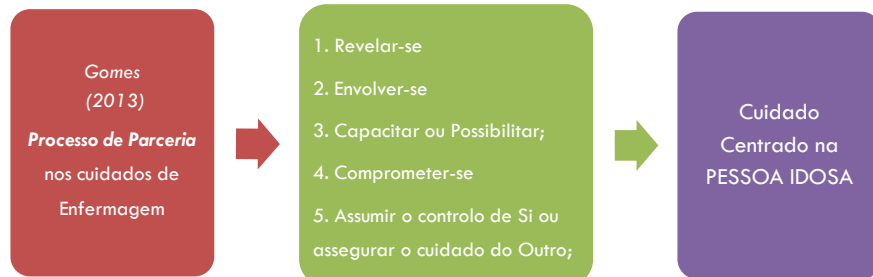
PLANO DE CUIDADOS ADEQUADO ÀS REAIS NECESSIDADES

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA IDOSA

MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA (GOMES, 2013)

UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS / OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA

## 2. A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM



Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática 77-110. Loures: Lusociência.

## 3. RESUMO MINIMO DE DADOS

### AVALIAÇÃO INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

- Identificação
- Proveniência (cuidador)
- Hábitos e estilos de vida
- Antecedentes Pessoais (história de internamentos anteriores)
- Motivo de vinda ao SUG e história de doença atual
- Medicação habitual / instituída recentemente
- Exame físico (sinais e sintomas apresentados, sinais vitais, portador de dispositivos invasivos, integridade cutânea, estado de higiene, sinais de maus tratos)

### 3. RESUMO MINIMO DE DADOS

#### AVALIAÇÃO INICIAL – Revisão da Literatura

- Avaliar comprometimento funcional e cognitivo como forma de prever eventos clínicos e prevenir readmissões
- Presença de doenças crônicas que afetam o estado geral
- Conhecer a medicação habitual investindo na educação para a autogestão da doença e na articulação com os profissionais de saúde na comunidade.
- Formação e educação dos profissionais de saúde da urgência para o uso de instrumentos de avaliação específicos para a pessoa idosa
- Os enfermeiros devem avaliar os sinais vitais, incluindo a dor.
- Na colheita de dados inicial ao SUG deve-se avaliar a proveniência da pessoa idosa, as alterações próprias da idade, co-morbilidades, risco de queda, medicação habitual, identificação do cuidador principal.

Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemaire, A., Aquino, J., Paillaud, E.,... Lacaille, S. (2011) A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency visits and rehospitalizations of older adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society*, 59(11), 2017-2028.

Dawood, M., Dobson, A., & Barnerjee, J. (2011) Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19(7)18-19.

Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.

Veillette, N., Demers, L., Dutil, É. & McCusker, J. (2009) Item analysis of the functional status assessment of seniors in the emergency department. *Disability and Rehabilitation*, 31(7), 565-572.

### 4. RESUMO MINIMO DE DADOS

#### AVALIAÇÃO INICIAL – Revisão da Literatura

- Os idosos em situação de fragilidade, recorrem ao serviço de urgência de forma atípica, exigindo uma avaliação multidimensional detalhada e um cuidado multidisciplinar para o diagnóstico correto evitando complicações (comprometimento funcional e cognitivo, polimedicação, quedas e exaustão do cuidador).
- Sinais de Fragilidade: depressão, agitação, confusão mental, défices sensoriais, incontinência, imobilidade e quedas.



**PREVENINDO INTERNAMENTO E READMISSÕES NA URGÊNCIA**

Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemaire, A., Aquino, J., Paillaud, E.,... Lacaille, S. (2011) A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency visits and rehospitalizations of older adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society*, 59(11), 2017-2028.

Dawood, M., Dobson, A., & Barnerjee, J. (2011) Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19(7)18-19.

Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.

Veillette, N., Demers, L., Dutil, É. & McCusker, J. (2009) Item analysis of the functional status assessment of seniors in the emergency department. *Disability and Rehabilitation*, 31(7), 565-572.

## 4. RESUMO MINIMO DE DADOS

### AValiação INICIAL NO SERVIÇO DE URgÊNCIA GERAL

Avaliação cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Coma de Glasgow</li> <li>• <i>MiniMental State</i></li> </ul>
Avaliação da capacidade funcional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de Barthel</li> </ul>
Avaliação Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mini Nutricional Assessment</i></li> </ul>
Risco de Queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Morse</li> </ul>
Risco de Úlcera por Pressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Braden</li> </ul>
Avaliação do Risco de Infecção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo Sepsis e MRSA SUG</li> </ul>

Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19 (7), 18-19.  
 Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.

## CONCLUSÃO

- Cuidados específicos à PI podem reduzir o tempo de permanência ou de readmissão no SU.
- Os cuidados à PI devem incluir estratégias que promovam a sua segurança na admissão ao SU.
- Importância de SU adequados às exigências da população idosa que promovam a sua segurança, tornando-os centro da prestação de cuidados.
- No SUG a melhoria da prestação de cuidados à PI pode passar por uma colheita de dados específica em folha de registo própria.

Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19 (7), 18-19.  
 Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.  
 Nolan, M. R. (2009). Older patients in the emergency department. *Journal of gerontological nursing*, 25 (12), 14-18.

## **APÊNDICE XXIV – Análise dos Registos de Enfermagem**

- Avaliação final

**GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM****Avaliação final****1ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – REVELAR-SE**

<b>Dia</b>	<b>Nº de utentes em SO</b>	<b>Média de idades</b>	<b>Avaliações escala de Braden</b>	<b>Colchões disponíveis</b>
<b>13 Fevereiro de 2015</b>	24	(20 Pessoas Idosas)  80.6 Anos	13 Alto risco  5 Baixo-risco  2 Não avaliados	2
<b>20 Processos</b>				

**INDICADORES****CONHECER A PESSOA IDOSA**

	<b>REGISTADO</b>	<b>NÃO REGISTADO</b>	<b>NÃO APLICÁVEL</b>
Identidade (nome que gosta de ser chamado)	15	5	
Idade	10	10	
Profissão	0	20	
Estado civil	1	19	
Morada / contactos	0	20	
Habilitações literárias	0	20	

**CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA - CONTEXTO DE SOCIOFAMILIAR**

Com quem reside - agregado familiar	13	7	
Relações familiares	5	15	
Cuidador principal / Pessoa significativa	16	4	
Situação económica	0	20	
Projeto de vida: como ocupa os tempos livres	0	20	
Condições habitacionais	1	19	
Recursos comunitários	5	15	

