

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO. CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE  
CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA DURAÇÃO E  
MANUTENÇÃO. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES E  
AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS  
DE PRESSÃO**

*Marco Paulo Correia Barata*

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior de Miranda do Douro, apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados

Bragança, novembro de 2012

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO. CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE  
CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA DURAÇÃO E  
MANUTENÇÃO. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES E  
AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS  
DE PRESSÃO**

*Marco Paulo Correia Barata*

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior de Miranda do Douro, apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientado por Professor Doutor Leonel São Romão Preto  
Coorientado por Mestre Paula Eduarda Lopes Martins

Bragança, novembro de 2012

## RESUMO

Este trabalho apresenta o relatório de estágio e trabalho de projeto realizado entre março e julho do ano de 2011, numa unidade de cuidados continuados de longa duração e manutenção.

Ao longo do texto descrevemos a forma como os objetivos inicialmente propostos foram concretizados. De uma forma resumida o estágio permitiu o conhecimento da unidade, a integração na equipe interdisciplinar, oportunidades ao nível da formação e a melhoria e desenvolvimento de competências ao nível da investigação.

Neste último aspeto realizámos pesquisa com o objetivo de estratificar o risco de aparecimento de úlceras por pressão tendo em conta a totalidade dos doentes internados na unidade desde a sua abertura até à atualidade. Concluímos que os doentes apresentam maioritariamente idades superiores a 79 anos, na sua maioria são do sexo feminino e têm como patologia de base AVC. Com uma média de dias de internamento dentro dos prazos legais, quase metade dos utentes teve alta como destino. A incidência de mortalidade foi de 28,2%. Tais características associadas às problemáticas atuais de dependência conduzem a um maior risco do aparecimento das úlceras por pressão. O valor de Braden na admissão do utente naquela unidade foi, em média, 13,30 pontos, valor associado a risco de desenvolver úlcera por pressão. Encontrámos 43,7% de utentes com risco elevado. Para o risco moderado obtivemos uma percentagem de 41,5%. Por outro lado, não apresentavam risco de desenvolver úlcera apenas 10,4% dos utentes da amostra.

## **RESUMEN**

Este documento presenta el informe de trabajo de prácticas clínicas y el proyecto llevado a cabo entre marzo y julio de 2011, en una unidad de cuidados a largo plazo y de mantenimiento.

A lo largo del texto se describe la forma como los objetivos inicialmente propuestos fueron alcanzados. En resumen: las prácticas nos han permitido conocer la realidad de la unidad, integrar el equipo multidisciplinario, y desarrollar mejores habilidades en investigación.

En este último aspecto se realizó una pesquisa con el objetivo de determinar la existencia del riesgo de desarrollar úlceras por presión consultando los registros relevantes de todos los pacientes ingresados en la unidad desde su creación hasta la actualidad. Llegamos a la conclusión de que los pacientes tienen mayoritariamente más de 79 años, son mujeres, tienen el accidente cerebrovascular como enfermedad subyacente. Casi la mitad de los pacientes fueron dados de alta con una estancia media hospitalaria dentro de los plazos legales. La característica de envejecimiento de esta población asociado con problemas de dependencias actuales, por enfermedad, conducen a un mayor riesgo de desarrollo de las úlceras por presión, ya que el valor de la admisión del Braden en la unidad es, en promedio 13,30 y se refiere a riesgo de desarrollo de úlceras. Se encontró un 43,7% de los usuarios con alto riesgo. Para el riesgo moderado se obtuvo un porcentaje del 41,5%. Por otro lado, no mostraron ningún riesgo de desarrollar úlceras 10,4% de los pacientes.

## **Pensamento**

“Toda a nossa vida é uma primavera, porque temos em nós a verdade que não envelhece e essa verdade anima toda a nossa caminhada.”

São Cirilo de Alexandria

## **Agradecimentos**

Um relatório nunca é totalmente pessoal, para a realização do mesmo outras pessoas contribuem com ideias, pensamentos e sugestões. A estas pessoas gostaria de agradecer o seu valioso contributo.

Em primeiro lugar ao Professor Doutor Leonel Preto, pela orientação e acompanhamento científico do trabalho;

À Enfermeira Mestre Paula Martins pelos conhecimentos transmitidos e disponibilidade demonstrada ao longo do estágio. A sua presença constante, amizade e interesse tornaram-se elementos facilitadores da aprendizagem e foram um incentivo constante na persecução dos objetivos iniciais;

À minha família pelo seu apoio sem reservas;

Aos profissionais da Unidade de Cuidados Continuados de Miranda do Douro, pelo papel relevante que desempenharam na minha integração na equipe interdisciplinar e pela ajuda no processo de pesquisa, designadamente na recolha de informação.

A todos os professores do curso de Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

ARSN- Administração Regional de Saúde do Norte, IP

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CDSS Bragança- Centro Distrital de Segurança Social de Bragança

ECL- Equipa Coordenadora Local

ESSa/IPB- Escola Superior de Saúde de Bragança

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UCCI- Unidade Cuidados Continuados Integrados

UCCLDMMD- Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro

UMCCI- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UP- Úlceras de pressão

% - Percentagem

€- Euros

DP- Desvio padrão

gl- Grau de liberdade

Nº ou nº- Número

*p*- Significância estatística ou valor de prova

t- Teste t de student para amostras independentes

# ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	9
1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTAGIO .....	11
1.1 - ORGANIZAÇÃO .....	14
1.2 - IMPLEMENTAÇÃO.....	15
1.3- ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA DA UNIDADE.....	16
2 - REGULAMENTO INTERNO DA UCCMD .....	18
3 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	19
3.1 - INTEGRAÇÃO NA EQUIPA DE ENFERMAGEM.....	19
3.2 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA UNIDADE.....	22
3.3 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS COM OS UTENTES.....	28
3.4 – REUNIÕES INTERDISCIPLINARES.....	29
3.5 - FORMAÇÕES PROMOVIDAS INTRA E EXTRA UNIDADE .....	30
3.6 – PROJETO DE ESTUDO.....	32
4 - REFLEXÃO CRÍTICA .....	45
5 – CONCLUSÃO .....	47
6 – BIBLIOGRAFIA .....	49
ANEXOS .....	52
ANEXO 1- Autorizações .....	53
ANEXO 2- Plano de ação de formação .....	55
ANEXO 3- Participação na organização de jornadas .....	58
ANEXO 4- Cronograma de atividades .....	61
ANEXO 5- Regulamento interno da Unidade de Longa Duração e Manutenção.....	63

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Sexo dos utentes .....	22
Gráfico 2- Distribuição dos utentes tendo em conta a idade .....	22
Gráfico 3- Utentes distribuídos de acordo com o estado civil .....	23
Gráfico 4- Representação gráfica das qualificações profissionais dos utentes.....	23
Gráfico 5- Utentes distribuídos de acordo com a sua área de residência .....	24
Gráfico 6- Doentes distribuídos de acordo com a presença de cuidadores informais capazes de lhes prestar cuidados .....	24
Gráfico 7- Utentes distribuídos segundo as tipologias de internamento "Longa duração" e "Descanso do cuidador" .....	25
Gráfico 8- Representação gráfica dos resultados encontrados para a questão "Aquando do internamento o utente chegou acompanhado à unidade" .....	25
Gráfico 9- Proveniência dos utentes internados na unidade .....	26
Gráfico 10- Utentes distribuídos segundo as respostas sociais e os seus destinos após a alta clínica.....	27

## INDICE DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
Tabela 1- Utentes distribuídos por sexo .....	35
Tabela 2- Estatísticas descritivas da variável idade.....	36
Tabela 3- Médias da idade de acordo com o sexo dos participantes .....	37
Tabela 4- Estatísticas descritivas para a variável dias de internamento .....	38
Tabela 5- Patologias subjacentes à necessidade de internamento .....	39
Tabela 6- Destino dos utentes .....	39
Tabela 7- Taxas de mortalidade por patologia específica.....	40
Tabela 8- Estatísticas descritivas obtidas para a pontuação da Escala de Braden.....	41
Tabela 9- Classificação dos doentes participantes no estudo segundo a Escala de risco de úlcera de pressão de Braden .....	41
Tabela 10- Análise descritiva da escala de Braden.....	42

## INTRODUÇÃO

No âmbito do primeiro curso de Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (ESSa/IPB) foi-me proposto a elaboração de um projeto de estágio e respetivo relatório científico, uma vez que optei por realizar estágio curricular numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). A minha opção pelo estágio deveu-se ao facto de esta modalidade me ter parecido a mais adequada em termos de aplicabilidade prática dos conhecimentos teóricos adquiridos durante as unidades curriculares do curso de mestrado. Por outro lado, sendo licenciado em enfermagem ainda com escassa experiência profissional (que se restringe ao desempenho de funções num lar de idosos), o contexto estágio apresentava a possibilidade de desenvolver essa mesma experiência na prática clínica específica. Com o estágio pretendia também compreender melhor a realidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), como estrutura de missão relativamente recente nos cuidados de saúde em Portugal, e a sua interligação com os centros de saúde, hospitais e outros serviços de prestação de cuidados de saúde.

O estágio curricular do Mestrado de Cuidados Continuados desenvolveu-se de acordo com cronograma inicial e decorreu no período de 17 de Fevereiro de 2011 a 23 de Julho de 2011 na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior de Miranda do Douro (UCCLDMMMD), tendo-se desenvolvido às quintas, sextas e sábados, nos turnos da manhã, até perfazer a carga horária total de 540 horas, conforme o plano da unidade curricular.

O objetivo inicial de conhecer as práticas clínicas e a metodologia de trabalho da equipe multidisciplinar, permitiu desenvolver gradualmente uma consciência reflexiva sobre o processo de aprendizagem que visou conhecer essa mesma realidade.

Assim, durante o período em que me desloquei à Unidade de Cuidados Continuados de Miranda do Douro, verifiquei que o estágio foi de encontro às minhas expectativas, e sanou dúvidas que continuariam a existir se não conseguisse constatar-las e ultrapassá-las através de vivências e contacto direto com a dinâmica de uma Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção.

Dentro do contexto estágio desenhei e desenvolvi um projeto de estudo que levei a cabo com base em consultas nos processos dos utentes, após autorização prévia do Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro. Com estas consultas percebi como se organizavam os processos individuais dos utentes, compreendi melhor o estado biopsicossocial dos idosos ao momento internados na unidade. Finalmente recolhi dados para a investigação que apresento neste relatório.

Com a realização do estágio pretendi atingir os seguintes objetivos específicos que passo a enumerar:

- Conhecer a RNCCI e caracterizar a Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro, para assim entender o perfil dos utentes internados;
- Integrar a equipa da unidade acompanhando todo o processo de internamento dos utentes, desde o momento da admissão ao processo de alta;
- Contribuir para um crescimento pessoal e profissional; através da partilha de conhecimentos e experiências com a equipe de saúde;
- Melhorar e desenvolver competências ao nível da investigação, por um lado através do envolvimento em projetos que o serviço estivesse a desenvolver; e por outro através da realização de um trabalho de investigação, que apresento neste relatório e que teve como objetivos estudar a casuística da unidade, desde a sua abertura até à atualidade, e determinar do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão;
- Efetuar uma crítica acerca do estágio realizado e respetiva apresentação da reflexão e medidas de correção.

Este relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: inicialmente contextualiza o local de estágio ao nível do espaço físico, da organização e funcionamento, de acordo com o seu regulamento interno. Estes capítulos iniciais (Capítulo 1 e Capítulo 2) reportam-se à descrição da Unidade de modo a dar resposta ao objetivo de conhecê-la e caracterizá-la. Numa segunda parte descrevo as competências desenvolvidas, as atividades realizadas e respetiva análise crítica. Apresento seguidamente os resultados da investigação sob a forma de artigo científico, tal como é recomendado pelas normas de elaboração de relatórios de estágio e trabalhos de projetos da ESSa/IPB. Por último apresento as conclusões.

## **1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTAGIO**

A RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados) foi criada em 2006, com vista a colmatar uma importante lacuna nos cuidados de saúde em Portugal.

Nas sociedades contemporâneas, devido em parte à entrada da mulher no mercado de trabalho, as redes de entreaajuda familiar e relações intergeracionais alteraram-se profundamente no que diz respeito ao cuidar de pessoas envelhecidas. Paralelamente a esta alteração nas dinâmicas familiares a esperança de vida tem vindo a aumentar significativamente nas últimas décadas.

Assim sendo a RNCCI veio criar um elo de ligação e uma estrutura de retaguarda entre os hospitais de agudos e a envolvente familiar; possibilitando ao utente a possibilidade de continuar a receber cuidados de saúde com vista à recuperação e à posterior inclusão social e familiar, com melhores níveis da funcionalidade e qualidade de vida.

A Rede, embora com algumas limitações, por não se encontrar ainda completamente implantada em todo o território nacional, veio trazer à terceira idade uma série de benefícios, pois esta população específica apresenta, decorrente do envelhecimento ou de processos patológicos, muitas limitações na realização das suas atividades de vida diária (AVD). Nos idosos é possível verificar uma mudança no perfil das patologias, com peso crescente para as doenças crónicas e degenerativas e também observar alterações na estruturas familiares e nas redes informais de apoio.

Após internamento por agudização de uma patologia degenerativa ou crónica, muitos idosos necessitam, após alta, de cuidados continuados 24 horas por dia a nível de enfermagem. As unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção oferecem uma grande variedade de serviços designadamente consulta e controlo fisiátrico periódico, terapia ocupacional, animação sociocultural, serviços médicos presenciais pelo menos uma vez por semana, com revisão semanal do plano terapêutico e revisão mensal do plano de manutenção e reabilitação, serviços de reabilitação diários, de ajuda à interação entre o utilizador e a família, e serviços de desenvolvimento de atividades lúdico-ocupacionais.

