



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

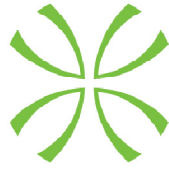
**Instituições Particulares de Solidariedade
Social: Estudo de Caso Centro de Assistência
Social de Tomar - Lar de São José**

Relatório de Estágio de Mestrado

Ana Sofia Pereira Prancha Florindo

Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde

Tomar, novembro de 2014



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

**Instituições Particulares de Solidariedade
Social: Estudo de Caso Centro de Assistência
Social de Tomar - Lar de São José**

Relatório de Estágio de Mestrado

Ana Sofia Pereira Prancha Florindo

Orientado por:

Doutora Maria Graciete Honrado

Instituto Politécnico de Tomar

Relatório de Estágio
Apresentado ao Instituto Politécnico de Tomar
para cumprimento dos requisitos necessários
à obtenção do grau de Mestre
em Gestão de Recursos de Saúde

**Instituições Particulares de Solidariedade Social: Estudo de Caso Centro de Assistência Social de
Tomar - Lar de São José**

RESUMO

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são muito importantes para a economia do país, principalmente na fase em que este se encontra, pois para além de proporcionarem uma melhoria na qualidade de vida à população, também criam postos de trabalho que vão influenciar a economia positivamente.

Qualidade de vida é um tema, que se pode considerar, do quotidiano, ou seja, todos os dias se discute qual a forma de se atingir uma melhoria na qualidade de vida. A qualidade de vida é muito subjetiva, varia de indivíduo e de faixa etária, pois à medida que se processa uma evolução, as necessidades mudam e a importância de cada necessidade muda também.

É seguro afirmar que a população está, cada vez mais, envelhecida. É muito importante criar meios para tornar melhor a qualidade de vida no idoso, por isso mesmo os lares de idosos têm uma grande importância.

O Centro de Assistência Social de Tomar (CAST) é uma IPSS que tem como missão prestar serviços de excelência que promovam o bem-estar dos seus utentes/clientes. Esta IPSS tem vários serviços para apoiar a população do concelho de Tomar.

O primeiro objetivo deste estágio foi a colocação dos conhecimentos adquiridos, em prática. Foi importante também entender todo o funcionamento duma IPSS. O segundo objetivo foi entender e compreender várias tarefas importantes numa instituição destas. Tarefas como a gestão da qualidade, a importância de alguns estudos estatísticos dentro da instituição para melhor se entender o que se passa com os utentes/clientes, como também outras tarefas de apoio a várias áreas.

Palavras-Chave: Instituições Particulares de Solidariedade Social, Qualidade de Vida, Gestão da Qualidade.

ABSTRACT

The Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) are very important for the economy of the country, especially considering the situation which the country is going through currently, because in addition to providing an improved quality of life to the population, they also create jobs which in turn will influence economy positively.

Quality of life is an issue which can be considered of everyday life. That is to say, everyday it is discussed ways to achieve an improved life quality of life. The term quality of life itself is very subjective, varying from individual to individual and age groups because as evolution takes place, the needs and the importance of such needs also change.

It is safe to say that population is increasingly getting older. It is very important to create ways to improve quality of life for the elderly. Therefore, nursing homes assume a great importance.

The Centro de Assistência Social de Tomar (CAST) is an IPSS which aims to provide excellent services to improve the well-being of their users/customers. The IPSS has several services to support the population of Tomar municipality.

The primary objective of this apprenticeship was to apply the acquired knowledge into practice. It was also important to understand all the workings of an IPSS. The secondary objective was to comprehend and understand the various important tasks in an institution of this kind. Tasks such as quality management, the importance of some statistical studies within the institution to the understanding of what is happening with the users/customers, as well as many other tasks to support multiple areas.

Keywords: Instituições Particulares de Solidariedade Social, Quality of Life, Quality Management.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer o apoio incondicional dos meus pais que me incentivaram ao longo de todo o caminho académico.

Agradeço ao Instituto Politécnico de Tomar, e a todos os seus professores, o conhecimento transmitido.

Quero agradecer a toda a Direção do Centro de Assistência Social de Tomar, por me aceitar na instituição para a realização do meu estágio. Quero agradecer ao Dr. Rui Pascoal, à Dr.^a Cármen Silva e todas as colegas do Lar de São José por se apresentarem sempre disponíveis para me ajudarem e por terem facilitado a minha integração.

Por último, quero agradecer à minha orientadora Doutora Maria Graciete Honrado por todo o apoio e disponibilidade ao longo deste percurso.

ÍNDICE

RESUMO	v
ABSTRACT	vii
AGRADECIMENTOS	ix
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES	xv
ÍNDICE DE TABELAS	xv
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xvii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. REVISÃO DA LITERATURA.....	3
1.1. Introdução	3
1.2. Instituição Particular de Solidariedade Social	3
1.2.1. Evolução Histórica das IPSS.....	5
1.2.2. A Importância de uma IPSS	6
1.2.3. Necessidades Sociais.....	7
1.2.4. Respostas das IPSS às Necessidades Sociais	8
1.3. Qualidade de Vida	v 10
1.4. Qualidade de Vida do Idoso.....	12
1.4.1. Qualidade de Vida no Idoso Institucionalizado	13
1.5. Utente/Cliente	14
CAPÍTULO II.....	17
2. A INSTITUIÇÃO “CAST”	17
2.1. Introdução	17
2.2. Centro de Assistência Social de Tomar	17

Instituições Particulares de Solidariedade Social: Estudo de Caso Centro de Assistência Social de
Tomar - Lar de São José