**ACONTECIMENTO DE SAÚDE E DOENÇA - CONTEXTO DA DOENÇA**

Proveniência	15	5	
Motivo de vinda ao SUG	20	0	
Motivo de internamento	20	0	
Diagnóstico	20	0	
Antecedentes pessoais	20	0	
Fatores de risco - Co morbilidades	15	5	
Medicação habitual	15	5	
Hábitos e estilos de vida	0	20	
Portador de Feridas (UP)	2		18
Conhece a sua situação de doença	5	15	

Tratamento	20	0	
Sinais e Sintomas	20	0	
<b>PADRÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>	<b>REGISTADO</b>	<b>NÃO REGISTADO</b>	<b>NÃO APLICÁVEL</b>
Avaliação cognitiva	20	0	
Observação física – Avaliação da pele	15	5	
Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP – Escala de <i>Braden</i>	<b>18</b>		2 (menos 6h)
Avaliação das atividades básicas de vida diária (Índice de Barthel)	0	20	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene pessoal</li> <li>• Evacuar</li> <li>• Urinar</li> <li>• Ir à casa de banho</li> <li>• Alimentar-se</li> <li>• Deslocações</li> <li>• Mobilidade</li> <li>• Vestir-se</li> <li>• Escadas</li> <li>• Tomar Banho</li> </ul>	20 20 20 4 20 4 15 0 0 15	0 0 0 16 0 16 5 20 20 5	
Avaliação das AIVD	0	20	
Avaliação da dor	15		5
Avaliação do Estado Nutricional	0	20	

## 2ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – ENVOLVER-SE

### INDICADORES

#### RELAÇÃO ENFERMEIRO – PESSOA IDOSA / FAMÍLIA (FORMA COMO FOI FEITA A RELAÇÃO)

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
Avalia e aprofunda o conhecimento que a Pessoa idosa e família têm sobre a sua doença	5	15	
Explora o que o doente sabe fazer sozinho e o que necessita de ajuda	5	15	
Demonstra tempo e disponibilidade	0	20	
Respeita a privacidade da pessoa idosa	0	20	
Clarifica os termos da relação	5	15	
Esclarece dúvidas e fornece informações pertinentes	5	15	
Partilha informação sobre possíveis complicações	5	15	
Educação para a saúde à pessoa idosa e família	0	20	
Envolve a pessoa idosa e a família nos cuidados	10	5	

Estabelece uma relação de confiança, estimulando as suas capacidades fomentando a sua autonomia

0

20

### 3ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – CAPACITAR / POSSIBILITAR

#### INDICADORES

#### AÇÃO CONJUNTA ENTRE ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA - PROMOVEDO O OU POSSIBILITANDO O CUIDADO DE SI.

Partilha informação / conhecimento durante os cuidados

Promove medidas de conforto minimizando os efeitos da pressão e fricção

Minimiza a exposição da pele ao excesso de humidade

Promove hábitos saudáveis e medidas terapêuticas

Motiva a pessoa idosa para a sua recuperação prevenindo complicações:

- Incentiva o cuidado de si nos cuidados de higiene, a deambulação/posicionamentos, cumprimento terapêutico, hidratação e alimentação adequadas;

Negoceia e estabelece compromissos com a pessoa idosa e família durante o internamento

Avalia as potencialidades da pessoa fazendo com que as potenciais se tornem reais – Capacita a Pessoa Idosa e família/cuidador

Respeita o tempo e o ritmo da pessoa idosa

Sugere, não impõe

Adequa o plano de cuidados às necessidades identificadas

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
	10	10	
	20		
	20		
	15	5	
	8	12	
	8	12	
	8	12	
	0	20	
	0	20	
	20	0	

#### 4ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – COMPROMETER-SE

##### INDICADORES

##### O ENFERMEIRO DESENVOLVE COMPETÊNCIAS NA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA PARA A PREVENÇÃO DE UP

Implementa intervenções na prevenção de UP na pessoa idosa

- Colocação do colchão anti escaras
- Reforço proteico
- Gestão da humidade e dispositivos
- Posicionamentos
- Levante
- Promoção da autonomia

Estabelece compromissos com a pessoa idosa e família

Valida as estratégias

Negoceia novas intervenções

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
	10		2
	4	16	
	15	5	
	20	0	
	2	18	
	8	12	
	0	20	
	0	20	
	2	18	

#### 5ª FASE DO PROCESSO DE PARCERIA – ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI / ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

##### INDICADORES

##### ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO

A pessoa idosa está informada e prossegue com o seu projeto de vida e saúde prevenindo complicações através

- Deambulação/posicionamentos, cumprimento terapêutico, alimentação saudável, hidratação, cuidados de higiene

Manifesta conforto e bem-estar

##### ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Garante que a família adquiriu capacidades para cuidar da pessoa idosa, nomeadamente na avaliação da pele, posicionamentos, alimentação, hidratação, mobilidade e superfícies de apoio, mantendo-se o enfermeiro como recurso, em caso de necessidade

	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL
	5	15	
	10	10	
	1	19	

## O que não deve fazer!

- Não deve massajar a pele sobre as proeminências ósseas, correndo o risco de lesar a pele;
- Não deve almofadar as zonas de pressão (tais como os calcâneos) pois impede a visualização da pele e da vigilância dos sinais de alerta;
- Evite o posicionamento sobre áreas com lesão;
- Não deve posicionar o seu familiar sobre os dispositivos médicos que use, como é o caso das sondas vesicais (algalias) e sondas nasogástricas;
- Evite arrastar o corpo durante o posicionamento, o ideal é o seu levantamento, para isso, use resguardos de pano, para o auxiliar nas mobilizações;



## Úlceras por Pressão



Guia para o cuidador  
Como prevenir?



### Ana Filipa Alves Duarte

Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientação: Idalina Delfina Gomes – Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Telefone

## O que são?

“Uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”

NPUPAP/EPUAP 2009

- Esta lesão é considerada uma complicação de saúde, especialmente grave na pessoa idosa que causa:

-elevado impacto na qualidade de vida da família e do doente;

- elevados custos de tratamento;

- Dor, morbidade e mortalidade.

**Pode ser evitada através de medidas eficazes de prevenção.**

## Como surgem?

Resultam da pressão prolongada, contínua e elevada da pele sobre uma superfície, por exemplo, contra a cama e/ou a cadeira de rodas, em pessoas com redução da mobilidade.

Ocorre o bloqueio da circulação sanguínea não permitindo a passagem de oxigénio para os tecidos e células, que revestem as proeminências ósseas, levando á sua destruição.