Neste contexto, as unidades de internamento de longa duração e manutenção possuem um conjunto de profissionais qualificados organizados em equipa interdisciplinar nas áreas da saúde e ação social. A natureza dos cuidados prestados, destinam-se fundamentalmente à criação de um ambiente terapêutico participativo, seguro e integrativo, com vista à manutenção de aptidões conducentes à conservação/reabilitação dos melhores níveis possíveis de autonomia e independência. Esta filosofia por mim constatada na unidade onde realizei estágio contrasta com a que subjaz à da existente num lar de 3ª idade; o tipo de instituição de apoio a idosos em que desenvolvi experiência profissional como enfermeiro.

Em conformidade com o que foi referido anteriormente, optei pela vertente estágio com trabalho de projeto, e sugeri que o meu local de estágio fosse nesta Unidade a fim de poder desenvolver a minha aprendizagem num contexto iminente prático inteirando-me das instalações físicas, dos recursos humanos, do perfil de utentes referenciados e toda a dinâmica institucional.

Esta tipologia de unidades deve apresentar uma estrutura orgânica, conforme o estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de Junho de 2006. Nele estão expostas as linhas diretrizes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e as áreas funcionais das Unidades de Internamento de Longa Duração e Manutenção.

Entende-se por áreas funcionais o conjunto de espaços físicos, articulados entre si, necessários à realização de determinadas funções específicas, por forma a possibilitar um funcionamento de qualidade, designadamente, acesso/recepção, área de internamento com zona de convívio contígua, áreas de prestação de cuidados, nomeadamente, de tratamento e de reabilitação, áreas de apoio às áreas técnicas e de convívio, serviços de direção e serviços técnicos, áreas de apoio geral, instalações de pessoal.

Assim sendo passo a descrever o espaço físico que encontrei. Em anexo a este relatório exponho o da UCCLDMMD, o qual traduz todas as normas, regras, procedimentos e protocolos existentes.

O serviço da Unidade de Cuidados Continuados Santa Maria Maior de Miranda do Douro é constituído por 4 pisos unidos por escadas e um elevador.

No piso 0 existe:

- Uma sala de reuniões;
- Armazém de material;
- Sala de retiro espiritual;
- Bar do pessoal;
- Capela;

No piso 1 existe:

- Dois vestiários de serviço;
- Lavandaria;
- Copa;
- Sala de refeições;
- Hall;
- Sala de Fisioterapia;
- Dois armazéns em que um serve de dispensa de material de higiene pessoal e outro onde se realiza a esterilização do material de uso corrente;
- Uma sala de recolha de material de ajudas técnicas;
- Gabinete do Animador Sociocultural;
- Sala de depósito de cadáveres;
- 2 Gabinetes Médicos;
- 2 Casas de banhos de serviço;
- 1 Sala de sujos.

No piso 2 existe:

- 4 Quartos em que 1 deles é privativo e possuindo, todos eles, casa de banho privativa adequada às necessidades especiais dos utentes;
- 1 Arquivo morto;
- 1 Gabinete do Técnico de Serviço Social;
- 1 Sala de reuniões;
- 1 Biblioteca;

- 1 Hall de entrada, aonde se encontra a receção da unidade com um administrativo de segunda a sexta;
- 2 Casas de banho de serviço;
- 1 Acesso ao Elevador.

No piso 3 existe:

- 8 Quartos, dos quais 2 são privativos;
- 2 Gabinetes de Enfermagem;
- 1 Sala de banhos;
- 1 Sala de tratamento;
- 1 Espaço para aprovisionamento;
- 1 Salão/Refeitório para aos utentes.

## 1.1 - ORGANIZAÇÃO

A Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção visa garantir cuidados integrados, individualizados e humanizados de manutenção de aptidões e de apoio social.

A Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção organiza-se como:

- Serviço autónomo, em espaço próprio;
- Serviço integrado numa estrutura existente, desde que esta garanta as condições necessárias ao desenvolvimento desta tipologia de resposta.

Para cada doente admitido na Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção deve ser constituído um processo que integre os componentes administrativos, sociais e clínicos.

Relativamente aos componentes administrativos verificamos o seguinte:

- Identificação e residência do doente;
- Identificação, residência e telefone de familiar ou outra pessoa a contactar em caso de necessidade;

- Identificação da entidade referenciadora;
- Identificação do médico assistente e respetivos contactos;
- Data de início e fim da prestação de serviços.

Dentro dos componentes sociais e clínicos encontramos o: diagnóstico das necessidades clínicas e sociais, o plano individual de intervenção, expressando os cuidados a prestar de acordo com os objetivos a atingir, o registo sistemático dos cuidados prestados por cada elemento interventor, datado e rubricado e a avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção, assim como a nota de alta.

. O funcionamento da Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção processa-se de acordo com regras que se encontram descritas em regulamento interno (que anexamos a este relatório)

## 1.2 - IMPLEMENTAÇÃO

A implementação desta tipologia de unidades está sujeita a uma série princípios, as quais passo a descrever:

As Unidades de Internamento de Longa Duração e Manutenção deverão situar-se em instalações próprias, podendo ser considerada a reconversão e adaptação de instalações já existentes.

O número das Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção a contratualizar, é, em primeira linha, estimado em função das características sociodemográficas da zona de implementação.

O local para implementação destas Unidades de Internamento de Longa Duração e Manutenção deve obedecer aos seguintes requisitos: ter acessibilidades, ser implantado em zona de boa salubridade, longe de estruturas ou infraestruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiros, fumos ou outros poluentes considerados perigosos para a saúde pública e que perturbem, ou interfiram, no quotidiano dos utilizadores, estar inserido na comunidade de modo a permitir a integração social dos utilizadores.

No que diz respeito à avaliação, esta resulta de um processo interno de avaliação sistemática, devidamente documentado e de um processo externo de avaliação periódica, qualitativa, segundo critérios definidos pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).

### 1.3- ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA DA UNIDADE

Embora a unidade onde desenvolvemos o nosso estágio possa receber utentes referenciados de outras regiões, a área geográfica principal à qual a mesma dá resposta é o distrito de Bragança. Importa assim, de forma breve, caracterizar esta região, para melhor entendermos os utentes no seu contexto e os recursos da comunidade.

O Distrito de Bragança é o quinto mais extenso de Portugal, ocupando uma área de 6.608 Km<sup>2</sup>. Situa-se no Nordeste do país, estando limitado a Norte e a Este pela Espanha (Províncias de Ourense, Zamora e Salamanca), a Sul pelos distritos da Guarda e Viseu e a Oeste pelo distrito de Vila Real. É constituído por doze Concelhos e tem como sede a cidade de Bragança. O distrito pode ser dividido em duas regiões distintas: a Norte, as regiões de maior altitude constituem a chamada Terra Fria Transmontana, ou Alto Trás-os-Montes. A Sul, fica a Terra Quente Transmontana, de clima mais suave, marcada pelo vale do rio Douro e dos seus afluentes. Em termos de acessibilidades, a rede viária do distrito conta apenas com uma via estruturante, o IP4 (que faz a ligação Porto-Quintanilha atravessando todo o distrito), sendo servido fundamentalmente por estradas nacionais e municipais. Neste momento, aguarda-se a conversão do IP4 em autoestrada e a conclusão da construção do IP2 e do IC5, que sem dúvida renovariam a face do sistema rodoviário do distrito. A região não dispõe de rede ferroviária, aguardando-se a construção da linha de TGV (Comboio de Alta Velocidade) no trajeto Galiza-Madrid, que cruza a região transfronteiriça da Sanábria, a qual também pode beneficiar bastante a região.

Segundo um documento do Ministério da Saúde, por nós consultado, prevê-se que cerca de 11 a 15% da população com mais de 65 anos de uma qualquer área

geográfica terá necessidades de cuidados continuados de saúde (Ministério da Saúde, 2007).

Segundo os dados preliminares dos Censos 2011 habitam no distrito cerca de 136459 pessoas, tendo a região perdido população relativamente aos Censos anteriores. Especificamente para o Concelho de Miranda do Douro nele habitam 7482 pessoas, maioritariamente mulheres (N=3810), sem qualquer grau de instrução (N= 810) ou possuindo apenas o 1º Ciclo (N=2265). Segundo o mesmo relatório a população idosa (com 65 anos ou mais) aumentou cerca de 19,4% no território nacional (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

## **2 - REGULAMENTO INTERNO DA UCCMD**

As UCCI regem-se por normas próprias e adequadas a cada tipologia de unidade, não esquecendo a sua localização, a sua população alvo e a estrutura física. Na instituição onde realizamos o estágio existe um Regulamento Interno, pelo que achamos importante incluir o mesmo neste trabalho, uma vez que este documento reveste-se de capital importância, na medida que é com base nele que são estabelecidas as rotinas, direitos e deveres dos profissionais dentro da instituição, levando a que haja uma uniformidade na prestação de cuidados.

Apresento em anexo a este relatório o Regulamento Interno da Unidade.

Ao longo do estágio pude constatar que o regulamento era cumprido pelos profissionais da instituição tanto a nível de recursos humanos, horários, assim como na prestação de cuidados. Verifiquei também que a unidade se encontra bem situada geograficamente, com bons acessos, possuindo amplas instalações, equipadas com tudo o necessário para o correto funcionamento da instituição.

### **3 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Neste capítulo descrevemos as atividades realizadas de acordo com o projeto de estágio elaborado previamente ao início do mesmo e tendo em conta os objetivos inicialmente propostos.

Começo por descrever a integração na equipa de saúde, caracterizo a população de utentes da unidade, descrevo as reuniões da equipa interdisciplinar e dou a conhecer as oportunidades que surgiram ao nível da formação.

#### **3.1 - INTEGRAÇÃO NA EQUIPA DE ENFERMAGEM**

Neste subcapítulo descrevo a maneira como se desenrolou o processo e integração na equipa de saúde, de forma a dar resposta a um dos objetivos por mim inicialmente propostos.

No primeiro dia do estágio foi-me feita uma visita guiada, por parte da senhora enfermeira responsável, e fui sendo apresentado a todos colaboradores da instituição, os quais se viriam a tornar verdadeiros agentes de integração e aprendizagem ao longo do estágio. O processo de integração na equipa de trabalho foi excelente, deixando à vista um ambiente de colaboração, disponibilidade e, desde logo, propício à participação nas atividades terapêuticas desta unidade. Foram-me dadas informações sobre o seu funcionamento, as rotinas, as terapêuticas e atividades que se poderiam realizar com os utentes.

O processo de integração na equipa de prestação de cuidados contribuiu para perceber como são acolhidos os utentes; como se realiza a avaliação e identificação dos problemas/necessidades major; quais os procedimentos durante o tratamento e também com se prepara, de uma forma personalizada, a alta do utente, em colaboração com a retaguarda familiar.

Para que o acolhimento seja próximo do ideal é cumprido escrupulosamente o seguinte Protocolo de Admissão de Utes da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração de Miranda do Douro, o qual passo a descrever:

À chegada do utente, devem, sempre que possível, estar presentes o técnico de serviço social, o enfermeiro responsável, e uma auxiliar, para que logo à chegada, os utentes e suas famílias, possam ter contacto com a maior diversidade de profissionais que a unidade coloca ao seu dispor. É importante também promover, o mais cedo possível, o contacto do utente e família com o conjunto de profissionais da unidade (Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Administrativos, etc.).

O contacto inicial é de extrema importância, não só em termos humanos, mas também com vista ao conhecimento do espaço físico das instalações. É pois fundamental haver disponibilidade para mostrar à família, e sempre que possível ao utente, as instalações que estarão ao seu dispor durante a sua estadia na unidade, com objetivo de proporcionar-lhe uma bom acolhimento e integração.

A instalação e acomodação do utente no respetivo quarto é da responsabilidade do pessoal de enfermagem e auxiliar, que procurarão, neste primeiro contacto realizar uma primeira avaliação dos cuidados que o utente requer.

Durante o período admissão, instalação e acomodação do utente, o técnico de serviço social reúne com os familiares recolhendo toda informação que considere necessária e pertinente. Dá-se início a um trabalho de preparação da família para uma futura alta do utente, seja para o domicílio, seja para uma outra resposta social adequada. Procura-se também potenciar a participação da família envolvendo-a no processo terapêutico.

Terminado o processo de instalação do utente, a família é conduzida ao quarto deste concedendo-lhes alguns momentos de privacidade, para que em conjunto possam iniciar a adaptação a esta nova realidade.

Neste primeiro contacto o pessoal de enfermagem recolhe informações necessárias ao planeamento dos cuidados usando a metodologia científica do processo de enfermagem.

Se o utente não vier acompanhado aquando da admissão, é agendada para as 48 horas seguintes uma reunião com o cuidador/responsável de internamento. São registadas as expectativas para o internamento na UCCI e entregue o guia de acolhimento. O processo de admissão numa unidade da Rede deverá verificar-se em observância à preferência e ao critério de proximidade da área de domicílio do utente. “A Rede baseia-se no respeito [pelo princípio de] (...) proximidade da

prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade” (Decreto-Lei n.º 101/2006, 6 de Junho).

Numa forma de dar cumprimento a este pressuposto foram admitidos alguns utentes que necessitavam de cuidados Paliativos e que só vieram para esta instituição por motivos de proximidade da sua residência.

Ultrapassados estes procedimentos, considera-se concluído o processo de admissão.

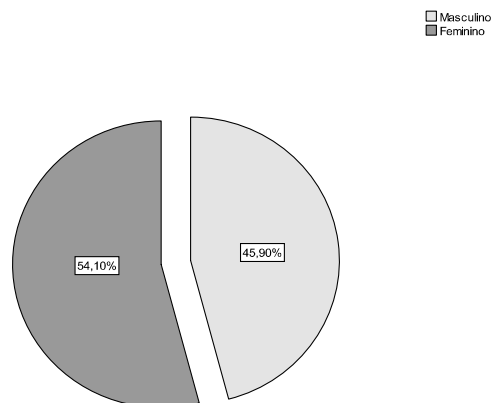
Este estágio veio proporcionar um conhecimento e crescimento pessoal, na perspetiva profissional e também na melhor forma de contornar todos os obstáculos que surgiram.

No subcapítulo seguinte caracterizo a população da unidade nas variáveis sociodemográficas, para melhor compreender o perfil dos utentes e com a finalidade de dar cumprimento a um dos objetivos do estágio.