2.2.1.	Missão, Visão e Valores	18
2.2.2.	Respostas Sociais	19
2.2.3.	Localização	20
2.2.4.	Organograma.....	22
2.2.5.	Órgãos Sociais	23
2.3.	Lar de São José	23
CAPÍTULO III		25
3.	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	25
3.1.	Introdução	25
3.2.	Gestão da Qualidade	25
3.2.1.	Indicação Terapêutica	25
3.2.2.	Ajudas Técnicas	27
3.2.3.	Serviços Prestados ao Cliente	27
3.3.	Estatística.....	28
3.3.1.	Risco de Queda	28
3.3.2.	Risco de Úlceras de Pressão	29
3.4.	Atividades de Apoio - Armazém	30
3.4.1.	Apoio em Armazém	30
3.4.1.1.	Contagem Física de Inventário.....	31
3.4.1.2.	Lançamento das Saídas de <i>Stocks</i>	31
3.4.2.	Apoio na Receção	31
3.4.2.1.	Horários de Trabalho.....	32
CAPÍTULO IV		33
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		35
ANEXO I - INDICAÇÃO TERAPÊUTICA		39

ANEXO II - MEDICAÇÃO E INDICAÇÃO TERAPÊUTICA.....	43
ANEXO III - MEDICAÇÃO E INDICAÇÃO TERAPÊUTICA PROGRAMA TSR	47
ANEXO IV - LISTAGEM DE AJUDAS TÉCNICAS	53
ANEXO V - IMPRESSO CONTROLO MANUTENÇÃO AJUDAS TÉCNICAS	59
ANEXO VI - CUIDADOS DE HIGIENE LAR, CD E SAD	63
ANEXO VII - PROTOCOLO ESCALA MORSE.....	69
ANEXO VIII - PROTOCOLO ESCALA BRADEN	75
ANEXO IX- IMPRESSO JUSTIFICAÇÃO DE FALTAS.....	81
ANEXO X- IMPRESSO DE TROCA DE HORÁRIO.....	85

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Pirâmide das Necessidades Humanas.....	8
Ilustração 2 - Processamento dos serviços até à satisfação do cliente.....	16
Ilustração 3 - Localização da sede onde se encontra a Área Administrativa e Financeira..	20
Ilustração 4 - Localização da Área Infantil.	20
Ilustração 5 - Localização da Área de Idosos.	21
Ilustração 6 - Organograma do CAST.....	22
Ilustração 7 - Instalações do Lar S. José.....	23
Ilustração 8 - Mapa de Aplicações da TSR	26

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Definições de Qualidade de Vida. Elaboração Própria.	11
Tabela 2 - Dados das Áreas Funcionais do CAST	18
Tabela 3- Constituição dos órgãos sociais do CAST.	23
Tabela 4 - Resultados da Avaliação do Risco de Queda no Lar de São José.....	28
Tabela 5 - Resultados de avaliação de UP no Lar de São José.	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos Utentes por nível de risco de queda.....	29
Gráfico 2 - Distribuição dos Utentes por nível de Risco de UP.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

CAST - Centro de Assistência Social de Tomar.

CD - Centro de Dia

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social.

OMS - Organização Mundial de Saúde

PI - Plano Individual

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UP - Úlceras de Pressão

WHOQOL - The World Health Organization Quality Of Life

SIGLAS

TSR - Sistema de Informação da Qualidade

INTRODUÇÃO

O presente relatório visa esclarecer o leitor das atividades e conhecimentos adquiridos ao longo do estágio, que visa a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos de Saúde na Escola Superior de Gestão do Instituto Politécnico de Tomar.

A escolha desta modalidade deveu-se ao facto da falta de experiência profissional na área e da ansiedade de entrar no "terreno" para poder aplicar todos os conhecimentos que me foram transmitidos durante a formação académica.

O estágio teve lugar no Centro de Assistência Social de Tomar, na Área de Idosos. Este Centro é uma Instituição Particular de Solidariedade Social.

O estágio decorreu no período compreendido entre 17 de dezembro de 2013 a 07 de outubro de 2014.

A instituição localiza-se no concelho de Tomar e tem como principal função a prestação de serviços de excelência e de forma personalizada, que promovam ativamente o bem-estar físico, mental e social dos seus utentes/clientes.

No primeiro capítulo é efetuada uma revisão de literatura sobre o que é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS); evolução histórica das IPSS; a importância de uma IPSS; as necessidades sociais; respostas das IPSS às necessidades sociais; qualidade de vida; qualidade de vida do idoso; qualidade de vida do idoso institucionalizado e Utente/Cliente.

O segundo capítulo destina-se à apresentação do local de estágio, focando o que é o CAST; a sua missão e valores; as respostas sociais; a sua localização; o organograma; os órgãos sociais e o Lar de São José.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio ocupam todo o terceiro capítulo, bem como a integração dentro da instituição. Este capítulo divide-se em três subcapítulos, a saber: Gestão de Qualidade, Estatística e Atividades de Apoio.

O quarto capítulo incide numa reflexão crítica onde serão abordadas as dificuldades, a aprendizagem e algumas sugestões relativamente ao estágio e ao CAST.

Por fim, será feita uma consideração final sobre toda a revisão de literatura realizada, do estágio e dos conhecimentos adquiridos durante o tempo de estágio, bem como durante a realização deste mesmo relatório.

CAPÍTULO I

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. Introdução

Neste capítulo é realizada uma revisão da literatura com a finalidade de dar uma visão histórica sobre as Instituições Particulares de Solidariedade Social, bem como a sua importância, o seu público-alvo, as necessidades sociais e o que se entende por qualidade de vida.