## Fatores de Risco

Idade—Pessoa Idosa

Incontinência Urinária e fecal (Uso de fralda)

Pessoa acamada ou em cadeira de rodas (Incapaz de se mobilizar)

Desnutrição/ Desidratação

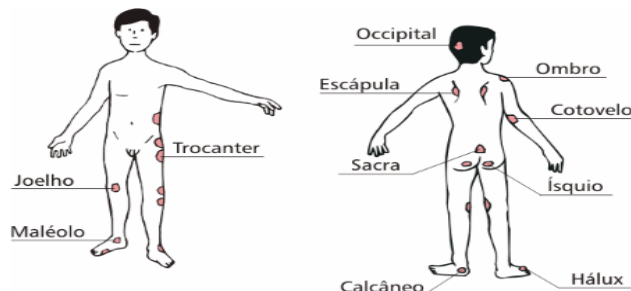
Doenças tais como a Diabetes, Demência, AVC

### Sinais de alerta de desenvolvimento de úlceras por pressão:

- Alterações da cor (vermelhidão e pele escura)
- Alterações da textura e forma da pele (endurecimento e flutuações)
- Alterações de sensibilidade
- Presença de calor e dor

## Onde surgem?

### - Proeminências ósseas



## Como se previnem?

### Cuidados com a pele

- Deve estar atento aos sinais precoces de alerta, observando a pele regularmente;
- Realizar os cuidados de higiene com produtos adequados ao tipo de pele;
- Aplicar creme hidratante após os cuidados de higiene;
- Reforçar a proteção da pele através de cremes barreira, tais como a Vit. A, e o Halibut.

### Evitar a pressão

- Posicionamentos de 2/2 Horas na cama e de 15/15 min em cadeira de rodas, ou sempre que se justificar, de acordo com a avaliação e integridade da pele;
- Ponderar o uso de colchões anti escaras e almofadas que o ajudam a posicionar o seu familiar, aliviando a pressão sobre as proeminências ósseas e asseguram conforto;

### Reduzir a Humidade da pele

- Secar bem a pele após o banho
- Realizar mudanças de fraldas frequentes, mantendo a pele o mais seca possível

### Nutrição e hidratação adequada

- Uma hidratação adequada é fundamental para o correto funcionamento do seu corpo, mantendo-o saudável;
- Encorajar a ingestão mínima de oito copos de água por dia ou 1,5l
- A ingestão de proteínas ajuda a cicatrização e regeneração das células, são boas fontes de proteínas os produtos lácteos, os ovos, carnes, peixe, fígado, assim como frutos secos (nozes, avelãs, amêndoas), as leguminosas (feijão) e as gelatinas.

## Introdução:

A UP é uma das principais complicações decorrentes do internamento hospitalar na pessoa idosa, um problema antigo, mas que atualmente deve ser encarado como uma realidade passível de ser evitada. Estando associado a taxas elevadas morbilidade e mortalidade, custos, prolongamento de internamentos, dor e alteração da qualidade de vida da pessoa e sua família. Importante indicador da qualidade de cuidados de enfermagem prestados.

## Objetivos:

1. Descrever a avaliação inicial à pessoa internada no SUG
2. Uniformizar procedimentos inerentes à prevenção de UP no SUG com base na evidência científica
3. Identificar e descrever as principais medidas preventivas de acordo com os dois níveis de risco, identificados pela avaliação da escala de *Braden*.



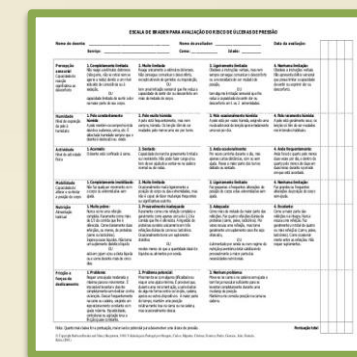
### Avaliação Inicial

- Avaliação da Pele
- Avaliação do Risco
- Avaliação do Estado Nutricional



### Avaliação da pele

- Vigiar a cada turno alterações da cor; alterações da textura da pele, alterações de sensibilidade
- Presença de calor, edema e dor
- Rastrear sinais de desidratação: pele seca, escoriações, e fragilidade cutânea
- Pedir a colaboração da pessoa na identificação de eventuais áreas de desconforto



### Avaliação do risco

- Despistar fatores de risco
- Avaliar sinais vitais - Dor
- Nas primeiras 6 horas após admissão da pessoa idosa no SUG
- Avaliar a cada 24h no SUG



### Avaliação do estado Nutricional

- Estimativas das necessidades nutricionais
- Comparação da ingestão nutricional com as necessidades estimadas
- Suporte nutricional e intervenção adequada
- Dieta adequada

## AVALIAÇÃO DO RISCO - ESCALA DE *BRADEN*

BAIXO RISCO  
(≥ 17)

ALTO RISCO  
(< 16)

Cuidados de higiene personalizados;  
Manter a pele limpa e hidratada  
Incentivar a pessoa idosa a mobilizar-se  
Promover a funcionalidade e autonomia da Pessoa Idosa;  
Proporcionar o levante /sentar na maca;  
Alimentação adequada;  
Gestão dos equipamentos de avaliação e monitorização;

Plano individualizado de posicionamentos;  
O uso de resguardos de pano durante os posicionamentos e transferências;  
Colchão anti escaras  
Alívio total da pressão nos calcâneos  
Uso do ângulo de 30°  
Inspeccionar a pele regularmente, vigiar sinais de rubor, calor e dor, em especial em zonas circundantes aos dispositivos médicos;  
Gestão da humidade  
Gestão dos equipamentos de avaliação e monitorização;  
Manter a pele limpa e hidratada.  
Oferecer suplementos nutricionais orais e/ou através de sonda de alimentação, com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, em caso de desnutrição;

DOCUMENTAR, EFETUANDO REGISTOS DE TODAS AS  
AVALIAÇÕES E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

### NÃO DEVE:

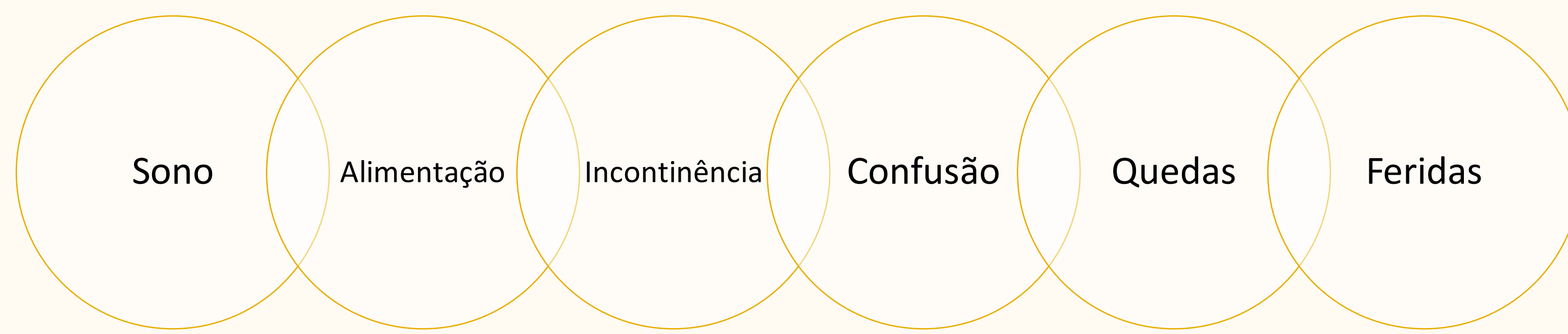
Posicionar a pessoa idosa sobre áreas com lesão, proeminências ósseas e dispositivos médicos;  
Utilizar massagem na prevenção de UP  
Arrastar a pessoa idosa durante os posicionamentos  
Almofadar as proeminências ósseas