### 3.2 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA UNIDADE

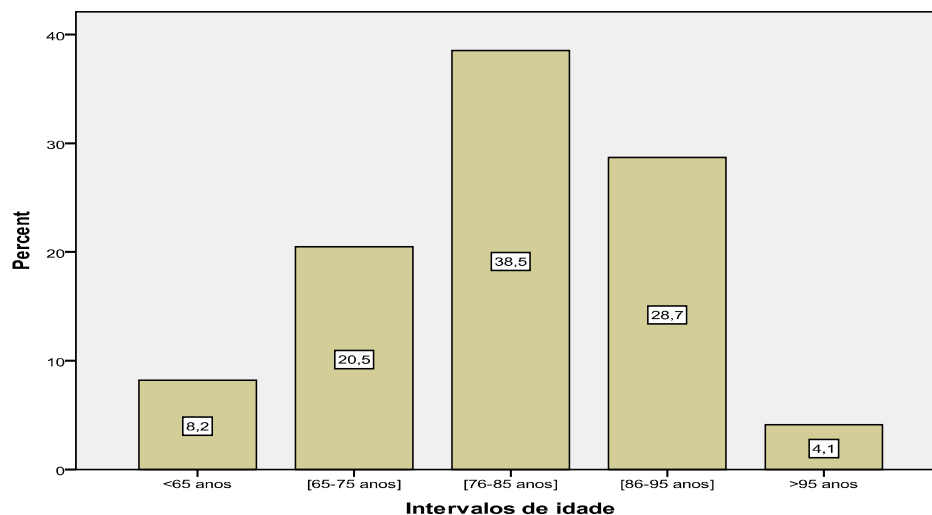
Desde a sua abertura a 2 de dezembro de 2008 até 23 de julho de 2011 estiveram internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior de Miranda do Douro 135 utentes dos quais 73 eram do sexo feminino e 62 do sexo masculino, como podemos visualizar no gráfico 1.

**Gráfico 1- Sexo dos utentes**



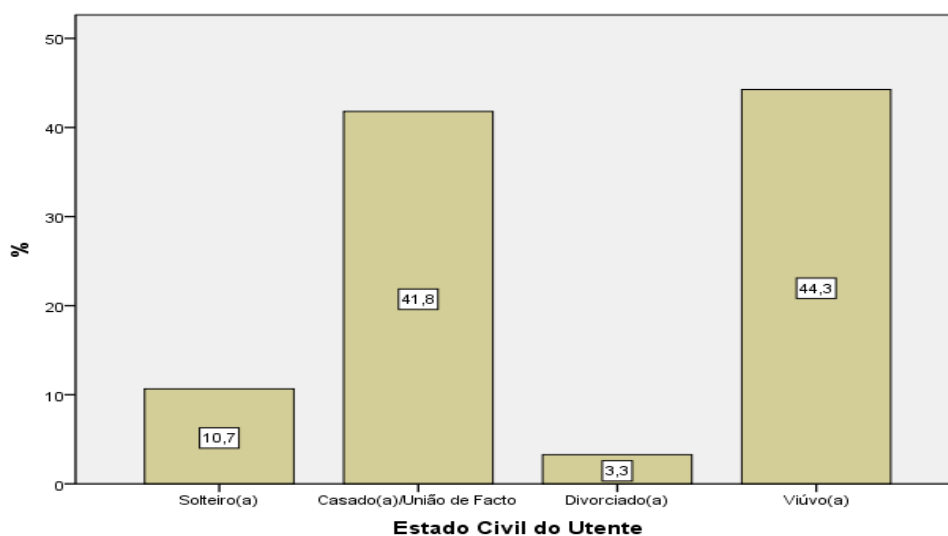
Quanto à distribuição dos utentes tendo em conta a idade, concluímos que esta população apresentava uma média de idades inserida na classe etária de 76-85 sendo que corresponde a uma média aproximada de 79 anos de idade.

**Gráfico 2- Distribuição dos utentes tendo em conta a idade**



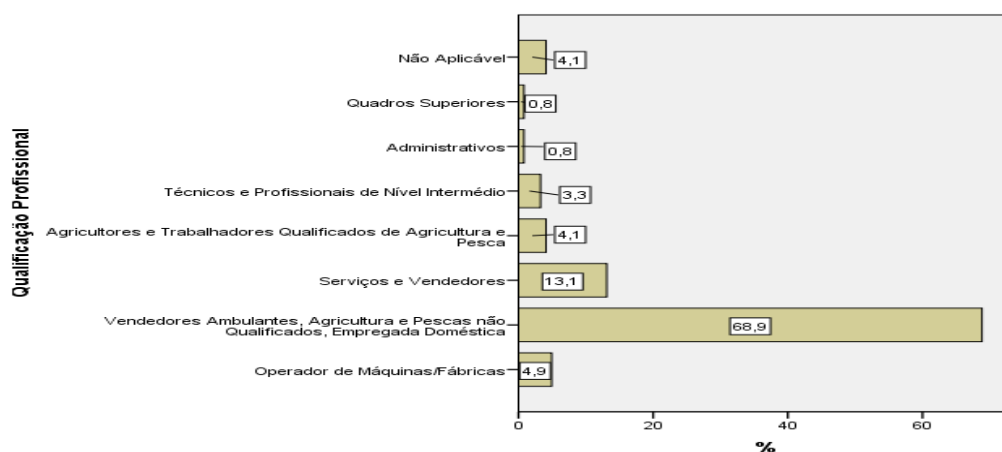
Quanto à distribuição dos utentes de acordo com o estado civil, observamos que a maior percentagem de utentes (44,3%) são viúvos. Verificou-se também que 41,8% eram casados ou viviam em união de facto.

**Gráfico 3- Utentes distribuídos de acordo com o estado civil**



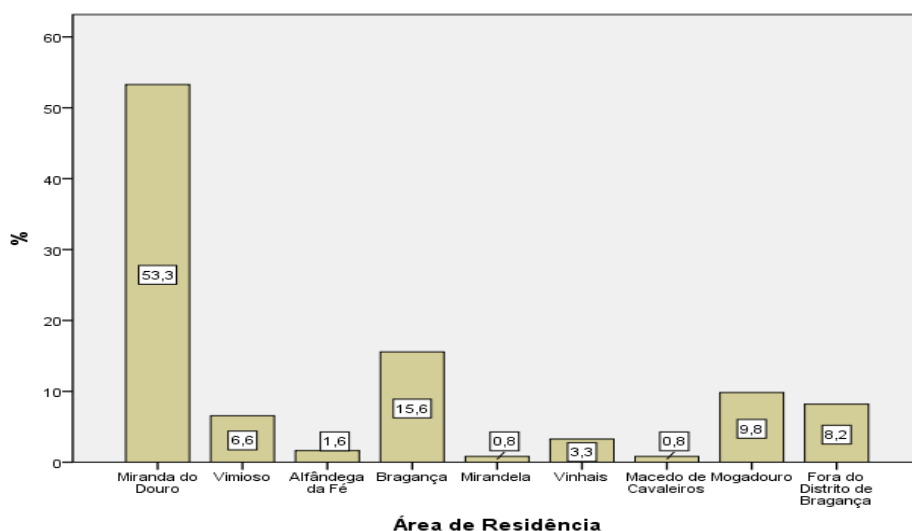
Quanto às qualificações profissionais verificamos que a maioria dos utentes (94,2%), apresenta baixo nível de escolaridade. Podemos concluir que a maioria da população é oriunda de zonas rurais o que ajuda a perceber o baixo nível de qualificação profissional.

**Gráfico 4- Representação gráfica das qualificações profissionais dos utentes**



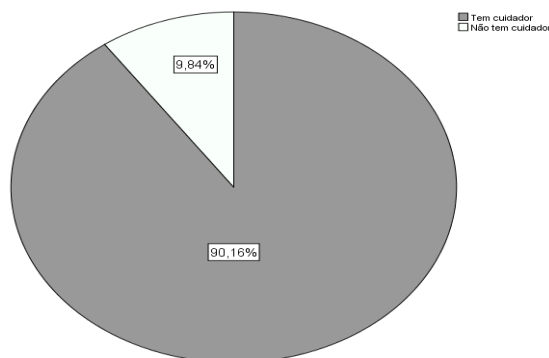
No contexto da área de residência, verificamos que a maioria dos utentes (53,3%) provém do concelho de Miranda do Douro. Constatamos assim que a Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração é uma mais-valia para esta área geográfica ao dar respostas a situações de dependência que, de outro modo, teriam de ser procuradas em zonas mais longínquas.

**Gráfico 5- Utentes distribuídos de acordo com a sua área de residência**



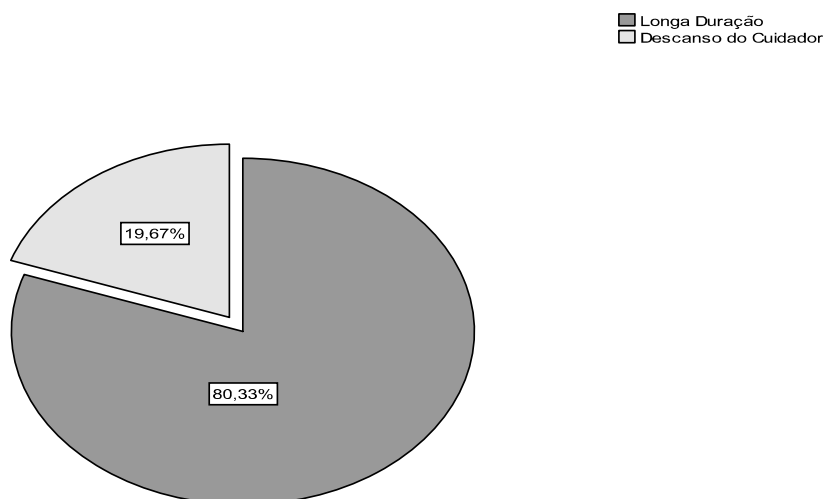
Apreciando a distribuição dos utentes (Gráfico 6), de acordo com a presença de cuidadores informais capazes de lhes prestar cuidados, verificamos que a maioria destes utentes (90,16%) tinham suporte de cuidadores informais.

**Gráfico 6- Doentes distribuídos de acordo com a presença de cuidadores informais capazes de lhes prestar cuidados**



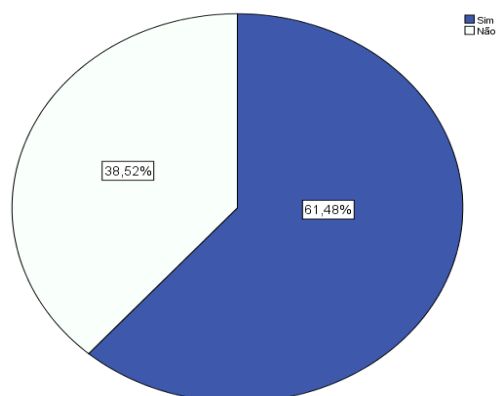
Relativamente à tipologia de internamento, verifica-se pelo gráfico seguinte, que 80,33% dos utentes foram referenciados para internamento na Unidade de Longa Duração, em contrapartida 19,67% dos utentes foram referenciados para descanso do cuidador.

**Gráfico 7- Utentes distribuídos segundo as tipologias de internamento "Longa duração" e "Descanso do cuidador"**



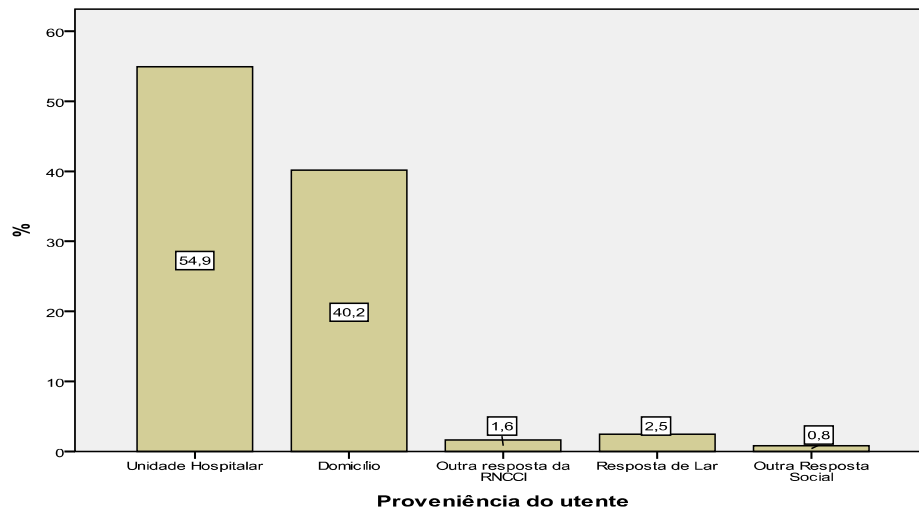
Verifica-se (Gráfico 8) que aquando da sua admissão 61,48% dos utentes chegam a esta instituição acompanhados por familiar/cuidador.

**Gráfico 8- Representação gráfica dos resultados encontrados para a questão "Aquando do internamento o utente chegou acompanhado à unidade"**



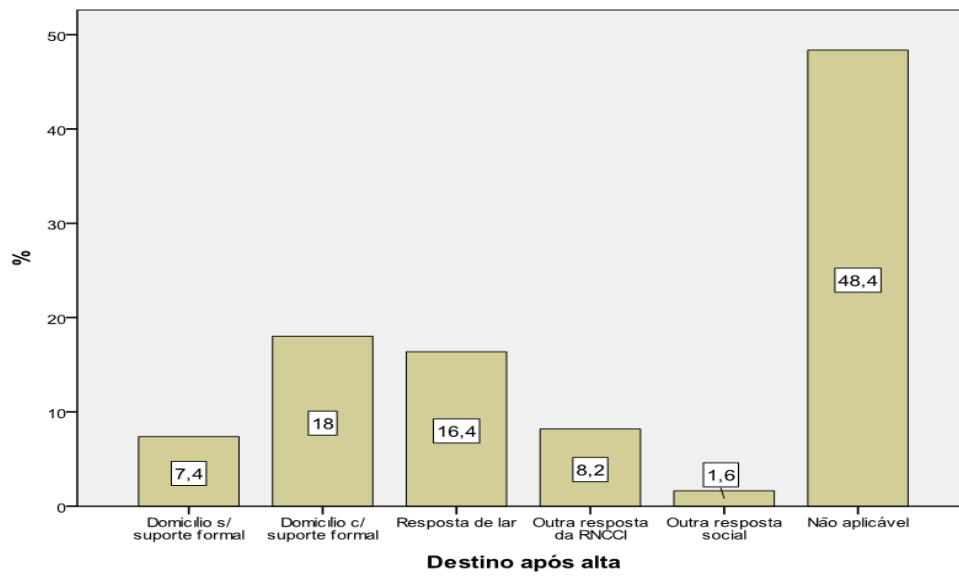
Relativamente à proveniência dos utentes para a unidade, observa-se que 54,9% dos utentes vêm de unidades hospitalares.