As IPSS são instituições com grande enfoque na solidariedade, embora sejam instituições sem fins lucrativos fazem com que a economia cresça só pela criação de novos postos de trabalho.

Com a grande crise económica que se atravessa as IPSS são uma mais-valia na ajuda da população nas suas principais necessidades e na sua própria sobrevivência.

A qualidade de vida passou a ser assunto do dia-a-dia, tendo assim grande importância principalmente nesta etapa que se atravessa. Com o envelhecimento da população não só a qualidade de vida é importante como também as instituições que tentam, ao máximo, proporcionar à população melhorias na qualidade de vida.

1.2. Instituição Particular de Solidariedade Social

Segundo a Segurança Social, uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) é uma instituição constituída por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e justiça entre os indivíduos.

São instituições sem fins lucrativos, por iniciativa de particulares, com a intenção de dar expressão organizada ao dever ético de solidariedade e de justiça entre indivíduos (Bordalo & Cruz, 2010).

Estas IPSS não são administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para seguir os seguintes objetivos:

- Apoio a Crianças e Jovens;
- Apoio à Família;
- Proteger o cidadão tanto na velhice como na invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;
- Promover e proteger da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- Educação e formação profissional dos cidadãos;
- Resolução dos problemas da população.

As IPSS regem-se por princípios e valores, que lhes dão um caráter próprio. Desses princípios e valores destacam-se o princípio da solidariedade, da autonomia e identidade, da responsabilidade e da subsidiariedade (Bordalo & Cruz, 2010).

Princípio da Solidariedade - é o valor nuclear da existência das IPSS e a sua razão de ser. É com base neste valor que se organizam para mobilizarem recursos para o cumprimento da sua missão e objetivos, de forma comprometida e responsável.

A Autonomia e a Identidade - advêm da sua própria natureza, da sua história, de visarem a prossecução do bem comum, a defesa e a consolidação dos direitos e deveres sociais, sem finalidades lucrativas. Estes princípios exigem das IPSS uma capacidade de mobilizar recursos, de negociar parcerias, de gerir recursos que são finitos para responder a necessidades sem limite, cada vez mais complexas.

Princípio da Responsabilidade - é considerado um princípio ético. Segundo Jonas (1997), "*age de tal forma que os efeitos da tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida autenticamente humana sobre a terra*". A responsabilidade transforma-se assim numa obrigação que tem como modelo a relação parental em que o cuidado é uma dádiva total.

Princípio da Subsidiariedade - é considerado como o fundamento para legitimar um quadro de direitos e de deveres e conferir legitimidade às instituições do sector social solidário nas suas relações com o estado central, regional e local. Assenta na ideia da proximidade que é um elemento essencial na estratégia nacional, como para as IPSS e famílias, face aos poderes central e local.

1.2.1. Evolução Histórica das IPSS

Ao longo dos séculos vêm sendo discutidos os conceitos de solidariedade e proteção social com a intenção de prestar caridade aos mais desfavorecidos, tais como idosos, crianças, pessoas doentes ou com deficiência, a vítimas de pobreza entre outros grupos considerados socialmente desfavorecidos. Deste modo, ao longo do tempo foram desenvolvidas várias iniciativas no âmbito da assistência social, por elementos do Clero, da Nobreza, municípios, particulares e militares.

Em Portugal a primeira Irmandade da Misericórdia foi fundada em Lisboa por iniciativa da Rainha D. Leonor e do Frei Miguel Contreiras em 1498, o seu principal objetivo era prestar ajuda aos mais carenciados. Ao longo do século XVI o Rei D. Manuel começou a organizar várias Irmandades por todo o País.

O Estado e a sociedade civil começaram a desenvolver o seu papel a partir do século XVII no que respeita à assistência social, que consistiu numa maior responsabilização dos agentes na área da solidariedade e proteção social. Houve assim, uma grande evolução na prática da solidariedade deixando de ser desenvolvida apenas por iniciativas privadas, assumindo-se assim como um dever e responsabilidade do estado e da sociedade civil.

Com a criação da Casa Pia de Lisboa em 1718 marcou-se o domínio da assistência social pública em Portugal. Treze anos após a sua fundação, a Casa Pia já era uma grande IPSS.

Contudo ao longo do século XX, a responsabilização do Estado no domínio social começa a enfraquecer, aumentando assim a responsabilidade da sociedade civil no que diz

respeito à assistência social, sendo assim visível o incentivo do Estado à criação de Instituições Particulares de Solidariedade Social. (Romão, 2002)

1.2.2. A Importância de uma IPSS

A importância das IPSS depende de vários fatores. As IPSS são importantes na vida da população com também para a economia do país.

Cada vez mais é necessário apoiar a população na alimentação, na saúde, no alojamento como também é importante apoiar a população no combate à exclusão social. O bem-estar não está apenas nos bens materiais como também está naquilo que proporciona a felicidade e a harmonia com a sociedade, pois cada vez mais os mais carenciados sofrem com a ausência de afetos.

Posto isto não há dúvidas da importância destas instituições para aqueles que delas usufruem. Por tudo isto, as IPSS permitem à população um leque de apoios não só financeiros como em atividades de grupo, para o total bem-estar da população alvo.

Em Portugal, estima-se que existam mais de quatro mil instituições em atividade, aceitando mais utentes e criando mais postos de trabalho. Em comparação, existem mais IPSS em Portugal do que em qualquer outro país, nascendo a maior parte delas da iniciativa dos cidadãos (Lusa, 2009).