# IMPLICAÇÕES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

## AVALIAR PARA PREVENIR



1. Estudantes do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
2. Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



S P I C E S

Sleep Disorders  
Problems with Eating or Feeding  
Incontinence  
Confusion  
Evidence of Falls  
Skin Breakdown

### Introdução

O aumento da esperança média de vida constitui um aspeto positivo, mas representa também um desafio para os profissionais de saúde na medida em que os idosos, podem estar mais vulneráveis ao aparecimento de doenças crónicas<sup>1</sup>, levando à institucionalização em hospital ou lar. Esta pode causar vivências stressante contribuir para o aparecimento de complicações que afetam o estado funcional da pessoa idosa<sup>2</sup>. As complicações são motivo do aumento dos custos com a saúde e duração dos internamentos e sofrimento da pessoa idosa<sup>2</sup>. Assim impõe-se que os enfermeiros especialistas promovam a deteção precoce das mesmas, através da aplicação de instrumentos de forma a planificar intervenções preventivas e terapêuticas<sup>2</sup>.

### 1. Objetivos

- Identificar as complicações decorrentes da institucionalização da Pessoa Idosa (PI) em contexto Hospitalar em Serviço de Urgência (SU) médico-cirúrgico e em contexto de lar no distrito de Setúbal.
- Enumerar as complicações mais frequentes decorrentes da institucionalização da PI em contexto de SU e em contexto de lar, utilizando a escala Fulmer “SPICES”.
- Analisar as intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em saúde da PI para prevenção e controlo destas complicações.

## 2. Metodologia

Este trabalho foi desenvolvido em duas fases:

**1ª fase:** Revisão narrativa da literatura com base na questão: “Quais as principais complicações decorrentes da institucionalização da PI?” e nas seguintes palavras-chave: *hospitalization, nursing home, elderly/aged, aftereffects*, com síntese e análise dos principais resultados;

**2ª fase:** Trabalho de campo no SU e em contexto de lar, com recurso á escala de Fulmer “SPICES” para identificação das complicações mais frequentes nestes dois contextos. Colheita realizada numa amostra os 19 utentes internados em Serviço de Observação no SUG e nos 35 residentes do Lar todos com idades superiores aos 65 anos.

## 3. Resultados

A literatura mostra que as principais complicações decorrentes da institucionalização são: os problemas relacionados com o sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas e feridas.

Em contexto de lar identificaram-se 20 residentes com problemas de incontinência e 15 com problemas relacionados com o sono;

No SU verifica-se que as principais complicações na PI são a incontinência e a alimentação com 16 e 12 casos respetivamente como indicam os gráficos.

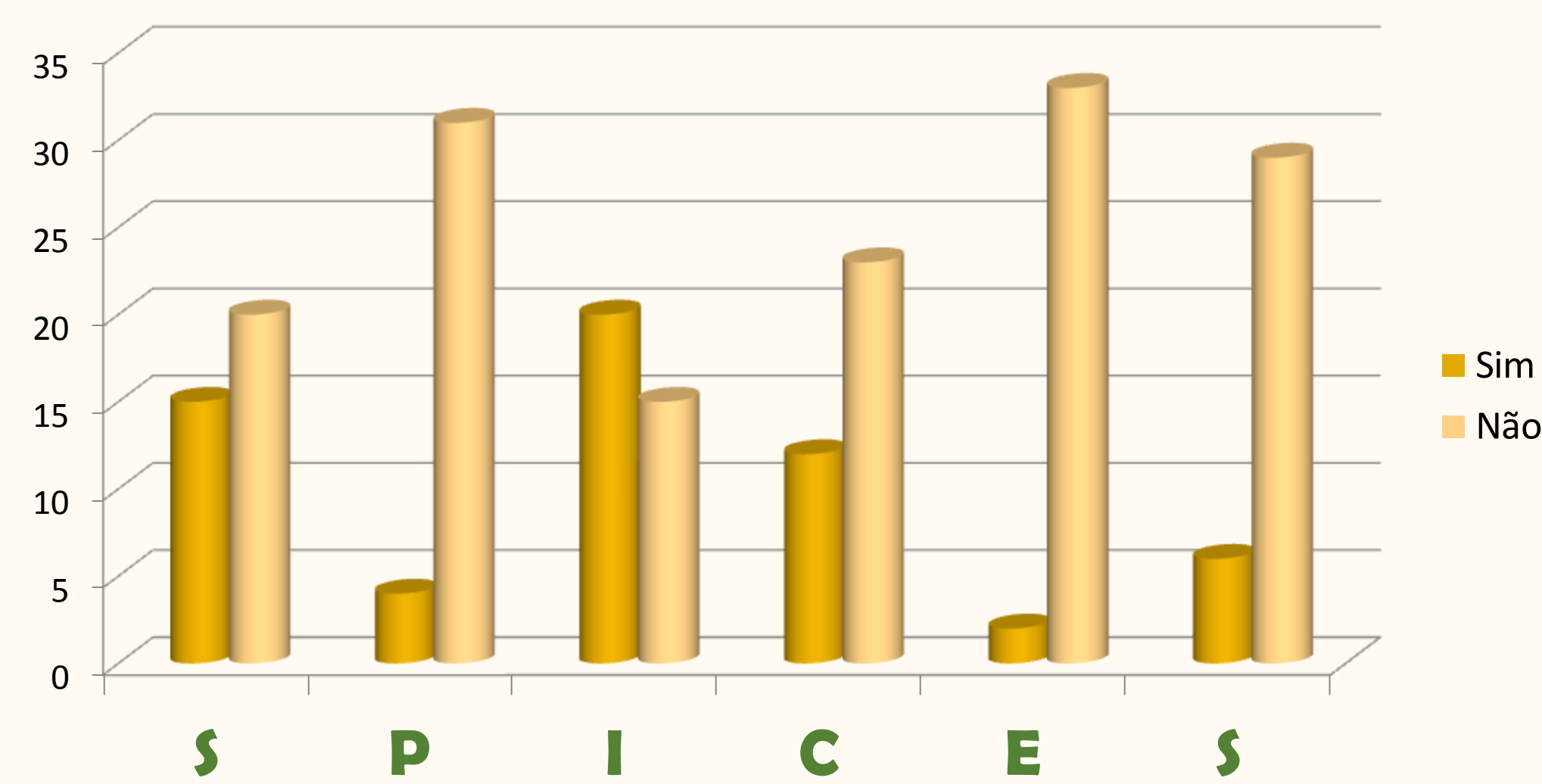


Gráfico 1: Resultado aplicação Fulmer “SPICES” em contexto de lar.