**Gráfico 9- Proveniência dos utentes internados na unidade**



Relativamente às respostas sociais de destino dos utentes após a alta, é de salientar que 48,4% não obtiveram uma resposta a nível social nem por parte da rede, mas também não regressaram ao domicílio. Sublinhamos contudo o facto de neste conjunto de utentes estarem incluídos os que faleceram, os que por uma situação de agudização clínica foram transferidos para um hospital de agudos com internamento prolongado, originando perda de vaga na unidade, e finalmente todos aqueles que conseguiram uma vaga num centro de dia. Daí ter-lhe sido atribuído a nomenclatura de não aplicável.

**Gráfico 10- Utentes distribuídos segundo as respostas sociais e os seus destinos após a alta clínica**



### 3.3 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS COM OS UTENTES

Das diversas atividades desenvolvidas ao longo do estágio são de salientar algumas das quais os utentes mais colaboraram.

Uma das primeiras atividades que procurei dinamizar e incrementar foi o jogo de cartas. Sendo este jogo conhecido pela maioria dos idosos, este facto permitiu estabelecer uma maior relação de proximidade entre eles. Para além de promover a socialização, com esta atividade pretendia-se também trabalhar a memória recente, o raciocínio lógico e a concentração, ao nível cognitivo.

Uma outra atividade que incrementei foi o jogo das “cantarinhas”. Para além da aspeto lúdico em si esta atividade tinha como principal objetivo trabalhar a flexibilidade articular e a coordenação dos movimentos do membro superior. As cantarinhas é um jogo que muito parecido ao “Bowling”. Também apresenta bastantes semelhanças com o “fito” e o jogo dos “paus” dois jogos tradicionais nesta zona do nordeste transmontano. Nesta atividade podiam participar todos os idosos internados, quer fossem autónomos, que dependentes para a marcha, já que apenas é requerida alguma força de braços independentemente de outras limitações físicas. Após prepararmos o espaço físico na sala de convívio posicionávamos as cantarinhas que serviam como “pinos” para que cada utente atirasse a bola e tentasse deitar abaixo o maior número de elementos. Inicialmente foi um jogo que teve pouca adesão mas com o desenrolar do estágio e das relações humanas no final todos participavam menos evidentemente, os acamados.

Abordei cada utente na sua individualidade com o intuito de perceber qual a sua expectativa relativamente às atividades num futuro próximo. Assim sendo constatei que algumas atividades lúdicas e de aseo pessoal eram o desejo mais solicitado por parte do utente (pintar as unhas, aparar o bigode, ler o jornal, etc...).

Consegui através de entrevistas informais criar uma atividade que consistia no diálogo sobre um tema (ou história de vida) que a pessoa mais gostasse de abordar, foi uma forma que encontrei para criar empatia suficiente com o utente no sentido de aprender o máximo acerca deles, perceber quais os momentos mais felizes da sua vida e suas expectativas relativamente à da unidade. Com esta atividade foi

para mim perceptível que a memória para factos passados está bem mais preservada na maioria dos idosos, do que a memória para factos recentes do dia-a-dia.

Uma outra atividade incrementada foi desenvolvida tendo em conta alguns materiais disponíveis pela terapia ocupacional e recorrendo a outros materiais mais simples e acessíveis. Referimo-nos à pintura. Esta atividade visou proporcionar ao idoso a possibilidade de se exprimir através das artes plásticas e dos trabalhos manuais, teve como principal objetivo trabalhar a perceção e a coordenação motora fina. Assim, após o lanche encaminhava alguns utentes à sala de expressão plástica, onde estes poderiam realizar várias atividades nomeadamente, pinturas, trabalhos manuais, visionar alguns filmes, atividades estas que se podiam estender até à hora do jantar.

A partir de certa altura, quando as condições climatéricas o permitiam, em conjunto com a fisioterapeuta e o profissional de enfermagem da unidade, realizámos uma atividade que por todos os utentes foi bem aceite: as caminhadas. Após o pequeno-almoço dirigimo-nos com eles até ao largo em frente ao edifício da unidade num percurso que respeitava a segurança, a tolerância ao esforço e o estado dos utentes. Estes encontravam sempre alguém conhecido que os abordava, falando sobre a sua aldeia, família e amigos, o que contribuía para a estimulação cognitiva do utente.

### 3.4 – REUNIÕES INTERDISCIPLINARES

Um dos pressupostos legislados para a RNCCI como forma orientadora para a realização e elaboração dos objetivos de intervenção terapêutica, é o Plano Individual de Intervenção. Na definição do Plano de Intervenção, preconizado pela equipa multidisciplinar, são definidos objetivos realistas, mensuráveis e com prazos curtos para os problemas apresentados.

Durante o meu estágio, foi-me dada a possibilidade de assistir às reuniões interdisciplinares. Durante este período pelo menos duas vezes por mês foram realizadas nesta Unidade reuniões em que a todos os colaboradores foram pedidas medidas de intervenção adequadas ao utente que no momento estava a ser avaliado, com o respetivo objetivo a atingir, e qual o seu período de ação. Seguidamente foi comunicado qual o profissional incumbido para ser o gestor de caso.

Esporadicamente surgiam situações clínicas e familiares complicadas, nestas situações eram discutidos quais os procedimentos eticamente mais corretos e menos maléficis para o utente/família, ficando desde logo bem clarificados.

A nível de enfermagem os planos de cuidados e respetivos objetivos eram reavaliados, em que o seu gestor de caso esclarecia a atual situação do utente, mediante isto todo o processo era reformulado de acordo com as novas necessidades, se existentes.

Pude constatar de que em todo o processo que envolvia o utente, o gestor de caso foi um profissional indispensável, na medida em que conseguiu fomentar a comunicação e facilitar o desenrolar do plano de intervenção. Este profissional também tinha como missão a atualização em tempo real no aplicativo informático disponibilizado pela RNCCI, para a respetiva atualização, alguma intercorrência que possa ter surgido e todas as intervenções que sofreram alterações.

O registo médico era atualizado e registada qualquer alteração, sendo também preparadas as propostas para a alta ou transferência do utente mediante a sua situação. Se o doente teve uma recuperação significativa poderia beneficiar de uma Unidade de Média duração, ou então já não necessita de cuidados de enfermagem 24 horas por dia e assim sendo juntamente com o cuidador já poderia regressar ao seu domicílio.

### 3.5 - FORMAÇÕES PROMOVIDAS INTRA E EXTRA UNIDADE

Nesta instituição e neste período surgiram grandes oportunidades no âmbito da formação contínua em serviço.

Com efeito colaborei como formador numa ação de formação subordinada ao tema “ Síndrome de Burnout”. Apresento em anexo a este trabalho o planeamento dessa sessão de formação com os objetivos delineados, os conteúdos específicos abordados e as metodologias utilizadas.

A nível extra-unidade também contribuimos em duas ocasiões: Fomos co-autores de um poster apresentado ao I Congresso de Cuidados Continuados em Freixo de Espada à Cinta subordinado ao tema “: Incidência de Infeções no período de 01/10/2009 a 31/03/2010 na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro”.

Colaborámos ainda na organização das I Jornadas de Portas Abertas da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro, sessão de esclarecimento aberto à comunidade que se realizou no dia 3 de Junho de 2011 no Auditório Municipal de Miranda do Douro.

### 3.6 – PROJETO DE ESTUDO

Dando cumprimento a um dos objetivos, este estágio permitiu a execução de um projeto de investigação, o qual passo a apresentar, em formato de artigo científico, conforme é recomendado pelo regulamento de estágios da ESSa/IPB.

---

#### **Caracterização dos utentes e avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, numa unidade de cuidados continuados de longa duração e manutenção**

Marco Paulo Barata\*

\* Mestrando em Cuidados Continuados ESSa/IPB

#### **Resumo**

**Objetivos:** Determinar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

**Métodos:** Foram estudados 135 utentes internados na Unidade de Cuidados Continuados de Miranda do Douro, 73 do sexo feminino e 62 do sexo masculino com uma média de idade de 79,54 anos. Foi aplicada a escala de Braden a todos os utentes.

**Resultados:** Predomínio de utentes do sexo feminino, 54,1%. Os utentes do estudo apresentam uma idade média de 79,54 anos. Em termos de tempo de internamento a média encontrada foi de 139,70 dias, estando perfeitamente enquadrados dentro dos dias de internamento estipulados pela legislação que rege esta tipologia de Unidade, (que foi definida por 180 dias no máximo).

**Conclusões:** O estudo demonstra que os utentes internados na unidade de Cuidados Continuados de Miranda do Douro apresentam maioritariamente: idades superiores a 79 anos, são do sexo feminino, têm como patologia de base AVC, quase metade tiveram alta como destino e com uma média de internamento dentro dos prazos legais. Tais características associadas às problemáticas atuais de dependência conduzem a um maior risco do aparecimento das úlceras de pressão (UP), visto que o valor de Braden na admissão do utente naquela Unidade é em média 13,30 que refere um risco moderado.

**Palavras-chave:** Escala de Braden, úlcera de pressão, utente.

## **Abstract**

**Objectives:** To determine the existence of developing pressure ulcers risk.

**Methods:** It were studied 135 admitted patients to the Continuous Care Unit of Miranda do Douro, 73 of female gender and 62 of male gender, with a mean age of 79.54 years. It was applied the Braden Scale to all patients.

**Results:** Predominance of female patients, 54.1%; patients in study had a mean age of 79.54 years; average length of stay in this unit, was found to be 139.70 days, being this fact perfectly framed with the provided days defined by the governmental law that rules this type of care unit (being 180 days the maximum).

**Conclusions:** The study shows that patients admitted to the Continuous Care unit of Miranda do Douro mostly present: ages over 79 years, belong to the female gender, their main underlying disease is stroke, almost half were discharged within the provided days defined for this kind of care.

Such parameters connected to the new physical condition of severe dependence leads to an increasing risk of developing pressure ulcers. This fact is confirmed by the value of Braden scale in the moment of admission, being in this unit, in average terms, of 13.30, referring to a moderate risk.

**Keywords:** Braden Scale, pressure ulcers, patient.

## **Introdução**

A úlcera por pressão é uma área localizada de morte celular que tende a surgir quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período de tempo (Orsted, Ohura, & Harding, 2010).

Úlcera de pressão pode também ser definida como uma área de dano localizado na pele e estruturas subjacentes devido a pressão ou fricção e/ou combinação destes (Orsted, Ohura, & Harding, 2010).

As úlceras por pressão são lesões cutâneas que se produzem em consequência de uma falta de irrigação sanguínea da pele que reveste uma saliência óssea, nas zonas em que esta foi pressionada contra uma qualquer superfície ou objeto rígido,

(cama, cadeira de rodas, um molde, uma tala...) durante um certo período de tempo. (Orsted, Ohura, & Harding, 2010)

Outro termo frequentemente usado é úlceras de decúbito. Recomenda-se a adoção do termo úlcera de pressão, já que o termo decúbito refere-se a deitado, mas as úlceras de pressão podem desenvolver-se em qualquer posição (sentado, de pé).

Nesta tipologia de unidade os utentes que a procuram são indivíduos com elevados graus de dependência, com pluripatologias associadas, e por vezes com uma cultura de alimentação bastante.

Estima-se que a maioria das úlceras de pressão sejam evitáveis através da identificação precoce do risco de desenvolvimento das mesmas, já que uma precoce estratificação do risco contribui para a adoção de medidas adequadas e atempadas de prevenção. (Rocha, Miranda, & Andrade, 2006). O conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção; o seu registo e caracterização são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que permitem estabelecer corretamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes.

Para prevenir o aparecimento de UP deve-se proceder a uma observação sistematizada do doente tendo em atenção os fatores de risco internos e externos, e a estratificação do risco através de instrumentos clinicamente validados.

## **Material e métodos**

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, de natureza quantitativa, com o objetivo de caracterizar a população de utentes de uma Unidade de Longa Duração em variáveis sociodemográficas e clínicas e avaliar o risco que esses utentes apresentavam para o desenvolvimento de UP. Recolheu-se uma amostra de 135 doentes internados numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração desde a sua abertura (dezembro de 2008) até 23 de julho de 2011.

A amostra em estudo coincide com a população total, já que não se estabeleceram critérios de inclusão.

Os dados recolhidos são de natureza secundária (consulta de registos anteriores em arquivo). Os aspetos éticos foram respeitados na metodologia de colheita de dados. Não recolhemos informações que pudessem identificar positivamente os utentes, como nome ou número de processo.

Para avaliação do risco de UP utilizou-se a Escala de Braden (Bergstrom, Braden, Laguzza, & Holman, 1987).. Tal instrumento permite a previsão do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, mediante a observação, registo e pontuação de seis dimensões presentes no doente (Percepção sensorial, Humidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e forças de deslizamento). Quanto mais baixa a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

A Escala de Braden é referida pela literatura como tendo uma boa sensibilidade e especificidade para avaliação de doentes em risco de desenvolver úlcera (Lyder & Ayello, 2008).

## Resultados

Como podemos observar na Tabela 1, a população alvo da investigação compreendeu 135 utentes, dos quais 73 eram mulheres e 62 eram homens.