Quanto à importância das IPSS na economia, estas ajudam o Estado a conseguir chegar a um maior grupo de pessoas. O Estado enquanto agente único não consegue chegar a todos, deste modo se realça a importância destas Instituições. O sector social tem grande capacidade de crescer e de se desenvolver, pois este sector é responsável por cerca de 5,5% do PIB. As IPSS, para além de tudo o que foi já referido, ainda conseguem ajudar a população local na criação de emprego, continuando assim a contribuir para a economia do país (Soares, 2012).

1.2.3. Necessidades Sociais

O comportamento do ser humano pode ser explicado pelas suas necessidades e pelos seus desejos, transformando-os em fontes de motivação (Maslow, 1970). Assim Maslow propõe uma hierarquia de necessidades humanas:

Necessidades Fisiológicas- São as necessidades mais básicas e que se pode dizer que estas são as mais relevantes para a sobrevivência do ser humano. Exemplos: Acesso a água, comida, dormir, etc..

Necessidades de Segurança- Estas necessidades estão relacionadas com a estabilidade, ou seja, estão vinculadas à sensação de segurança. Exemplos: Defesa, proteção, abrigo, emprego, etc..

Necessidades Sociais- Relacionadas com o desejo de relações humanas saudáveis e em harmonia, o desejo de pertencer a grupos. Desejo de ser amado e ser aceite. Exemplos: família, clubes, grupos de trabalho, grupos religiosos, etc..

Necessidades de Autoestima- A autoestima que resulta do reconhecimento das nossas capacidades, tanto por nós próprios como pelos outros. É a necessidade de se sentir digno, respeitado, reconhecido, orgulhoso, etc..

Necessidade de Autorrealização- Relaciona-se com as necessidades de autonomia, a independência e o auto controlo. Aqueles que têm tudo conseguem maximizar o seu potencial, pois podem procurar conhecimento, paz, experiências estéticas, auto satisfação, etc..



Ilustração 1 - Pirâmide das Necessidades Humanas- Adaptado (Maslow, 1970)

A Pirâmide divide-se conforme as necessidades humanas, estando na base da pirâmide as necessidades mais básicas. Enquanto não se tem a satisfação nas necessidades mais básicas, os seguintes patamares da pirâmide não terão relevância. Ou seja, se o indivíduo não tiver as suas necessidades de alimentação satisfeitas não irá dar muita importância à necessidade de segurança.

Nos dias de hoje deparamo-nos com necessidades sociais relacionadas com situações de pobreza, pobreza envergonhada e fome, bem como dificuldades em fazer face aos compromissos financeiros. As IPSS têm assim a consciência que é necessário fazer algo para ajudar a população (Sousa).

1.2.4. Respostas das IPSS às Necessidades Sociais

As IPSS têm como finalidade garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade adequados à satisfação das necessidades e expectativas.

Deste modo têm como público-alvo as respostas sociais de acordo com o Decreto-Lei n.º 64/2007, artigo 4.º, a saber:

- Crianças:
 - Creche;
 - Centro de atividades ocupacionais;
 - Lar de infância e juventude;
 - Centro de acolhimento temporário.
- Idosos:
 - Centro de dia;
 - Centro convívio;
 - Centro de noite;
 - Residência;
 - Lar de Idosos.
- Pessoas com deficiência:
 - Centro de atividades ocupacionais;
 - Lar residencial,
 - Residência autónoma;
 - Centro de atendimento;
 - Acompanhamento e animação de pessoas com deficiência.
- Pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico:
 - Fórum sócio ocupacional;
 - Unidades de vida protegida, autónoma e apoiada.
- Grupos vulneráveis:
 - Apartamento de reinserção social;
 - Residência para pessoas com VIH/sida;
 - Centro de alojamento temporário e comunidade de inserção;
- Família e comunidade:
 - Centro comunitário;
 - Casa de abrigo;
 - Serviço de apoio domiciliário.

1.3. Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida não engloba apenas o estado de saúde do indivíduo, como também o seu bem-estar psicológico. Contudo, a qualidade de vida é subjetiva, depende de cada um, o que para o indivíduo X é qualidade de vida, para o indivíduo Y pode não ser.

Principais aspetos da qualidade de vida:

- O psicológico, abarca questões como o humor, o estado emocional e a saúde;
- Os aspetos sociais e ocupacionais e a dimensão física.

A qualidade de vida também está relacionada com aspetos económicos. Estes permitem acesso a tudo aquilo que o indivíduo pensa que lhe melhora a qualidade de vida.

Na opinião de Brioul (1994, *in* Coimbra, 1999) esta é uma questão delicada, com perspetivas vastas, variadas e por vezes discordantes, dificultando também a sua complementaridade.

A definição proposta pela Organização Mundial de Saúde é a que melhor traduz a qualidade de vida. O grupo WHOQOL (1995) (The World Health Organization Quality of Life) definiu qualidade de vida como "a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e no sistema de valores em que vive e a relação entre as suas expectativas, os seus padrões e as suas precauções".