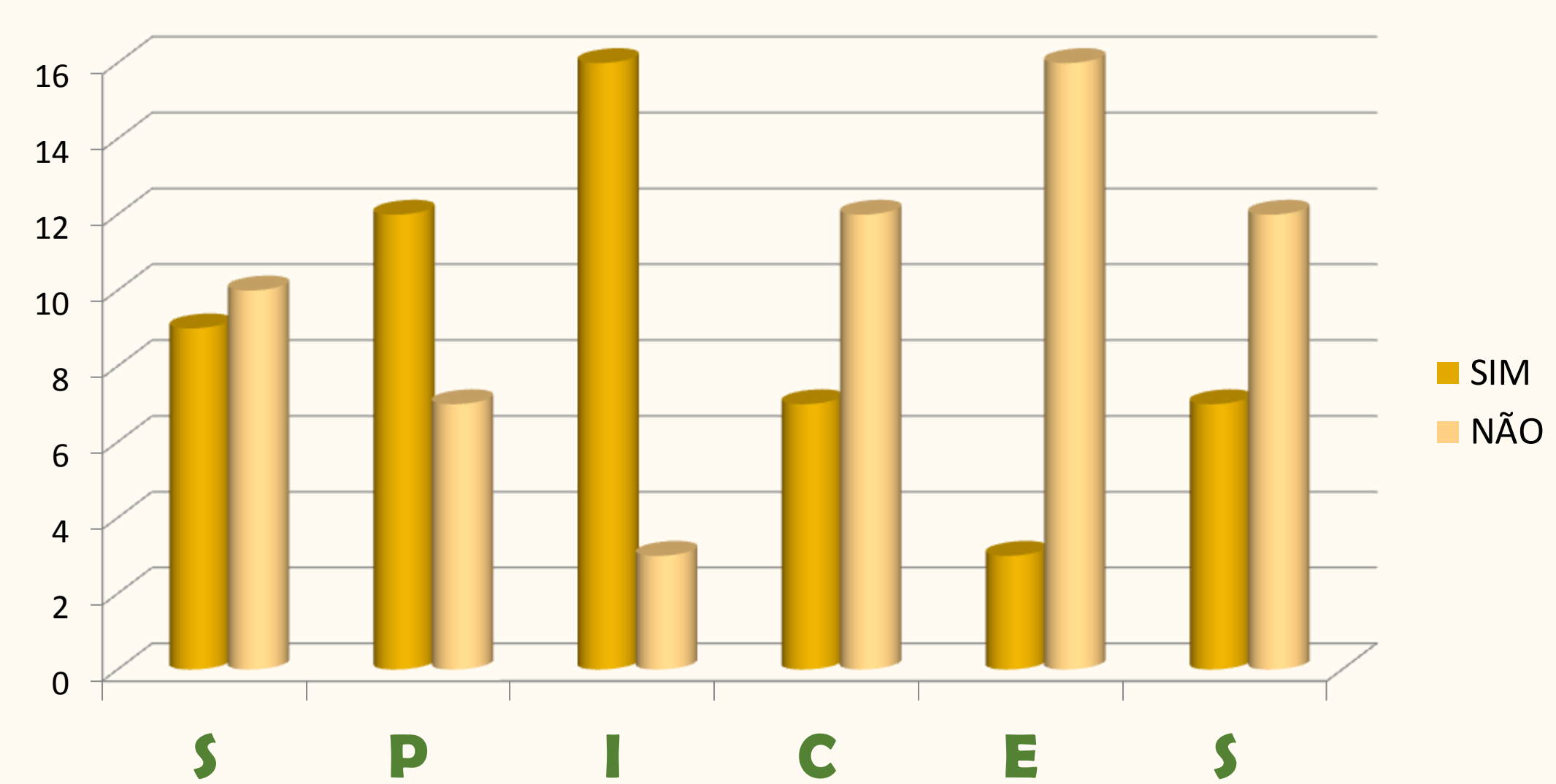


Gráfico 2: Resultado aplicação Fulmer “SPICES” em contexto hospitalar.

## 4. Discussão de Resultados

Estes resultados corroboram outros trabalhos que apontam a incontinência urinária como uma das principais complicações decorrentes da institucionalização, estando associada a uma baixa auto-estima<sup>3,4</sup>, a par das alterações do sono que interferem com a capacidade de raciocínio e memória, tendo consequências emocionais e no humor. Estas complicações afetam significativamente a qualidade de vida da PI<sup>5</sup>. A alimentação é também apontada como uma complicação frequente da PI e que pode levar ao aparecimento de patologias ou evitando o seu agravamento<sup>5</sup>.

## Conclusão

Face aos resultados encontrados, que apontam como complicações mais frequentes na PI institucionalizada os problemas relacionados com o sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas e feridas, constatámos que são áreas de cuidados sensíveis aos cuidados de enfermagem, pelo que o enfermeiro especialista na saúde da PI tem um papel preponderante na sua identificação precoce e no desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada em parceria com a PI que permita, desde a admissão conhecer os hábitos e estilos de vida PI para em conjunto com esta e família possa estabelecer um plano de cuidados personalizado que promova o conforto, o sono, um ambiente seguro que previna quedas, úlceras de pressão, a antecipação da micção, que pode reduzir a algáliação e a implementação de um plano alimentar e ingestão hídrica que promova um bom estado nutricional<sup>5</sup>. Estas intervenções de enfermagem trazem ganhos para a saúde da pessoa idosa pois permitem a manutenção ou a promoção da capacidade funcional da pessoa idosa no sentido de que ela continue a desenvolver o seu projeto de vida<sup>6,7</sup>.

### Referências Bibliográficas

- OMS (2007). *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Acedido em 01-04-2014. Disponível em [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf);
- Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107(10), 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nw/public/modules/1187>;
- Teunissen, D., Bosch, W.V.D., Weel, C.V. & Lagro-Janssen, T. (2006). It can always happen: The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 166-173. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/02813430600739371>;
- Anpalahan, M. & Gibson S.J. (2008). Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. *Internal Medicine Journal*, 38, 16–23. Acedido em 2014/04/01. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1445-5994.2007.01398.x/pdf>;
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2012) *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;
- Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
- Chan, H. Y.L. & Pang, S. M.C. (2010). Let me talk – an advance care planning programme for frail nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3073–3084. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=a2c99ade-2250-4750-be5e-40ac867fe725%40sessionmgr4005&hid=4112>.