**Tabela 1- Uteses distribuídos por sexo**

	N	%
Feminino	73	54,1
Masculino	62	45,9
Total	135	100,0

Na Tabela 2 são expostas as estatísticas descritivas para a variável idade. Observa-se que as idades dos utentes variaram desde um valor mínimo de 42 anos

até um valor máximo de 100 anos. Relativamente a esta variável, os utentes apresentavam uma idade média muito próxima dos 80 anos. Constatou-se através da distribuição em percentis que 25% dos utentes do estudo apresentavam mais de 86 anos. Este valor traduz uma população bastante envelhecida.

Constatamos que a idade média encontrada no nosso estudo (79,5 anos) é mais elevada do que a referida nos relatórios da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Com efeito, o relatório de monitorização do desenvolvimento da atividade da RNCCI até ao final do terceiro trimestre de 2008, apresentou uma média de idades de 71,3 anos (Relatório Anual RNCCI, 2008). Importa contudo mencionar que a Rede presta cuidados a uma percentagem importante de pessoas geralmente mais novas, muitas vezes abaixo dos 50 anos de idade, em unidades de cuidados paliativos, cuja tipologia não existia na unidade onde realizámos o nosso Estágio.

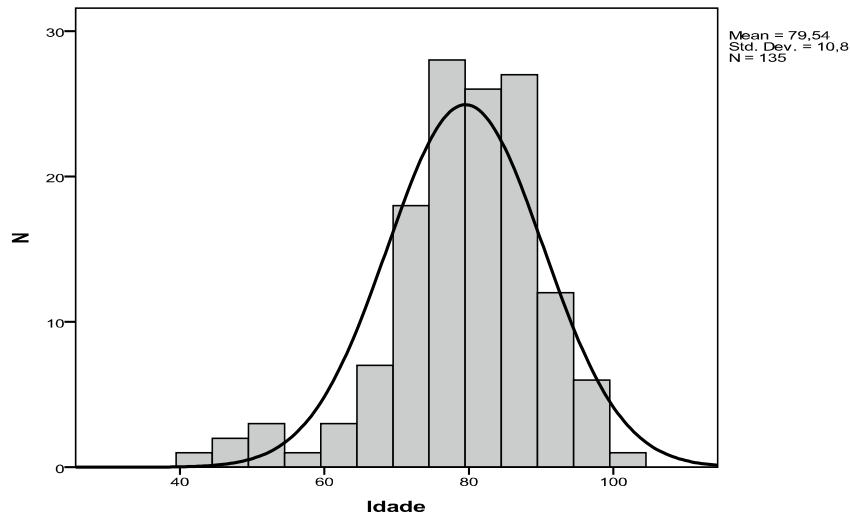
**Tabela 2- Estatísticas descritivas da variável idade**

	Idade	N Válido
N	135	135
Amplitude	58	
Valor mínimo	42	
Valor máximo	100	
Média	79,54	
Mediana	81	
Desvio padrão	10,80	
Variância	116,64	
Percentil 25	74	
Percentil 50	81	
Percentil 75	86	

Abaixo expomos o histograma que obtivemos tendo em consideração a idade dos utentes internados. A representação gráfica confirma a leitura realizada a partir das descritivas da variável, designadamente o valor da média e desvio padrão. Observamos também frequências absolutas mais elevadas nos grupos etários a partir dos 70 anos de idade. Este último facto traduz-se numa distribuição assimétrica à

esquerda com os valores da mediana a superarem os valores alcançados para a média.

**Gráfico 11- Histograma obtido para a variável idade**



Relativamente á forma como a média de idades dos pacientes varia de acordo com o sexo (Tabela 3), constatamos que as mulheres apresentam uma idade média próxima dos 81 anos, enquanto que os homens obtiveram uma média próxima dos 78 anos. Estas diferenças observadas nas médias não são contudo estatisticamente significativas ( $t=1,831$ ;  $gl= 133$ ;  $p= 0,07$ ).

**Tabela 3- Médias da idade de acordo com o sexo dos participantes**

	N	Média	Desvio Padrão
Feminino	73	81,10	10,813
Masculino	62	77,71	10,579

Apresentamos na Tabela 4 os resultados estatísticos por nós obtidos para a questão “Número de dias de internamento”. Verificamos a grande amplitude da variável em análise. Traduzindo-se como valor mínimo para os dias de internamento foi de apenas um dia; enquanto o valor máximo foi obtido nos 952 dias. Em média os doentes permaneceram internados 139 dias; com uma grande variabilidade de

observações em torno deste valor médio, como verificamos pelo valor do desvio padrão (182 dias).

**Tabela 4- Estatísticas descritivas para a variável dias de internamento**

	Dias de internamento	N Válido
N	135	135
Amplitude	951	
Valor mínimo	1	
Valor máximo	952	
Mediana	65	
Média	139,70	
Desvio padrão	182,16	
Variância	33183,87	

Na tabela 5 expõe-se os motivos de internamento na UCCLDMMD. Em relação aos dados verificamos que estes foram colhidos tendo em conta o diagnóstico principal, podendo esse diagnóstico coexistir com outros diagnósticos ou problemas secundários. Verificamos que são referenciados para a unidade essencialmente utentes com doenças vasculares, com grande incidência para o AVC (em 45,9% dos casos), logo seguido de outras patologias (18,5%) onde incluímos a senilidade e outras doenças degenerativas, as endócrino-metabólica como a diabetes mellitus descompensada, os problemas cutâneos, com especial incidência para as úlceras de pressão etc...

As doenças cardio-respiratórias foram responsáveis por 12,6% dos internamentos. As patologias ortopédicas, sobretudo a fratura da anca foram responsáveis por 5,2% dos casos de internamento. Finalmente, destacamos as patologias neoplásicas como responsáveis por 8,1% dos casos referenciados. Muito embora esta tipologia tradicionalmente não faça parte de unidades com características semelhantes àquela onde decorreu o Estágio; a presença de

profissionais com formação específica na área, problemas de proximidade utente/família; ajudam a explicar o internamento destes doentes terminais.

**Tabela 5- Patologias subjacentes à necessidade de internamento**

	N	%
AVC	62	45,9
Neoplasia	11	8,1
Ortopédica	7	5,2
Neurológica	13	9,6
Doenças Cardio-respiratórias	17	12,6
Outras	25	18,5
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>

Na tabela seguinte é apresentada a casuística da unidade desde a sua entrada em funcionamento, em dezembro de 2008, até à data da colheita de dados por nós realizada, para este trabalho, em julho de 2011. Nessa altura estavam internados 21 pacientes, igual ao número de leitos que a instituição disponibiliza. No espaço temporal aproximado de dois anos passaram pela unidade um total de 135 utentes, observando-se uma taxa de mortalidade de 28,1% durante o período em análise. Foram transferidos (8,1%) ou tiveram alta (48,1%) a maioria dos utentes.

**Tabela 6- Destino dos utentes**

	N	%
Alta	65	48,1
Óbitos	38	28,1
Transferência	11	8,1
Internados à data da realização do estudo	21	15,6
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>

Para uma melhor compreensão dos dados, estes foram sendo organizados por patologias específicas (Tabela 7). Da sua análise constatamos que nas patologias neoplásicas a taxa de mortalidade atingiu os 63,6%. As doenças neurológicas (24,2%) e o Acidente Vascular Cerebral (24,2%) foram responsáveis por percentagens significativas de óbitos. As patologias onde verificamos menores taxas de mortalidade foram as do foro ortopédico e traumatológico (14,3%). Podemos concluir através destes dados que a população se encontra envelhecida e fragilizada apresentando patologias crónico-degenerativas associadas a incapacidades funcionais.

**Tabela 7- Taxas de mortalidade por patologia específica**

	Utentes por patologia		Óbitos por patologia		Taxas de Mortalidade por patologia*
	N	%	N	%	
AVC	62	45,9	15	39,5	24,2%
Neoplasia	11	8,1	7	18,4	63,6%
Ortopédica	7	5,2	1	2,6	14,3%
Neurológica	13	9,6	6	15,8	46,1%
Cardio-respiratórias	17	12,6	4	10,5	23,5%
Outras	25	18,5	5	13,2	20,0%
<b>Totais</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	

\* Em percentagem e tendo em conta óbitos e utentes por cada patologia específica

A tabela subsequente apresenta as estatísticas descritivas obtidas relativamente à Escala de Braden (Bergstrom, Braden, Laguzza, & Holman, 1987). O valor médio obtido na Escala de Braden, para os 135 pacientes foi 13,00 (DP = 2,77). Segundo o sexo, foi de 13,66 (DP = 3,02), para pessoas do sexo masculino, e 12,93 (DP = 2,51), para o sexo feminino; sem diferenças de estatísticas significativas entre sexos ( $p= 0,128$ ).

Salientamos o facto de 75% dos utentes terem tipo 15 pontos ou menos no referido instrumento. A literatura saliente o facto de scores abaixo de 16 pontos na escala de Braden, indicarem risco de desenvolver úlcera de pressão.

**Tabela 8- Estatísticas descritivas obtidas para a pontuação da Escala de Braden**

	Braden (numérico)	N válido
N	135	135
Amplitude	14	
Valor mínimo	8	
Valor máximo	22	
Média	13,00	
Trimédia a 5%	13,11	
Desvio padrão	2,770	
Variância	7,675	
Percentil 25	12	
Percentil 50	13	
Percentil 75	15	

Na tabela seguinte apresentamos os participantes do estudo distribuídos agora de acordo com as categorias de risco de desenvolver úlcera de pressão, a partir das pontuações obtidas na Escala de Braden. A tabela ressalta a significativa percentagem de doentes com risco elevado (43,7%) ou moderado (41,5%) para o desenvolvimento de úlcera.

**Tabela 9- Classificação dos doentes participantes no estudo segundo a Escala de risco de úlcera de pressão de Braden**

	N	%
Risco elevado	59	43,7
Risco moderado	56	41,5
Risco mínimo	6	4,4
Sem risco	14	10,4
Total	135	100,0

**Tabela 10- Análise descritiva da escala de Braden**

	Braden (numérico)	N válido
N	135	135
Amplitude	14	
Valor mínimo	8	
Valor máximo	22	
Média	13,30	
Desvio padrão	2,733	
Variância	7,467	

### **Discussão e conclusões**

A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em instituições que prestam cuidados de longa duração e manutenção é importante já que permite, a este nível, planear os cuidados aos utentes, e gerir os equipamentos de prevenção de acordo com as mais recentes evidências e diretrizes científicas. A literatura tem vindo a destacar o facto das úlceras de pressão, em doentes internados em instituições cuidadoras de idosos, serem consideradas como um indicador da qualidade de cuidados, e um evento muito prejudicial à saúde global do utente. Para além disso as UP representam custos económicos elevados em saúde, e segundo alguns autores ocupam o terceiro lugar em gastos em saúde, só ultrapassado pelo tratamento do cancro e cirurgia cardíaca (Schoonhoven, et al., 2002).

A população alvo deste estudo foram todos os utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior de Miranda do Douro desde a sua abertura até à atualidade (Julho de 2011). Para avaliação do risco de desenvolvimento de UP foram utilizados os valores da Escala de Braden de acordo com os registos clínicos dos doentes aquando da admissão na unidade. A referida escala, (desenvolvida na sua versão inicial por Barbara Braden e Nancy Bergstrom) tem vindo a ser frequentemente usada quer na investigação quer na prática dos cuidados nos últimos 20 anos. É recomendada pela Direção Geral da Saúde (DGS) como ferramenta clinicamente validada para avaliação do risco de UP.

Do total de utentes estudados (n=135) constatamos que a maioria (54,1%) pertence ao sexo feminino. Os resultados que encontramos para a variável sexo estão em linha com o esperado já que os censos de 2011 para a população portuguesa nos mostra um crescimento da população com idades superiores a 65 anos de idade; e, concretamente, para o concelho de Miranda do Douro, numa população residente de 7482 indivíduos, a mesma fonte refere-nos que cerca de 51% são mulheres.

As características inerentes ao processo de envelhecimento e a presença de patologias e dependência fazem com que as UP ocorram com frequência na população geriátrica. Relativamente à idade salientamos o facto de a idade média dos utentes do nosso estudo (79,5 anos) ser mais elevada do que apresentada pelos relatórios da Rede Nacional de Cuidados Continuados (71,3 anos). Uma provável explicação para esta discrepância tem a ver com o facto de a rede prestar cuidados a uma percentagem importante de pessoas geralmente mais novas em tipologias que não existem na unidade onde realizámos o nosso Estágio.

Os resultados mostraram que, em média, os doentes permaneceram internados 139 dias; com uma grande variabilidade de observações em torno deste valor médio ( $139 \pm 182$  dias).

Para a unidade onde realizámos o estudo são referenciados utentes com diversas patologias. Salientamos o Acidente Vascular Cerebral, patologia responsável por cerca de 46% de todos os internamentos. Já que a rede tem como um dos seus principais objetivos a prestação de cuidados a pessoas que se encontrem numa situação de dependência, estes resultados estão em linha com o esperado já que o AVC é uma patologia incapacitante restringindo a capacidade de realização de atividades de vida diária, com limitação que se expressam aos níveis motor, sensitivo e sensorial.

A RNCCI publica regularmente estudos que ajudam a perceber os resultados que encontramos, na medida em que destacam a patologia cardiovascular, em particular a doença cerebral aguda mal definida (AVC) como a patologia mais prevalente no maior número de utentes referenciados. Foi verificado que o Acidente Vascular Cerebral foi responsável por 32% das causas de entrada na Rede durante o

primeiro semestre de 2008 (Relatório 1º Semestre 2008 RNCCI, 2008); atingindo valores de 42% no final do ano em análise (Relatório Anual RNCCI, 2008).

Em aproximadamente dois anos, espaço temporal deste estudo, ingressaram na unidade 135 utentes. Observámos uma taxa de mortalidade na ordem dos 28%, mas uma percentagem muito significativa de utentes (48,1%) teve alta da unidade.

O risco de desenvolvimento de UP, foi avaliado através da escala de risco de Braden. No processo de aplicação de uma escala de risco deve-se assegurar que os profissionais dispõem de conhecimentos, competências, tempo e recursos materiais de modo a atuar adequadamente (Furtado, Flanagan, & Pina, 2001). É nossa opinião que a equipe de enfermagem da unidade onde o estudo foi desenvolvido tem muita experiência na aplicação deste instrumento específico, já que o mesmo é uma ferramenta de trabalho usada com muita frequência na prática clínica.