Definições de Qualidade de Vida

Autores	Definições de Qualidade de vida
Haug e Folmar (1986, <i>in</i> Chepp, 2006)	Consideram que a qualidade de vida pode ser medida pela saúde física, capacidade funcional, percepção pessoal de rendimento adequado, contactos sociais, ausência de aflições psicológicas e capacidade cognitiva.
Burkhardt (1989)	Considera como qualidade de vida a composição da satisfação física e mental, bons relacionamentos com os outros, habilidade nas atividades extracurriculares, desenvolvimento pessoal, satisfação e recreação.
Spilker (1990, <i>in</i> Silva, 2004)	Sublinha que as principais categorias da qualidade de vida são: o estado físico e aptidões funcionais, estado psicológico e bem-estar, interações sociais e estatuto económico.
Bullinger (1993)	Considerou que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.
Cramer (1994, <i>in</i> Silva, 2004)	Define a qualidade de vida de acordo com cinco vertentes: saúde física e psicológica, nível de dependência, relações sociais e ambientais.
Avavier & Mendizabal (1997)	Qualificam a qualidade de vida como um conceito equívoco como o da inteligência, ambos dotados de um senso comum variável entre os indivíduos.
Matos (1998)	Relaciona a qualidade de vida com a democracia, onde cita que quanto mais aperfeiçoada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais.
Martim & Sockler (1998)	Definem a qualidade de vida como a distância entre a expectativa individual e a realidade, onde quanto menor a distância melhor a qualidade de vida.
Ribeiro (1994/99, <i>in</i> Almeida, sem data)	Considera que a qualidade de vida tem que ser analisada tendo em conta os seguintes pressupostos subjacentes ao contexto: não é a ausência de doença; manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade; define-se por uma configuração de bem-estar que é uma dimensão auto percebida; abrange aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais; é um processo dinâmico e só tem sentido se concebida em termos ecológicos.
Minayo, Hartz, & Buss (2000)	Definem qualidade de vida como uma noção altamente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial.

Tabela 1- Definições de Qualidade de Vida. Elaboração Própria.

1.4. Qualidade de Vida do Idoso

A qualidade de vida, como já foi referido, é subjetiva e por isso os parâmetros de qualidade de vida mudam quando se trata de idosos.

É indiscutível, perante o facto de que se pode observar uma população envelhecida, a importância de garantir aos idosos não só o aumento da esperança de vida como também uma boa qualidade de vida (Fleck, 2003, *in* Vecchia, Ruiz, & Bocchi, 2005).

As dimensões da qualidade de vida frequentemente mencionadas por idosos são referentes à família, contatos sociais, saúde, mobilidade/capacidade, circunstâncias materiais, atividades, felicidade e ambiente em casa (Farquhar, 1995, *in* Almeida, sem data).

Segundo Castellón (2003, *in* Paúl, 2005), a relação entre envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas. Para este autor, existem várias formas de conceptualizar a qualidade de vida na velhice:

"a) Como qualidade em termos das condições de vida (seria a componente objetiva);

b) Como satisfação pessoal com as condições e vida (seria a componente subjetiva);

c) Combinando as condições de vida e a satisfação;

d) Combinando as condições de vida e a satisfação pessoal segundo os critérios do próprio sujeito, em função da sua escala de valores e aspirações pessoais" (p. 188).

A maior ou a menor qualidade de vida das pessoas idosas está muito dependente do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem (Fernández-Ballesteros, 1998, *in* Paúl, 2005).

Segundo Paschoal (2002, *in* Chepp, 2006), apesar do avanço da idade aumentar a probabilidade de ocorrência de doenças e de prejuízos à funcionalidade, o idoso pode envelhecer com autonomia e independência.

George e Bearon (1980, *in* Clipp, 2001) definiram “qualidade de vida” em termos de quatro domínios que acreditavam ser centrais na vida dos idosos:

- Funcionamento e saúde geral;
- Estatuto socioeconómico;
- Satisfação com a vida;
- Autoestima.

Segundo Rice e Fineman (2003, *in* Chepp, 2006), podem-se citar três características essenciais para a qualidade de vida no idoso:

- Manter um baixo risco de doenças (principalmente relacionadas com a incapacidade);
- Manter um alto nível de funcionamento mental e físico;
- Comprometer-se ativamente com a vida.

1.4.1. Qualidade de Vida no Idoso Institucionalizado

É importante que o envelhecimento se faça de um modo positivo, proporcionando uma vida o mais feliz possível até ao fim. Deste modo é importante prevenir doenças ou, no caso de já existirem, cumprir rigorosamente o seu tratamento; evitar a obesidade; manter o estado mental e praticar atividade física frequentemente.

O bem-estar e a qualidade de vida nos idosos têm características próprias. Desta forma o idoso deve adotar uma vida ativa que lhe permitirá viver mais e melhor. Neste escalão a maior parte das pessoas é reformada, por vezes vivem com alguma solidão, vários são viúvos, têm reformas baixas e alguns com muitas limitações de mobilidade. Neste enquadramento, medidas positivas como a convivência, a companhia e a atividade física parecem proporcionar melhorias na felicidade de muitos idosos (Lopes, 2006).

Assim a institucionalização é um caminho a seguir, embora o idoso institucionalizado verá com nostalgia a perda de uma vida ativa, onde até certo ponto podia ser o senhor do seu mundo e das suas ações.

Kane (2003), identificou onze indicadores de qualidade de vida nas instituições para idosos: autonomia; dignidade; privacidade; individualidade; segurança; conforto físico; relações; atividade com significado; competência funcional; diversão; bem-estar espiritual. O autor considera que embora nem todos os indivíduos deem o mesmo peso a estas facetas da qualidade de vida, estes são aspetos que poderão estar comprometidos pelas convencionais instituições de cuidados para idosos.

Outro grupo de autores identificou cinco indicadores gerais de qualidade de vida dos residentes em instituições: identidade; controlo; intimidade; segurança e conforto (Robichaud, Durand, Bédard, & Ouellet, 2006).

Já Loiselle (1997, *in* Robichaud, Durand, Bédard, & Ouellet, 2006), identifica os seguintes indicadores de qualidade de vida nas instituições para idosos: competência dos funcionários e qualidades interpessoais.