# A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA IDOSA INTERNADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

– Estudo de Caso –

Ana Filipa Duarte\*; Idalina Gomes\*\*

\* Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | email: filipaduarte83@gmail.com

\*\* Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | email: idgomes@esel.pt

## Introdução:

O SU é caracterizado pelo ambiente estranho e sobrelotado, aspetos que promovem o aparecimento de problemas como: confusão, quedas e UP na pessoa idosa.<sup>1,2,3</sup>

A UP é um problema multifatorial que pode ser prevenido.<sup>4,5,6</sup> Os enfermeiros são fundamentais pois diagnosticam e prescrevem intervenções capazes de prevenir as UP.<sup>7,8</sup> A prevalência nacional nos SU é de 12,5%<sup>9</sup>, sendo 16,31% no contexto do estudo.

Pretende-se a identificação precoce das mesmas, no SU, através da avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMDPI) e promoção de intervenções de enfermagem personalizadas realizadas em parceria com o idoso e cuidador familiar (CF).<sup>8,10</sup>

## Objetivo:

Capacitar a Pessoa idosa e o CF para a prevenção de UP durante um episódio de internamento no SU tendo a Parceria como intervenção de Enfermagem.

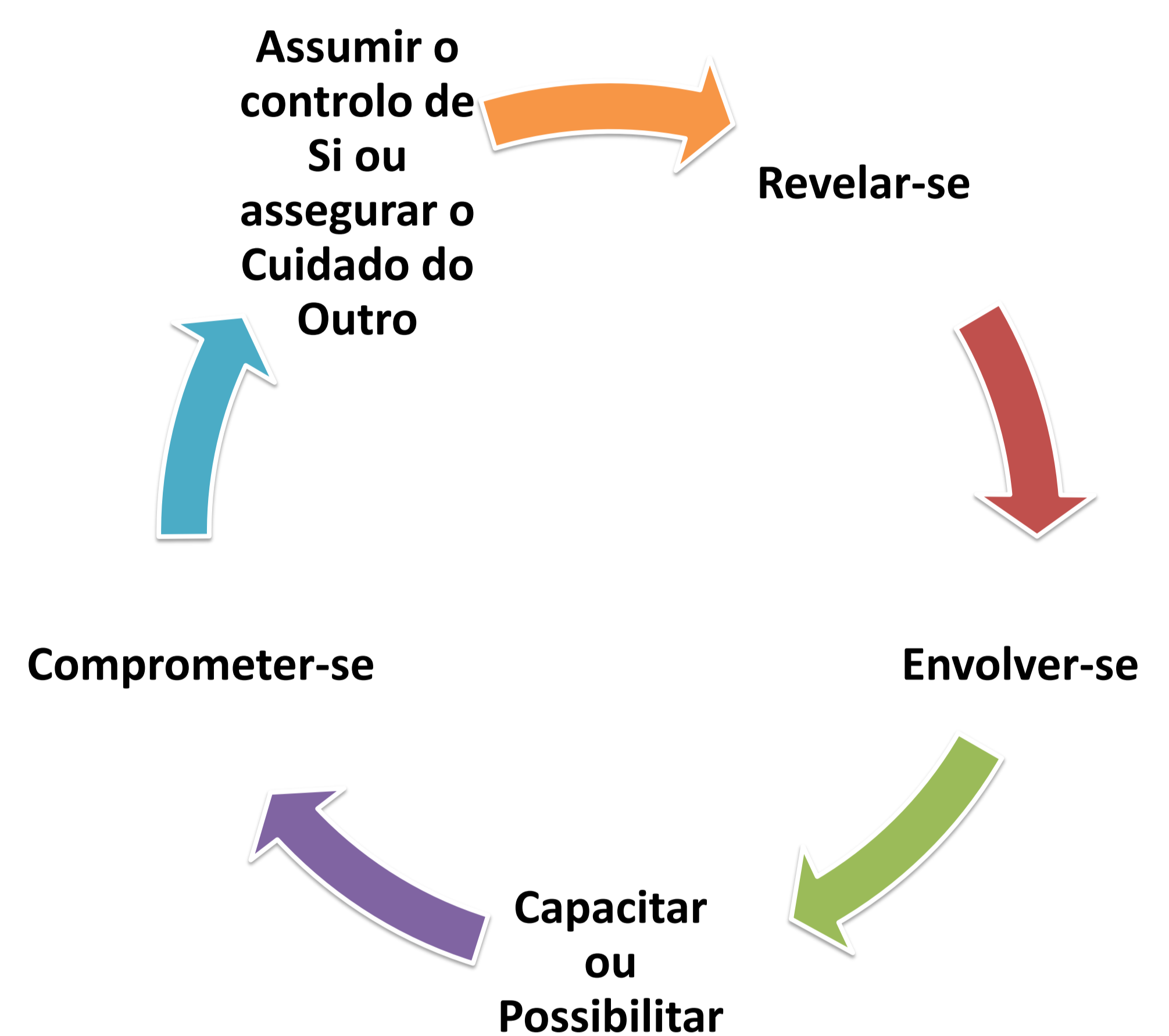
## Metodologia:

Estudo de caso em contexto de SU, tendo em conta as 5 fases do modelo de Parceria – Revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir ou assegurar o cuidado da pessoa idosa e do CF.<sup>10</sup> Para colheita de dados foi utilizada: observação e entrevista, para AMDPI e às escalas: *MMSE, MNA, Barthel e Braden*.

## Resultados:

Em parceria com a pessoa idosa e CF foi realizada a AMDPI. Identificaram-se como principais problemas: a confusão, risco de desnutrição e o alto risco de UP.

Construiu-se uma ação comum negociada, baseada na confiança, que permitiu estabelecer compromissos com o idoso e CF personalizando as intervenções que se salientam: permitida a presença do CF nos horários de refeições; orientação no tempo e espaço; manutenção de ambiente seguro; explicado ao idoso e CF fatores de risco e sinais de alerta da UP; negociados os posicionamentos; incentivada a mobilização no leito e o levantar; oferecido urinol e colocado colchão anti escaras. O idoso manteve-se orientado, com alimentação adequada e com a pele íntegra. O CF mostrou-se mais confiante para cuidar do seu familiar após a alta.



C  
O  
M  
P  
R  
O  
M  
I  
S  
S  
O  
S



## Conclusão:

A intervenção de enfermagem em parceria facilita a AMDPI, revelando-se fundamental para a capacitação do idoso e CF para o cuidado de Si, estabelecendo compromissos e intervenções que visem a prevenção de UP, assegurando ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Recomenda-se a implementação de protocolos de intervenção de enfermagem em parceria como forma de diminuir a incidência de UP no SU e a realização de estudos de investigação para avaliação destes ganhos.