Obtivemos um valor médio de 13 pontos (DP = 2,77 pontos) para a Escala de Braden, sem diferenças de estatísticas significativas entre sexos. Tendo em conta os valores de corte para a escala. A literatura saliente o facto de scores abaixo de 16 pontos na escala de Braden, indicarem risco de desenvolver úlcera de pressão. Um estudo realizado nos finais da década de setenta, encontrou uma prevalência de 38% de úlceras, em pacientes admitidos numa unidade de reabilitação e que apresentavam pontuações inferiores a 16 pontos na Escala de Braden (Pieper & Weiland, 1997).

Encontrámos 43,7% de utentes com risco elevado de desenvolver UP. Para o risco moderado obtivemos uma percentagem de 41,5%. Por outro lado, não apresentavam risco de UP apenas 10,4 dos utentes da amostra. Concluímos que avaliação do risco de desenvolver úlceras por pressão é uma componente chave da prevenção em utentes internados em cuidados continuados. A avaliação permite identificar utentes mais suscetíveis ao desenvolvimento deste tipo de feridas, e adequar os cuidados às necessidades particulares desses utentes.

Nos utentes com risco moderado e alto de desenvolver UP, e segundo a maioria dos fluxogramas de medidas de prevenção, deve realizar-se inspeção diária da pele em áreas de alto risco; correção dos fatores de risco; reposicionamentos no leito no mínimo de 2 em 2 horas, mobilizações e levantes precoces e reposicionamentos na cadeira.

## 4 - REFLEXÃO CRÍTICA

Embora a minha experiência profissional não seja muito vasta, não me foi difícil reconhecer que a UCCMD é uma instituição muito diferente do lar de idosos onde desenvolvi a minha prática profissional. As unidades de longa duração foram criadas com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida a indivíduos com limitações da funcionalidade e modo a manter e/ou recuperar a independência para a realização das AVD. Apercebi-me que não são tratados como “velhos” mas como seres humanos que estão longe de quem gostariam mas não os pode cuidar.

É de salientar que estas Unidades têm como missão assegurar um conjunto de cuidados de saúde e/ou apoio social, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através de um processo ativo e contínuo de reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, prestando mais e melhores cuidados de saúde, em tempo útil, humanizados e numa perspetiva de solidariedade social.

O enfermeiro inserido profissionalmente numa instituição de apoio a idosos tem responsabilidades na prevenção da doença e promoção e restabelecimento da saúde dos utentes.

Assim sendo temos um papel importante, exercendo funções aos níveis:

- Da formação das ajudantes e dos próprios utentes;
- Da organização no que se refere à área da saúde;
- Da gestão de stocks de matéria de consumo clínico e farmacológico;
- Da articulação/encaminhamento com outros técnicos intra e extra instituição;
- Do apoio e esclarecimento de dúvidas aos doentes, seus familiares e amigos;
- Da realização das técnicas inerentes à própria profissão.

Como anteriormente referido, outro dos nossos papéis, relaciona-se com a formação das ajudantes de lar. São estas profissionais quem mais tempo passa junto dos utentes, prestando-lhes cuidados, como os de higiene e conforto. Assim, cabe ao enfermeiro facultar-lhes formação a diversos níveis (individualizada, em grupo, e/ou

em contexto de trabalho) de forma a uma prestação de cuidados de qualidade, os quais trazem grandes benefícios para o bem-estar de quem cuidamos mas o papel que desempenhamos na relação com o próprio utente é o que mais nos satisfaz profissional e pessoalmente.

Embora numa unidade de Cuidados Continuados se faça o que se faz num lar de terceira idade, as intervenções vão mais além: tentando fazer com que o utente se sinta como se estivesse no seu habitat rodeado de tudo aquilo que necessita e gosta.

Nesta instituição o enfermeiro para além de todas as responsabilidades profissionais também tem a seu cargo por vezes situações difíceis e urgentes para decidir, como por exemplo uma extubação nasogástrica, neste caso o enfermeiro tenta antes de tudo que o utente tolere a alimentação e tem a árdua tarefa de decidir se entuba ou não, se o utente assim realmente queria uma vez que ainda na prática não existe testamento vital.

Este tipo de situação num lar não acontece pois a autonomia do enfermeiro está bastante mais limitada. Numa grande parte dos cuidados é vital que os enfermeiros possam gerir a avaliação, planeamento, implementação e avaliação deste cuidado. Isso irá garantir que ele é realizado com um padrão adequado e que qualquer alteração na condição de um paciente é notada e posta em prática. Isso faz parte da enfermagem e define o dever para o qual todos nós somos responsáveis seria mais fácil se a equipe em todos os níveis compartilha-se o mesmo conceito do que é ser um enfermeiro.

## 5 – CONCLUSÃO

Com este relatório pretendi apresentar de forma sistematizada as vivências experienciadas ao longo do estágio que realizei numa unidade de cuidados continuados de longa duração. Ao longo do estágio penso ter atingido a maioria dos objetivos inicialmente propostos. Neste relatório descrevo a unidade e o modo como decorreu a integração na equipe de saúde, dando assim cumprimento a um dos objetivos iniciais. Descrevo ainda os procedimentos na admissão dos utentes, os principais objetivos durante o processo de internamento e a preparação para a alta.

Tive oportunidade de me envolver em projetos que a unidade estava a desenvolver e descrevi-os ao longo do texto, apresento ainda investigação pessoal relativa à casuística do serviço, desde o momento da sua abertura (em dezembro de 2008) até à atualidade (julho de 2011). Dando igualmente cumprimento a um dos objetivos iniciais dou a conhecer investigação realizada na temática “Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão” que incidiu também sobre a população total de utentes que foram referenciados para a unidade e que nela estiveram internados. Para a elaboração deste trabalho, foi necessário recolher várias informações, tanto através de pesquisa bibliográfica como recolha de dados existentes no arquivo da unidade. Neste processo contei com a colaboração da equipe de saúde.

Perante a análise dos dados, torna-se relevante a elaboração de uma síntese das principais conclusões:

- A amostra em estudo foi constituída por 135 utentes, 54,1% do sexo feminino e 45,9% do sexo masculino.
- As idades dos utentes variaram entre os 76 e 85 anos de idade, o que nos traduz numa média aproximada a 80 anos.
- A maioria dos utentes possuía um baixo nível de escolaridade.
- Verificámos que 73% possuem baixa qualificação profissional.
- Relativamente à residência concluímos que 53% são oriundos do concelho Miranda do Douro.
- Constata-se que a maioria dos utentes tem suporte familiar *versus* cuidador.

- Relativamente à proveniência, concluímos que 54,9% vêm de uma unidade hospitalar de agudos.
- Neste tipo de unidade o máximo de dias de internamento está legislado para 180 dias. Na unidade onde decorreu o estágio essa média ficou nos 140 dias, cumprindo assim a legislação em vigor.
- No que diz respeito à sua referenciação 80,3% vêm para Longa Duração.
- No que se refere aos resultados segundo a escala de Braden 46,7% são admitidos com risco moderado de aparecimento das úlceras de pressão.
- No que diz respeito às patologias apresentadas, a mais prevalente (45,9%) foi o AVC.
- Das restantes patologias, encontramos 12,6% de utentes com Doenças Cardiorrespiratórias, 9,6% com Neurológicas e 5,2% com Ortopédicas.
- É de salientar que nesta tipologia de Unidade apareçam 11 casos 8,1% de Neoplasias, que foram referenciadas por motivos de proximidade e dessa forma não enviados para uma Unidade de Cuidados Paliativos.
- Relativamente ao estado do internamento num total de 135 utentes, 21 utentes (15,6%) estavam internados a 23 de Julho de 2011.
- Dos restantes 65 utentes tiveram alta 48,1%, 38 faleceram 28,1% e 11 foram transferidos para outro tipo de unidade (8,1%).

Este estágio veio complementar a fase teórica do mestrado que frequentamos, na medida em que tivemos oportunidade de conhecer o funcionamento de uma Unidade de Cuidados Continuados. Finalmente o estágio contribuiu para o crescimento pessoal e profissional, o qual também constituía objetivo inicialmente delineado.

## 6 – BIBLIOGRAFIA

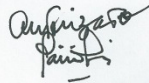
- Bergstrom, N., Braden, B., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*, 204-262.
- Carvalho, E. (2009). Cuidados de Enfermagem na Terceira Idade. *I Encontro Psicogeriátrico Do Porto* (pp. 1-8). Porto: Hospital São João.
- Colliere, M. (2003). *Cuidar... A Primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Costa, M. (2005). *O idoso, a doença e o hospital - O impacto do internamento hospitalar no Estado Funcional e Psicologico das Pessoas Idosas*. loures: Lusociência.
- Decreto- Lei nº 101 de 6 de Junho. Diário da República nº 109, Série I-A
- Diário da Republica nº 94, 1º Série. (14 de 05 de 2010). Resolução do Conselho de Ministros nº 37/2010.
- Direção Geral da Saúde. (2008). Avaliação do risco para a ulcera de pressão - Escala de risco de Braden. *Circular Informativa, nº35*.
- Direção Geral da Saúde. (2011). Escala de Braden: versão adulto e pedirátrica (Braden Q) orientação nº 17/2011.
- Duque, H. e. (2009). *Úlceras de Pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: formação e saúde, Lda.
- Enfermeiros, C. I. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: Conselho Internacional dos Enfermeiros.
- Ferreira, P. e. (2007). *Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão: implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação - Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. loures: Lusociência.
- Furtado, K. e. (2001). *Prevenção e Tratamento das úlceras de Pressão*. coimbra: Formasau.
- Furtado, K., Flanagan, M., & Pina, E. (2001). Prevenção e Tratamento de Úlceras. *Dossier sinais vitais N°5*.

- Gouveia, J., & Miguéns, C. (2009). Impressão um Instrumento para a Prevenção de Úlceras de Pressão. *revista Nursing N° 245*.
- Helena, J. (2002). *Humor nos cuidados de Enfermagem. Vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Cidade Solidaria.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011. Resultados Provisórios* (Edição 2011 ed.). Lisboa.
- Lyder, C., & Ayello, E. (2008). Pressure Ulcers: A Patient Safety Issue. In R. Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Ministério da Saúde. (2007). *Cuidados Continuados Integrados Nos Cuidados de Saúde Primários. Carteira de Serviços*. (M. d. Saúde, Ed.) Obtido em 2 de Maio de 2012, de [http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page\\_46/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf)
- Morrison, M. (2004). *prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures: Lusociência.
- Panel, E. P. (1998). *Pressure Ulcer Prevention Guidelines*. Obtido em 12 de Setembro de 2011, de [www.epuap.org/glpredvention.html](http://www.epuap.org/glpredvention.html)
- Orsted, H., Ohura, T., & Harding, K. (2010). Pressure ulcer prevention. Pressure, shear, friction and microclimate in context. *International Review*, 1-25.
- Pieper, B., & Weiland, M. (1997). Pressure ulcer prevention within 72 hours of admission in a rehabilitation setting. *Ostomy Wound Manage*, 43, N° 8, 14-25.
- Relatório 1º Semestre 2008 RNCCI. (2008). *Relatório semestral de monitorização do desenvolvimento da RNCCI em 2008*. Obtido em 25-10-2011, a partir de: [http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/309047D7-97A0-447E-8162-CCC1B8DACF3F/0/RELATORIO\\_SEMESTRAL\\_RNCCI\\_2008.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/309047D7-97A0-447E-8162-CCC1B8DACF3F/0/RELATORIO_SEMESTRAL_RNCCI_2008.pdf).
- Relatório Anual RNCCI. (2008). *Relatório de monitorização do desenvolvimento da actividade da RNCCI em 2008*. Obtido em 25-10-2011, a partir de: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/74D13AA5-6D60-4207-934B-E83A175E0581/0/RelatorioAnualRNCCI2008130409.pdf>.
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliarios - Conceitos e Aplicações*. Loures: Lusociência.
- Rocha, J., Miranda, M., & Andrade, M. (2006). Abordagem terapêutica das úlceras de pressão: intervenções baseadas na evidência. *Acta Med Port*, 19, 29:38.

- Ministério da Saúde. (2008). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Obtido em 5 de Setembro de 2011, de [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI\\_nova\\_resposta\\_no\\_sistema\\_de\\_saude\\_12\\_12\\_08.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI_nova_resposta_no_sistema_de_saude_12_12_08.pdf)
- Schoonhoven, L., Haalboom, J., Bousema, M., Algra, A., Grobbee, D., & Grypdonck, M. (2002). Prospective cohort study of routine use of risk assessment scales for prediction of pressure ulcers. *BMJ*, 797-9.
- Squirre, A. (2005). *saúde e Bem-star para Pessoas Idosas - Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Torra, I., & Joan, E. (1997). Valorar el Riesgo de Presentar Ulceras por Pression: Escala de Braden. *Revista de Enfermeria N° 224*.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1- Autorizações**



Bragança, 26 de Outubro de 2011.

**Exmo. Sr. Provedor da Santa Casa da  
Misericórdia da Miranda do Douro,  
Sr. Mário Corredeira,**

Os alunos, Ana Cristina Barata e Marco Barata, estando a frequentar o curso de Mestrado em “**Cuidados Continuados**” promovido pela Escola Superior de Saúde em consonância com o Instituto Politécnico de Bragança, vimos por este meio comunicar a V. Excelência o nosso interesse em desenvolver dois artigos científicos na área da saúde relativamente ao nível de cuidados prestados na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro. A recolha de dados será através da consulta processual de forma a garantir o anonimato e confidencialidade dos dados e de todos os utentes. Em qualquer momento, colocamos ao seu dispor a informação recolhida e o tratamento estatístico efectuado.

Desde já gratos pela atenção dispensada.

Pede deferimento,

Bragança, 26 de Outubro de 2011.