Assim, não existe uma única solução correta na seleção de domínios para uma visão compreensiva da qualidade de vida nas instituições para idosos (Kane, 2003). É importante ter em conta que o que constitui uma boa qualidade de vida numa instituição para idosos pode variar de cultura para cultura e de país para país. Contudo, as variáveis referidas constituirão importantes indicadores do que é ter qualidade de vida numa instituição para idosos.

1.5. Utente/Cliente

O termo utente significa alguém que usa ou tem o direito de usar (Priberam), ou seja, indivíduo que usa serviços e bens públicos ou particulares (Léxico).

Cliente é uma pessoa que tem acesso a um produto ou serviço mediante pagamento (Conceito), aquele que paga por uma mercadoria ou serviço (Léxico).

Na pesquisa efetuada a diversos estudos, os termos mais utilizados são: usuário, paciente e cliente. É de realçar que a maioria dos estudos é realizada por profissionais de saúde. Deste modo pode-se dizer que usuário é aquele que usa serviços, paciente refere-se

ao facto de este se encontra doente e, por fim, cliente remete para o facto da existência de ganhos económicos.

Normalmente faz-se referência a utente quando se trata de serviços e bens, como também o cliente, pois este também procura serviços e bens, ou seja, no fundo são o mesmo, embora usemos utente para serviços e bens a nível de saúde e cuidados.

Chamam-se utentes a todos aqueles que usam o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e quaisquer serviços privados relacionados com a saúde.

Quando falamos de cliente dizemos que é aquele que procura um serviço ou bem mediante pagamento.

Não será então o utente, também um cliente?

O SNS pelo nome indica desde logo que é um serviço, e que tem as seguintes características:

"a) Ser universal quanto à população abrangida;

b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;

c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;

d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;

e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada." (Lei nº 47/90, 1990)

Como é referido na Lei n.º 47/90, no Capítulo III - Base XXIV, na alínea c) diz-nos que o SNS deve ser tendencialmente gratuito, dependendo das condições de cada cidadão.

Uma empresa quando vende produtos ou serviços procura a satisfação do cliente, pois este tem de estar satisfeito para que a empresa seja reconhecida. Decerto, tanto o SNS como qualquer instituição privada que preste serviços de saúde, procuram a satisfação do utente.

Sobre o assunto de como se deve designar utentes ou clientes existem apenas opiniões e estudos, como referido anteriormente.

Na opinião de Araújo (2013), o cliente informa-se e decide, ou seja, faz uma seleção daquilo que lhe oferecem. Já o utente não tem opinião, pois existem redes de cuidados e entidades que decidem por ele. Afirma ainda que o SNS evoluiu no sentido de atribuir maior valor ao utente. Defende assim que é um falso pudor não encarar o utente como cliente visto que a saúde é uma atividade económica.

Seja utente ou cliente o importante é a sua satisfação perante os serviços prestados. Segundo Kotler (2000) a satisfação consiste na sensação de prazer ou desapontamento resultante da comparação do desempenho (ou resultado) percebido de um produto em relação às expectativas do comprador.

O cliente é a pessoa que compra/usufrui regularmente de uma empresa, mas as expectativas de um cliente em relação ao desempenho de um serviço precisa de ser bem administrada para gerar um bom relacionamento (Cobra, 2001). Um cliente satisfeito volta a comprar/usufruir e um cliente insatisfeito transmite o seu desagrado pelo serviço a outros possíveis clientes.

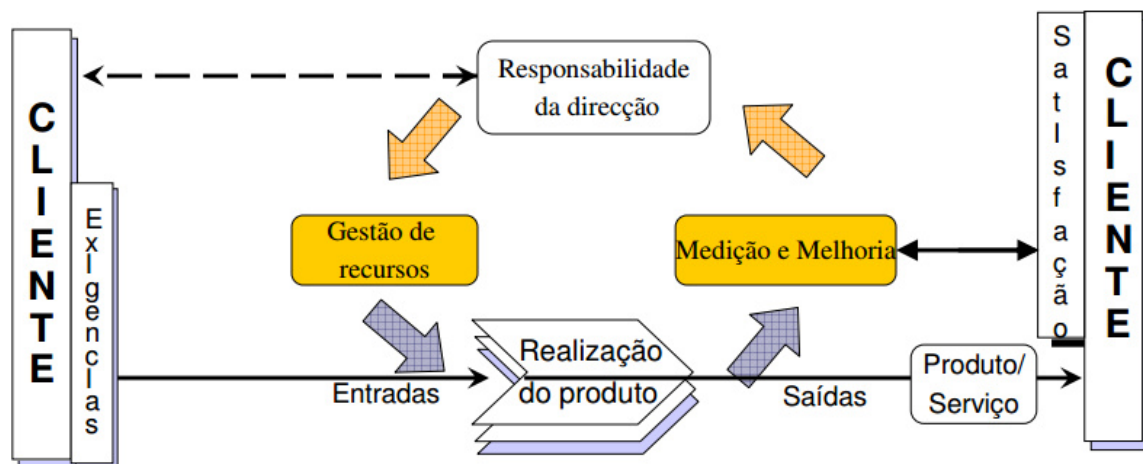


Ilustração 2 - Processamento dos serviços até à satisfação do cliente. Fonte: Machado (s.d)

CAPÍTULO II

2. A INSTITUIÇÃO “CAST”

2.1. Introdução

Este capítulo trata a instituição onde foi realizado o estágio. O estágio foi realizado no Centro de Assistência Social de Tomar, na área de idosos, o Lar de São José.

Este capítulo divide-se em dois subcapítulos:

- O Centro de Assistência Social de Tomar;
 - A sua missão e valores;
 - As respostas sociais que esta Instituição presta à sociedade;
 - A localização de todas as respostas sociais prestadas à população de Tomar;
 - O organograma da instituição;
 - Os seus órgãos sociais.
- O Lar de São José (local de estágio).