## Referências Bibliográficas:

- Salvi, F., Moricho, V., Grilli, A., Giorgi, R., Tommaso, G., & Dessi-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*, 2, 292-301.
- Hwang, U. & Morrison, R. (2007). The Geriatric Emergency Department. *The American Geriatrics Society*, 55, 1873-1876.
- Ellis, G., Marshall, T., & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.
- Armour-Burton, T., Fields, W., Outlaw, L., & Deleon, E. (2013). The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and Treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *American Association of Critical-Care Nurses*, 33 (3) 32-39.
- Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107, (10), 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1187>;
- Stotts, N. & Gunningberg, L. (2007). Predicting Pressure Ulcer Risk: Using the braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it. *American Journal of Nursing*, 107, (11) 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1239>;
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, A.M., & Soriano, J.V. (2011). Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, 3 (5), 55-63. Acedido em: 9/04/2014. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rev/vser11n5/ser11n5a06.pdf>
- Vanderwee, K.; Clark, M., Dealy, C., Gunningberg, L., Defloor, T. (2006). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 227-235. Acedido em 10/10/2014. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2006.00684.x/abstract>
- Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* 77-110. Loures: Lusociência;

# TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL – MATERIAL DE PENSO



Ana Filipa Duarte<sup>1</sup>; Idalina Gomes<sup>2</sup>  
1. Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Enfermeira do Centro Hospitalar de Setúbal – Serviço de Urgência Geral  
2. Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Enfermeiro Orientador: João Valente; Enfermeira Coordenadora Ilda Roque - Serviço de Urgência Geral

## Introdução

A úlcera por pressão (UP) é uma complicação em saúde, importante causa de morbilidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida do indivíduo e sua família. Constitui igualmente uma sobrecarga económica para os serviços de saúde, no que se refere ao seu tratamento. Os avanços científicos nesta área são evidentes e inúmeros os materiais de penso existentes. Importa uma adequada gestão destes recursos para otimização e continuidade no tratamento<sup>1</sup>.

## Objetivo

- Enumerar os diferentes materiais existentes no serviço de urgência geral para utilização no tratamento e prevenção de úlceras por pressão;
- Descrever as principais indicações terapêuticas;



### GAZE GORDA

#### Indicações:

Tratamento de feridas com tecido de epiteliação e com pouco exsudado;  
As propriedades hidrofóbicas diminuem a aderência ao leito da ferida, facilitando a remoção do penso;  
Preservam o tecido de granulação



### HIDROGELES

#### Indicações:

É recomendado para tratamento de feridas secas, com presença de necrose, devido à capacidade de doação de humidade.  
Capaz de realizar desbridamento seletivo<sup>3</sup>.

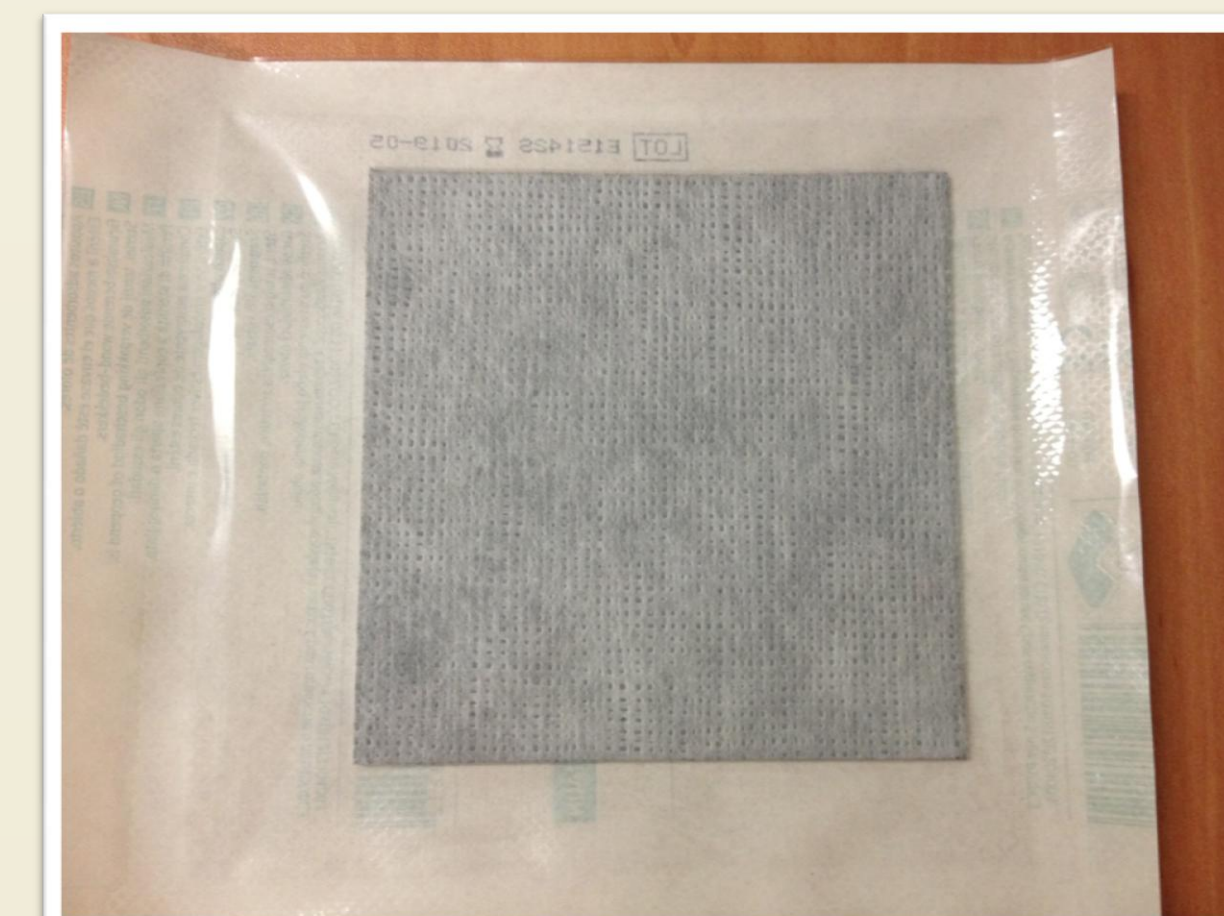


### GAZE IODOFORMADA

#### Indicações:

Indicado em feridas infetadas mas também pode ser aplicado, como preventivo de infeção em queimaduras ligeiras e lesões traumáticas ligeiras com perda de pele.