Ana Cristina Barata  
Marco Barata

## **ANEXO 2- Plano de ação de formação**

**PLANEAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE UMA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

**FORMADORES:** Marco Paulo Barata.

**LOCAL:** Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Miranda Do Douro

**DATA:** 25 de Maio de 2011

**PLANO ESQUEMÁTICO DE UMA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

<b>TEMÁTICA GERAL</b>	Síndrome de Burnout
<b>TEMA ESPECÍFICO</b>	A importância da Síndrome de Burnout
<b>POP.ALVO</b>	Profissionais de Saúde da Unidade de Cuidados Continuados de Miranda do Douro
<b>TEMPO</b>	Uma sessão de 45 min

<b>OBJECTIVOS DE APRENDIZAGEM</b>	<b>CONTEÚDOS ESPECÍFICOS (Itens)</b>	<b>METODOLOGIAS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
<p><u>Geral:</u> 1. Conhecer a Prevenção e o Tratamento da Síndrome de Burnout</p> <p><u>Específicos:</u> 1. Definir Burnout; 2. Descrever esgotamento emocional; 3. Explicar a desumanização; 4. Explicar as características do indivíduo desumanizado. 5. Expor a baixa realização profissional/pessoal.</p>	<p><u>Global:</u> 1. Informação sobre a Síndrome de Burnout.</p> <p><u>Específicos:</u> 1. Conceito de Burnout; 2. Definir a síndrome; 3. Tipos de características; 4. Expor as consequências da síndrome; 5. Explicar a importância dos factores de risco.</p>	<p><u>Método:</u> - Passivo; - Activo com participação dos formandos;</p> <p><u>Técnicas:</u> - Lição; - Discussão em grupo;</p> <p><u>Material:</u> - Textos de apoio; PC, projector multimédia, Power Point.</p>	<p>- Directa, através da participação dos formandos;</p>

PLANO MENTAL DA PREPARAÇÃO / APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

VARIÁVEIS DIDACTICO- PEDAGÓGICAS INTERNAS					
		Saber-Evoluir:	Saber-saber	Saber-fazer	Saber-ser
		MÉTODOS (S)	TÉCNICA (S)	COMPETÊNCIA (S)	
Tendo em conta os objectivos Específicos (ou comportamentais) definidos	Considerando os conteúdos específicos (itens) Seleccionados	<p><b>Expositivo:</b></p> <p>"transmitir um aspecto do saber posteriormente... objecto de um outro tipo de tratamento"; "ensino... conceitos e técnicas" (pág. 80)</p> <p><b>Activo:</b></p> <p>Metodologia para modificação de atitudes; formação centrada nos participantes; discussão em grupo;</p>	<p><b>Discussão:</b></p> <p>Exposição de questões, situações, dúvidas, temas que os formandos querem ver discutidos;</p> <p><b>Estudo de casos:</b></p> <p>"caso... situação concreta da vida real... reclama resolução ou decisão" (pág. 121)</p>	<p><b>1- Construir a sessão</b> - "de modo a torná-las interessantes" (pág.74)</p> <p>2 - Ultrapassar os momentos difíceis - "controlo da situação" (pág. 72)</p> <p><b>3 - Postura</b> - "adaptar os gestos ao tema, às circunstâncias e às expectativas dos participantes"; "comportamento físico do animador contribui para a comunicação" (pág. 71)</p> <p><b>4 - Comunicar</b> - "ter em conta os sentimentos dos participantes"; "facilitar a ajuda e a participação de todos" (pág. 71)</p> <p><b>5 - Responder aos participantes</b> - "não prolongar a discussão ou diálogo apenas com um dos participantes"; "ouvir as ideias dos formandos e saber lidar com os que fazem demasiadas perguntas" (pág. 71)</p> <p><b>6 - Realidade do formando</b> - "os seus valores" (pág. 74)</p> <p><b>7 - Seleccionar métodos</b> - "escolher métodos... adaptados aos objectivos... da formação" (pág.72)</p>	

PLANO ESQUEMÁTICO DE DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS TOTAIS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<p><b>INTRODUÇÃO</b></p> <p>10 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação pessoal e cumprimento aos formandos; (2min)</li> <li>- Apresentar o tema da sessão: A Síndrome de Burnout;(4min)</li> <li>- Explicar os objectivos inerentes à acção de formação; (4min)</li> </ul>
<p><b>DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO</b></p> <p>25 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expor o conceito da síndrome de Burnout;</li> <li>- Definição das características, factores de risco e profissões mais afectadas;</li> <li>- Expor o perfil do indivíduo vulnerável ao Burnout.</li> </ul>
<p><b>CONCLUSÃO</b></p> <p>10 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da Escala de Maslach; (5 min)</li> <li>- Expor o modelo explicativo do Burnout; (4 min)</li> <li>- Responder às dúvidas expostas; (6 min)</li> <li>- Agradecimento e despedida. (1min)</li> </ul>

### **ANEXO 3- Participação na organização de jornadas**

# I JORNADA DE PORTAS ABERTAS

## Cidades Continuadas

**Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior  
Miranda do Douro: uma resposta para o concelho**

Sessão de Esclarecimento  
Aberta à Comunidade

**3 de Junho de 2011**  
**14 horas**

Audatório Municipal de Miranda do Douro  
**Inscrição Gratuita\***

\* As inscrições poderão ser feitas no próprio dia, no local do evento, a partir das 10h30m.  
A estas inscrições, por questões de logística, não podemos garantir a entrega de material de apoio.

Organização



Com o Apoio de:



# Ficha de Inscrição



## Comissão Científica

Francisco Centeno, Diretor Clínico da ULDM de Miranda do Douro  
Elisabete Lavrador, Diretora Técnica da ULDM de Miranda do Douro  
Paula Martins, Enfermeira Responsável da ULDM de Miranda do Douro  
Sérgio Vaz, T. S. Serviço Social da ULDM de Miranda do Douro  
Gilda Pires, Fisioterapeuta da ULDM de Miranda do Douro  
Luís Torrê, Animador Sociocultural da ULDM de Miranda do Douro

## Comissão Organizadora

Francisco Centeno, Diretor Clínico da ULDM de Miranda do Douro  
Elisabete Lavrador, Diretora Técnica da ULDM de Miranda do Douro  
Paula Martins, Enfermeira Responsável da ULDM de Miranda do Douro  
Bruno Vasco, Enfermeiro da ULDM de Miranda do Douro  
Carla Torráo, Enfermeira da ULDM de Miranda do Douro  
Fernando Mesquita, Enfermeiro da ULDM de Miranda do Douro  
Inês Condado, Enfermeira da ULDM de Miranda do Douro  
Luís Ribeiro, Enfermeiro da ULDM de Miranda do Douro  
Raquel Pires, Enfermeira da ULDM de Miranda do Douro  
Sónia Bernardo, Enfermeira da ULDM de Miranda do Douro  
Sérgio Vaz, T. S. Serviço Social da ULDM de Miranda do Douro  
Inês Neto, Fisioterapeuta da ULDM de Miranda do Douro  
Gilda Pires, Fisioterapeuta da ULDM de Miranda do Douro  
Luís Torrê, Animador Sociocultural da ULDM de Miranda do Douro  
Pedro Carvalho, Administrativo da ULDM de Miranda do Douro  
Marco Barata, Estagiário do Mestrado de Cuidados Continuados na ULDM de Miranda do Douro  
Ana Cristina Barata, Estagiária do Mestrado de Cuidados Continuados na ULDM de Miranda do Douro  
Elisabete Meleiro, Estagiária de Gerontologia do IPE na Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro

## Organização:

Unidade de Cuidados Continuados - Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro

## Apoios:



# Jornada de Portas Abertas

## Cuidados Continuados Miranda do Douro

Unidade de Longa Duração  
e Manutenção de St. Maria Maior.  
uma resposta para o concelho?

Dia 3 de Junho de 2011 (14 horas)  
Auditório Municipal de Miranda do Douro

## **ANEXO 4- Cronograma de atividades**

## CRONOGRAMA

Actividades	2011						
	Fev	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	
Caracterizar a população de utentes que entraram na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Miranda do Douro, ate à data da entrada no estágio e a população actual ao longo da duração do mesmo.							
Integrar a equipa desta unidade acompanhando todo o processo no momento da admissão, acompanhamento e encaminhamento da alta e sua família							
Contribuir para um crescimento pessoal e profissional com toda a equipa integrante nos cuidados através da ligação das Unidades de Cuidados de Saúde Primários com as Unidades de Cuidados Continuados neste caso a de Miranda do Douro.							
Realizar um projecto de investigação através da análise das escalas e Barthel à entrada e saída do utente para uma melhor compreensão da importancia da reabilitação nestes utentes.							
Efectuar uma crítica acerca do estágio realizado e respectiva apresentação da reflexão e medidas de correcção							

**ANEXO 5- Regulamento interno da Unidade de Longa Duração e  
Manutenção**

### ***Denominação***

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Longa Duração (UCCI) é um estabelecimento integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Rede) e exerce a sua atividade em articulação com os outros serviços, sectores e organismos que integram a Rede, no âmbito do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, e do Acordo estabelecido com a Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARSN) e o Centro Distrital de Segurança Social de Bragança (CDSS Bragança).

A UCCI é uma valência da Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro e não tem personalidade jurídica autónoma.

### ***Missão, visão, valores e objetivos***

A UCCI é um estabelecimento do sector social integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, adiante designada apenas por Rede, que presta cuidados continuados de saúde a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência temporária ou permanente;

A UCCI tem como objeto fundamental contribuir, numa perspetiva integrada para o processo ativo e contínuo de recuperação e manutenção global dos seus utentes, prestando mais e melhores cuidados de saúde, em tempo útil, com humanidade e numa perspetiva de solidariedade social, de harmonia com o espírito tradicional constante do Compromisso da Misericórdia.

A UCCI observa, no desenvolvimento da sua atividade e administração, os seguintes princípios e valores:

- Da humanização dos cuidados – garantia do respeito pela dignidade humana, nomeadamente no que concerne ao direito dos utentes à sua privacidade, à confidencialidade
- Expondo agora o guia de acolhimento existente e exposto na recepção para esclarecimento e conhecimento de todos em que consta o seguinte: da informação clínica, à preservação da sua identidade, à não discriminação e ao cabal esclarecimento dos utentes sobre a sua situação de saúde, para que possam decidir de forma livre e consciente sobre a concretização do que lhes é proposto;

- Da ética assistencial – observância dos valores éticos e deontológicos que enquadram o exercício da atividade dos diferentes grupos profissionais;
- Da qualidade e eficiência – articula o objetivo de elevado nível de qualidade e racionalidade técnica com a promoção da racionalidade económica e da eficiência;
- Do envolvimento da família – facilita, incentiva e apoia a participação da família, elemento determinante da relação humanizada, na definição e desenvolvimento do plano individual de cuidados do utente;
- Da continuidade e proximidade de cuidados – resposta às necessidades de cuidados numa perspetiva articulada de intervenção em Rede, mantendo, sempre que possível, os utentes dentro do seu enquadramento social e comunitário;
- Do rigor e transparência – relacionamento rigoroso e transparente com todos os interlocutores, consolidando assim a credibilidade institucional;
- Da responsabilização – promoção de uma cultura de responsabilização, comprometendo dirigentes, profissionais de saúde e demais colaboradores que desempenhem funções na UCCI, no sentido de um escrupuloso cumprimento das normas, regras e procedimentos definidos;
- Da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade – assunção do trabalho de equipa como um dos pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e obtenção de ganhos em saúde.

### ***Órgão e estrutura em geral***

#### ***Enumeração e natureza dos órgãos***

A UCCI tem como órgãos um Conselho Diretivo e um Conselho Técnico.

#### ***Pessoal dirigente***

Os titulares dos órgãos da UCCI são nomeados e destituídos, nos termos gerais, pela Mesa Administrativa da Misericórdia.

### ***Conselho diretivo***

O Conselho Diretivo é constituído obrigatoriamente pelo Provedor, ou algum elemento nomeado por este, pelo Diretor Técnico e Diretor Clínico.

No caso de o Diretor Técnico acumular com o Diretor Clínico, haverá lugar à nomeação de um terceiro elemento, preferencialmente o responsável da área de Enfermagem ou área Social.

### ***Competências e responsabilidades do Conselho diretivo***

Compete ao Conselho Diretivo assegurar a gestão das atividades da UCCI na sua globalidade, sendo responsável nomeadamente por:

- Fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como os procedimentos e as orientações técnico-normativas emanadas dos serviços e entidades competentes;
- Planear, dirigir, coordenar e controlar a atividade dos diversos sectores da UCCI, sem prejuízo das competências próprias da Mesa Administrativa da Misericórdia;
- Estabelecer uma estreita e permanente articulação entre a UCCI e as Equipas Coordenadoras Local e Regional da Rede, mandatando para o efeito uma equipa que incluirá obrigatoriamente pelo menos um dos seus membros;
- Validar as normas de funcionamento da UCCI para posterior aprovação pela Mesa Administrativa da Misericórdia;
- Diligenciar no sentido da elaboração do Guia de Acolhimento ao Utente e criar mecanismos que assegurem a sua entrega a todos utentes ou seus familiares;
- Definir os níveis de responsabilidade de todo o pessoal e respetivas funções;
- Implementar uma política de formação contínua para todos os colaboradores da UCCI, diagnosticando periodicamente as necessidades formativas, com vista à elaboração de um plano de formação anual e posterior avaliação do seu impacto;
- Definir procedimentos de controlo interno na UCCI;

- Zelar pelo efetivo controlo da infeção hospitalar e pela correta gestão de resíduos, de acordo com a legislação aplicável;
- Responsabilizar os diversos sectores da UCCI pelos meios postos à sua disposição face aos resultados atingidos;
- Assegurar que os colaboradores se encontram devidamente identificados;
- Exercer as demais competências que lhe sejam delegadas pela Mesa Administrativa da Misericórdia.

O Conselho Diretivo responde perante a Mesa Administrativa da Misericórdia pela qualidade dos serviços de saúde prestados e pela utilização dos recursos disponibilizados.

O Conselho Diretivo pode delegar poderes nos seus membros, definindo em ata as condições e limites de tal delegação.