2.2. Centro de Assistência Social de Tomar

Há cerca de 100 anos, foi criado em Tomar um serviço de apoio a carenciados, denominado “Albergue” e, mais tarde, “Sopa dos Pobres”, surgindo também uma creche para crianças desprotegidas. Mercê da generosidade do povo, estes serviços foram evoluindo, até se chegar ao atual Centro de Assistência Social de Tomar (C.A.S.T.). (Centro de Assistência Social de Tomar, 2011)

O CAST é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que presta serviços à população do concelho de Tomar. O CAST tem várias respostas sociais tanto na

Área Infantil como na Área de Idosos. Estas mesmas respostas serão melhor abordadas no ponto 2.2.2.

A instituição divide-se em três áreas distintas:

Área Administrativa e Financeira	<ul style="list-style-type: none">• Largo do Pelourinho, 2300-549 Tomar• Tel.: 249 312 797 / Fax.: 249 323 304• Email: centrosocialtomar@sapo.pt
Área Infantil	<ul style="list-style-type: none">• Rua Conde de Ferreira, 2300-557 Tomar• Tel./Fax.: 249 312 438• Email: areainfantilcast@sapo.pt
Área de Idosos	<ul style="list-style-type: none">• Rua Principal n.º1 Carrascal, 2300-331 Tomar• Tel.: 249 329 770 / Fax.: 249 329 779• Email: areadeidososcastapo.pt

Tabela 2 - Dados das Áreas Funcionais do CAST

Deste modo o CAST tem duas áreas de apoio à população, a saber, a Área Infantil e a Área de Idosos, sendo a Área Administrativa e Financeira uma área de apoio à gestão de toda a instituição.

2.2.1. Missão, Visão e Valores

Missão

Prestar serviços de excelência e de forma personalizada, que promovam ativamente o bem-estar físico, mental e social dos seus utentes/clientes.

Visão

Ser reconhecido como uma Instituição de excelência, por utentes/clientes, seus familiares e comunidade em geral e como parceiro essencial para o desenvolvimento da região.

Valores

- Profissionalismo;
- Entreatajuda;
- Respeito;
- Solidariedade;
- Alegria.

2.2.2. Respostas Sociais

O CAST tem várias respostas sociais como:

- Área Infantil - tem como objetivo a promoção e desenvolvimento global das crianças num ambiente estável e seguro. Esta área subdivide-se em três respostas:
 - Creche - proporciona apoio pedagógico e cuidados às crianças dos 3 meses aos 3 anos.
 - Creche Familiar - constituída por um grupo de amas, que proporcionam às crianças ambiente acolhedor e um atendimento personalizado.
 - Jardim de Infância - destina-se a receber e prestar serviços a crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e a idade de ingresso no ensino básico.
- Área de Idosos - tem como objetivo prestar serviços tendo em conta as necessidades de cada cliente, deste modo engloba quatro respostas sociais.
 - Lar - presta cuidados de saúde, alimentação, higiene e conforto dos seus residentes.

- Centro de Dia - presta serviços de alimentação, higiene, tratamento de roupas, transporte, animação sociocultural e cuidados de saúde.
- Serviço Apoio Domiciliário (SAD) - presta cuidados individualizados e personalizados ao domicílio.
- Centro Convívio - apoia atividades sócias recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa dos clientes do Lar e do Centro de Dia.

2.2.3. Localização



Ilustração 3 - Localização da sede onde se encontra a Área Administrativa e Financeira.

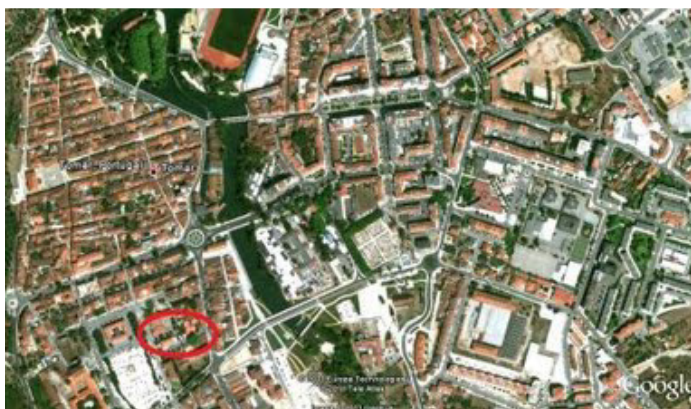


Ilustração 4 - Localização da Área Infantil.

Instituições Particulares de Solidariedade Social: Estudo de Caso Centro de Assistência Social de
Tomar - Lar de São José



Ilustração 5 - Localização da Área de Idosos.