Promovem o controlo da infeção através da libertação de iodo no leito da ferida.



### PENSO DE CARVÃO ATIVADO

Gestão de feridas crónicas com exsudado baixo a elevado, em particular quando infectadas e com mau odor.

#### Indicações:

Úlceras de perna venosas. Úlceras de perna arteriais. Úlceras por pressão. Feridas tumorais. Feridas traumáticas ou cirúrgicas infectadas e/ou com mau odor.



### HIDROCOLÓIDES / PELÍCULAS

A camada externa confere a capacidade de efetuar trocas gasosas com o exterior, impedindo a passagem de microrganismos;

#### Indicações:

Prevenção e tratamento de UP de Categoria I e II  
Mantém o leito da ferida húmido ajudando a promover a cicatrização em feridas com tecido de granulação e epiteliação;  
Protege a pele da pressão, evita o contato com fluidos e bactérias;



### AIGINATO DE CÁLCIO

É um penso composto por uma estrutura de fibras que interagem com o exsudado da ferida transformando-se num gel hidrofílico. Este gel proporciona um gradiente óptimo de humidade e absorção favorecendo o ambiente para a formação de tecido de granulação e cicatrização da ferida

#### Indicações:

Úlceras de pressão, feridas com exsudado hemorrágico, feridas infetadas e feridas agudas.

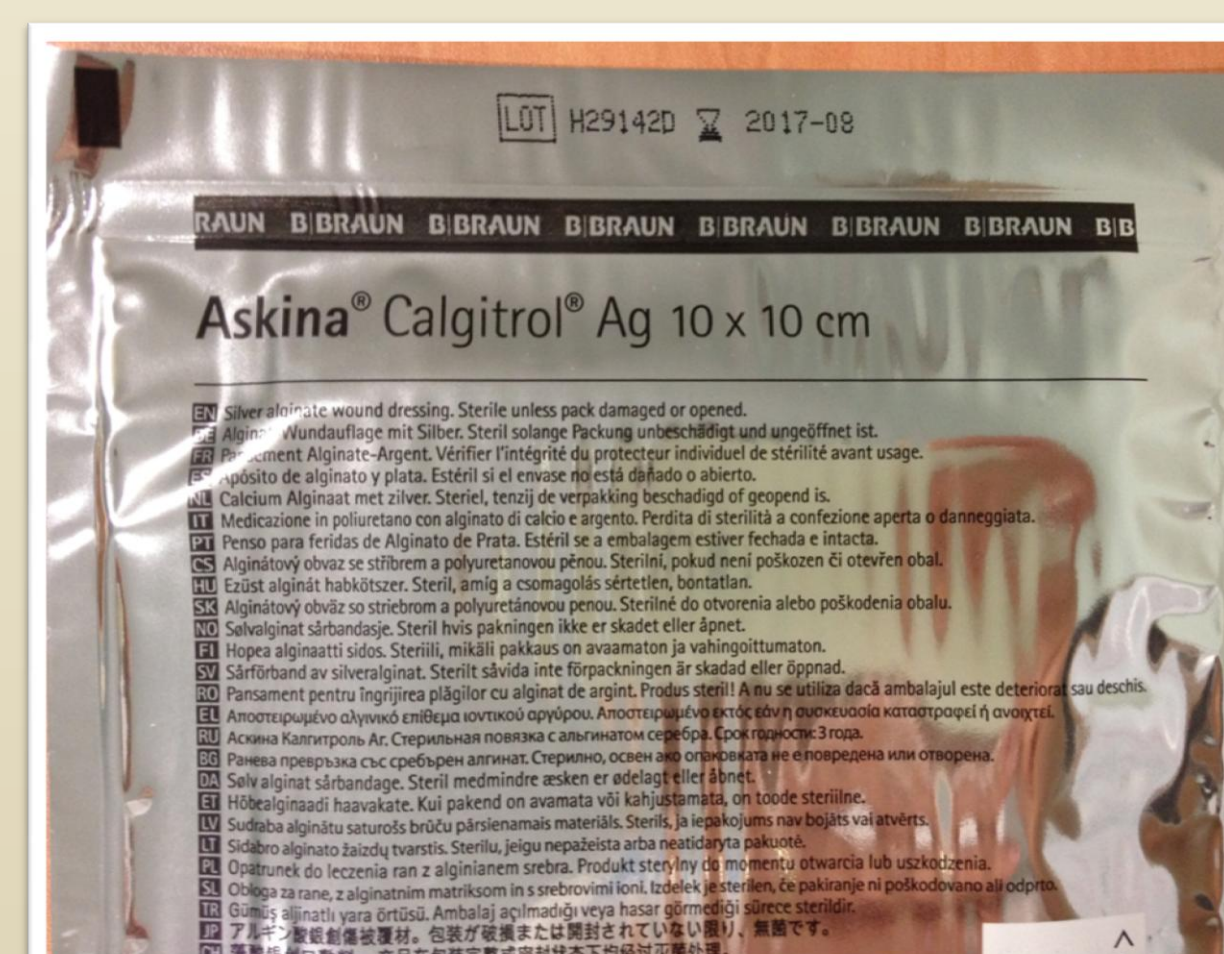


### ESPUMAS

Apresentam-se sob a forma de penso adesivo ou não, de estrutura hidrofílica, com grande capacidade de absorção.

#### Indicações:

Feridas exsudativas;  
Prevenção de UP.



### PENSO DE ALGINATO DE CÁLCIO COM PRATA

Askina Calgitrol® Ag é um apósito à base de alginato de prata, tecnologicamente avançado, que combina a eficácia de barreira de prata iônica com as capacidades de absorção de alginato de cálcio e espuma de poliuretano

#### Indicações:

É recomendado para o tratamento de feridas infectadas<sup>3</sup>.  
Necessita de requisição médica à farmácia.

1. Afonso, C., Afonso, G., Azevedo, M., Miranda, M., Alves, P.,...Dias, V. (2014). *Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática*. HARTMANN Portugal. Acedido em 1/12/2014. Disponível em <http://care4wounds.com/ebook/flipviewerexpress.html>
2. <https://www.infarmed.pt/formulario/navegacao.php?paid=311> acedido em 12/02/2015.
3. [http://www.bbraun.com.br/cps/rde/xchg/cw-bbraun-pt-br/hs\\_xsl/products.html?prod=PRID00002996](http://www.bbraun.com.br/cps/rde/xchg/cw-bbraun-pt-br/hs_xsl/products.html?prod=PRID00002996) acedido em 12/02/2015.
4. Pontes, T., S. (2012) Tese de Mestrado, Lisboa. Universidade Católica Portuguesa. Acedido em 12/03/2015 Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8870/1/Relatorio%20Susana%20Tormenta.pdf>