### ***Diretor técnico***

O Diretor Técnico é nomeado pela Mesa Administrativa da Misericórdia, no exercício das suas funções, o Diretor Técnico pode ser coadjuvado por um adjunto, que o substitua nas suas faltas e impedimentos, devendo a escolha efetuada ser aprovada pela Mesa Administrativa e divulgada internamente na UCCI.

### ***Competências e responsabilidades do Diretor Técnico***

Ao Diretor técnico compete, em geral:

- Promover a melhoria contínua dos cuidados e serviços prestados, coordenando o planeamento e a avaliação de processos, resultados e satisfação quanto à atividade da unidade;
- Estabelecer o modelo de gestão técnica adequado ao bom funcionamento da unidade;
- Coordenar e prestar supervisão aos profissionais da unidade, designadamente através da realização de reuniões técnicas;
- Definir as funções e responsabilidades de cada profissional, bem como as respetivas substituições em caso de ausência;
- Implementar um programa de formação adequado à unidade e facultar o acesso de todos os profissionais à frequência de ações

de formação, inicial e contínua, bem como desenvolver um programa de integração dos profissionais em início de funções na unidade.

- Tomar medidas no sentido da admissão de pessoal de enfermagem e do pessoal auxiliar, considerando o interesse institucional;
- Proceder à avaliação anual do desempenho do pessoal sob sua direção;
- Promover a formação, atualização e valorização pessoal do pessoal auxiliar;
- Assegurar a implementação do plano assistencial definido pela equipa multidisciplinar, para cada um dos utentes;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da atividade dos profissionais.

### ***Diretor Clínico***

O Diretor Clínico é nomeado pela Mesa Administrativa da Misericórdia, no que compete ao exercício das suas funções, o Diretor Clínico pode ser coadjuvado por um adjunto, devendo a escolha efetuada ser aprovada pela Mesa Administrativa e divulgada internamente na UCCI.

Competências e responsabilidades do Diretor Clínico

Compete, em geral, ao Diretor Clínico:

- Dirigir a ação médica;
- Coordenar toda a assistência prestada aos doentes;
- Assegurar o funcionamento harmónico dos serviços assistenciais da UCCI;
- Garantir a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde.

Cabe, em especial, ao Diretor Clínico:

- Compatibilizar, do ponto de vista técnico, em articulação com o Enfermeiro Responsável, os planos de ação apresentados pelas diferentes Unidades envolvidas na prestação de cuidados, com vista à sua inclusão no Plano de Ação global da UCCI;

- Fomentar a ligação, articulação e colaboração entre a ação médica e a ação de outros profissionais de saúde, de forma a maximizar os resultados, atendendo aos recursos disponíveis;
- Detetar eventuais pontos de estrangulamento no plano assistencial global da UCCI, propondo, em tempo útil, a implementação de medidas corretivas adequadas;
- Resolver os conflitos de natureza técnica e as dúvidas sobre deontologia médica que lhe sejam presentes;
- Promover os princípios da qualidade técnica, da eficácia e da eficiência;
- Estabelecer com a equipa multidisciplinar da UCCI o plano assistencial de cada Utente e acompanhar a implementação do mesmo durante o internamento;
- Garantir o registo de toda a informação referente ao Utente no processo clínico individual e a sua disponibilização no âmbito do Acordo.

### ***Enfermeiro responsável***

O Enfermeiro Responsável é nomeado pela Mesa Administrativa da Misericórdia.

No exercício das suas funções, o Enfermeiro Responsável pode ser coadjuvado por um adjunto, devendo a escolha efetuada ser aprovada pela Mesa Administrativa e divulgada internamente na UCCI.

### ***Competências e responsabilidades do Enfermeiro responsável***

Compete, em geral, ao Enfermeiro Responsável orientar e coordenar a atividade dos profissionais da UCCI, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Cabe, em especial, ao Enfermeiro Responsável tomar todas as medidas necessárias no sentido de:

- Compatibilizar, do ponto de vista técnico, em articulação com a Direção Clínica, os Planos de Ação;

- Propor ao Diretor Técnico a admissão do pessoal de enfermagem e do pessoal auxiliar, considerando o interesse institucional, e participar no processo de recrutamento e seleção;
- Proceder à avaliação anual do desempenho do pessoal sob a sua direção;
- Promover a formação, atualização e valorização profissional dos Enfermeiros e do pessoal auxiliar;
- Assegurar a implementação do plano assistencial definido pela equipa multidisciplinar para cada um dos utentes;
- Garantir a efetivação do registo de todos os cuidados prestados ao Utente e outra informação relevante;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da atividade dos profissionais.

### ***Conselho técnico***

O Conselho Técnico é presidido por um dos seus membros, escolhido por cooptação, e tem a seguinte composição:

- Diretor Técnico;
- Diretor Clínico;
- Enfermeiro Chefe;
- Psicólogo;
- Assistente Social;

### ***Competências do Conselho técnico***

Compete ao Conselho Técnico:

- Atuar como órgão consultivo e de interligação entre os diversos serviços da UCCI;
- Dar parecer sobre os assuntos que lhe sejam apresentados;
- Propor ações que visem a melhoria contínua da qualidade dos serviços e uma maior eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde;
- Colaborar na revisão anual da estruturação e dinâmica dos serviços da UCCI e respetivas lotações, propondo as alterações que garantam a prossecução da Missão da UCCI.

### ***Recursos humanos***

São receitas da UCCI as que resultarem do desenvolvimento da sua atividade, nos termos da legislação em vigor e dos acordos e tabelas aprovados, nomeadamente:

- As verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados continuados prestados a utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao abrigo do Acordo;
- As verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados continuados prestados a beneficiários de subsistemas ao abrigo do Acordo;
- Quaisquer outros rendimentos que resultem da sua atividade ou da utilização de bens que lhe estão adstritos.

Constatamos através de dados cedidos pela instituição que o valor médio pago por utente se situa nos 11,99€ por dia, o valor máximo ronda os 29,98€ dia, os utentes que não possuem rendimentos suficientes não pagam nada.

### ***Quadro de pessoal***

Em conformidade com as recomendações constantes no Anexo II do Acordo e em obediência a critérios de qualidade, segurança e humanização, a UCCI garante os recursos humanos necessários, em número e qualidade, à prestação dos cuidados acordados.

O mapa de pessoal e as escalas respetivas são afixados em local visível e acessível a todos os profissionais, utentes e seus familiares.

### ***Gestão de recursos humanos***

A UCCI não dispõe de quadro de pessoal próprio, sendo os recursos humanos de que carece para o exercício da sua atividade facultados pela Misericórdia.

A organização da atividade da UCCI deve obedecer às normas de segurança, higiene e saúde no trabalho aplicáveis.

Salvo no que respeita ao poder de direção e de avaliação do desempenho, bem como à política de formação, são da exclusiva competência da Mesa Administrativa da Misericórdia todas as decisões em matéria de recursos humanos.

### ***Política de formação***

Seguindo as orientações da Política de Formação Global da Misericórdia e do que está preconizado no âmbito da Rede, a UCCI apoia e incentiva a formação contínua ou em exercício de todos os colaboradores, como forma de desenvolvimento pessoal e profissional, através da valorização das suas competências técnicas, humanas e sociais.

Para o efeito do disposto no número anterior, o Conselho Diretivo da UCCI:

- Define e aprova anualmente um plano de formação para os diferentes grupos profissionais da UCCI, com base no levantamento de necessidades, privilegiando as ações que visem a participação conjunta da equipa multidisciplinar;
- Divulga ações de formação e outras oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, quer dentro da organização quer noutras instituições;
- Veicula informação sobre assuntos técnico-científicos de interesse no âmbito da saúde e particularmente na área dos cuidados continuados;
- Promove a realização de eventos técnico-científicos, envolvendo os profissionais da UCCI, tendo em vista a atualização e a partilha de conhecimentos;
- Realiza sessões formativas para o enquadramento da atividade voluntária, na perspetiva de colaboração gratuita e adequada de pessoas que disponibilizam o seu tempo para ajudar os utentes e familiares.

### **Admissão e mobilidade dos utentes**

#### *Referenciação de utentes*

O acesso, ingresso e mobilidade dos utentes na UCCI faz-se de acordo com o previsto na legislação aplicável.

#### *Situações de reserva de vaga*

Durante o internamento na UCCI, quando se verifique necessidade de internamento de um utente em Hospital de Agudos na sequência de transferência por

agudização de doença após 8 dias consecutivos, não será viabilizada qualquer reserva de vaga na Unidade, com exceção das condições constantes dos números seguintes.

No caso de se verificar uma evidente previsão de que a taxa de ocupação mensal possa vir a ser igual ou superior a 85%, a UCCI deverá considerar a possibilidade de reserva de vaga.

No caso de a UCCI apresentar uma previsão de a taxa de ocupação vir a ser inferior a 85%, pode o Conselho Diretivo da Unidade, por motivos de solidariedade ativa e humanização, vir a autorizar pontualmente a referida reserva.

As exceções referidas nos pontos 2 e 3 são analisados caso a caso pelo Conselho Diretivo da UCCI e a sua decisão será comunicada à Equipe Coordenadora Local (ECL).

#### *Horário de funcionamento e das refeições da UCCI*

A UCCI funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana.

O atendimento ao público da UCCI funciona entre as 09:00H e as 18:00H, com intervalo para almoço entre as 12:30h e as 14:00h

Sem prejuízo da flexibilidade inerente à situação particular de cada Utente, as refeições são servidas nos seguintes horários:

- Pequeno-almoço entre as 8:30h e as 9:30h;
- Almoço entre as 12:00h e as 13:00h;
- Lanche entre as 15:00h e as 16:00h;
- Jantar entre as 18:30h e as 19:30h;
- Ceia entre as 22:30h e as 23:00h.

#### *Direitos e deveres dos utentes*

O Utente internado na UCCI tem direito:

- A ser tratado pelo nome que preferir;
- A ser tratado no respeito pela dignidade humana, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
- A receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos;

- À continuidade de cuidados;
- A ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;
- A ser envolvido na elaboração do seu plano individual de cuidados e a ver respeitadas, sempre que possível, as suas preferências e expectativas;
- A ser informado sobre a sua situação de saúde e psicossocial;
- A obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica;
- A dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato clínico ou participação em investigação ou ensino;
- À confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe digam respeito;
- Ao acesso aos dados registados no seu processo clínico;
- À privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico;
- A apresentar sugestões e reclamações, por si ou por quem o represente;
- À visita dos seus familiares e amigos;
- À sua liberdade individual;
- A uma alimentação adequada ao seu estado de saúde, incluindo dietas especiais em caso de prescrição médica;
- À participação, sempre que possível, dos familiares ou representante legal no apoio ao Utente, e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafectivo deste;
- A um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;
- A justificação, por escrito e sempre que for solicitado, das razões da decisão de não realização de qualquer ato profissional relacionado com a prestação de cuidados;
- A assistência religiosa e espiritual, a pedido do Utente ou, na incapacidade deste, dos seus cuidadores informais ou representante legal;
- A receber, no ato de admissão, um exemplar do Guia de Acolhimento e à explicação do conteúdo do mesmo;
- A conhecer o plano de atividades diárias da UCCI, que deve estar afixado em local visível

O Utente internado na UCCI tem o dever de:

- Zelar pela melhoria do seu estado de saúde;
- Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um coreto diagnóstico e adequado tratamento;
- Respeitar os direitos dos outros doentes;
- Colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si livremente aceites;
- Respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde;
- Utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários;
- Suportar os encargos decorrentes de apoio social, cujo valor foi comunicado pela ECL antes da sua admissão na UCCI.

***Direitos e deveres dos cuidadores informais e representantes legais***

Os cuidadores informais e o representante legal do Utente internado na UCCI têm direito:

- A ser envolvido no processo de acolhimento do Utente;
- A participar na elaboração do plano individual de intervenção, nomeadamente no que respeita ao acesso à informação sobre os seus direitos e evolução da respetiva situação;
- A acompanhar o Utente durante o horário estabelecido, participando nas refeições e outras atividades desde que não seja posta em causa a privacidade e descanso dos outros utentes;
- A obter por parte da UCCI justificação, por escrito e sempre que for solicitado, das razões da decisão de não realização de qualquer ato profissional relacionado com a prestação de cuidados;
- A consultar o Regulamento Interno da UCCI;
- A ver respeitada as suas decisões quanto aos procedimentos a adotar quando o utente não reunir condições para o fazer comprovadamente.

Os cuidadores informais e o representante legal do Utente internado na UCCI têm o dever de:

- Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento;
- Colaborar com todos os profissionais da UCCI e da Rede no sentido da promoção da autonomia e reabilitação do Utente, sempre que tal seja possível e ainda no que diz respeito à sua reintegração social;
- Honrar os compromissos assumidos pelo Utente, sempre que este não o possa fazer, nomeadamente os relacionados com a assunção de encargos decorrentes da prestação de unidades de apoio social.

### ***Visitas a utentes***

O horário de visitas aos utentes da UCCI estende-se entre as 14:00h e as 20:00h com o objetivo de promover a participação da família e dos cuidadores informais nos processos de recuperação e manutenção dos utentes, tal como na preparação do seu regresso a casa.

Com base no definido no número anterior, a UCCI incentiva a participação da família e dos cuidadores informais na prestação de cuidados, na toma de refeições, na concretização das atividades diárias e no acompanhamento aos tratamentos.

Com o objetivo de garantir o necessário descanso dos utentes, não são permitidas visitas fora do período definido no número um, salvo em situações excecionais sujeitas a autorização da Equipa Organizacional da UCCI.

No que diz respeito à avaliação da satisfação e dos resultados a UCCI tem o seguinte procedimento:

- Da satisfação dos utentes e seus cuidadores informais/familiares;
- Da satisfação dos profissionais;
- Dos resultados versus os indicadores preconizados, clínicos ou outros.

### ***Relacionamento com a comunidade***

A UCCI privilegia formas atuantes de convivência e articulação com a comunidade em que se integra, procurando gerar sinergias, nomeadamente com unidades de saúde, instituições académicas, escolas de formação profissional, instituições de solidariedade social e outras entidades nacionais e internacionais de interesse público.