2.2.4. Organograma

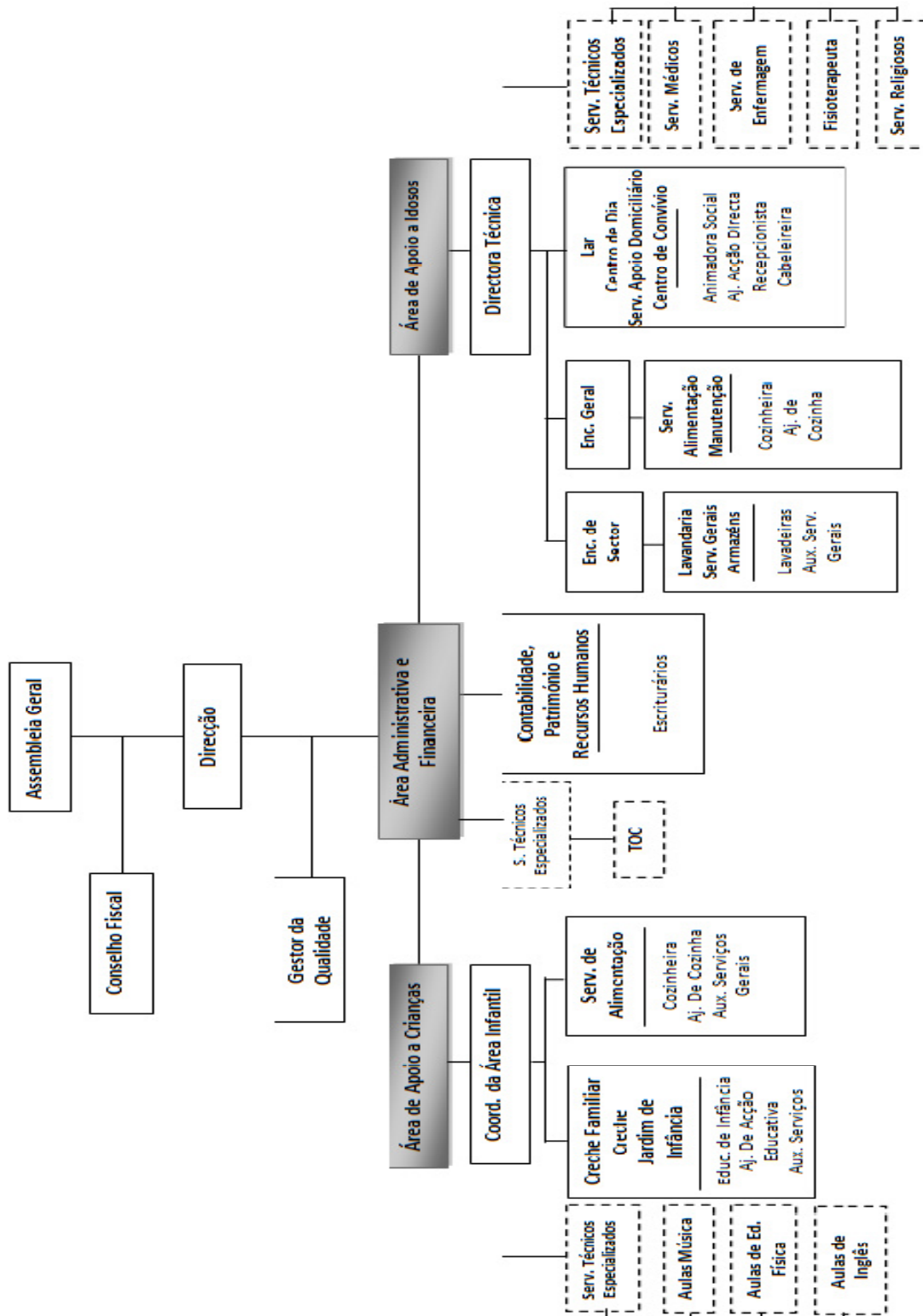


Ilustração 6 - Organograma do CAST

2.2.5. Órgãos Sociais

Mesa Assembleia Geral	Direção	Conselho Fiscal
<ul style="list-style-type: none">• Presidente• 1.º Secretário• 2.º Secretário	<ul style="list-style-type: none">• Presidente• Vice Presidente• Secretário• Tesoureiro• Vogal• 1.º Suplente• 2.º Suplente	<ul style="list-style-type: none">• Presidente• 1.º Vogal• 2.º Vogal• Suplente

Tabela 3- Constituição dos órgãos sociais do CAST.

2.3. Lar de São José

O Lar de São José conta com 65 residentes, presta aos seus clientes vários serviços.

"O Lar de Idosos representa mais do que uma segunda casa é, sem dúvida, um estabelecimento de Apoio Social onde se desenvolve diversas atividades, nomeadamente com prestação de cuidados de saúde, alimentação, higiene e conforto dos seus residentes. Acrescem-se atividades de cariz Sociocultural, visando no seu conjunto a estabilização no retardamento do processo de envelhecimento, e a integração social dos destinatários."
(Centro de Assistência Social de Tomar, 2011)



Ilustração 7 - Instalações do Lar S. José.

CAPÍTULO III

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

3.1. Introdução

No decurso deste capítulo descrevem-se as tarefas realizadas inicialmente previstas e aquelas que ao longo do estágio foram surgindo.

As tarefas realizadas foram no âmbito da Gestão da Qualidade, Estatística, entre outras em que foi necessário o meu apoio.

3.2. Gestão da Qualidade

A qualidade é um elemento crucial nas organizações para o sucesso destas como também para destacar os seus produtos e serviços.

Pode-se então definir gestão da qualidade como sendo qualquer atividade coordenada para dirigir e controlar uma organização de modo a possibilitar a melhoria de produtos/serviços com vista a garantir a completa satisfação dos clientes.

3.2.1. Indicação Terapêutica

A indicação terapêutica é toda e qualquer medicamento ou tratamento prescrito por um profissional de saúde.

Inicialmente foi feita uma análise de documentação existente na instituição, tal como a observação de como é controlada e administrada a medicação ao cliente. Foi também observado o controlo das caixas de medicação, que é efetuada semanalmente.

Deste modo, e para apoio, foi realizado um pequeno esboço sobre todos os procedimentos realizados na indicação terapêutica (ANEXO I).

Seguidamente foi realizada uma análise ao programa TSR - Qualidade na 3.^a Idade, como o apoio dos Assistentes Técnicos desta organização, para assim iniciar a inserção da indicação terapêutica no programa.

A TSR - Qualidade na 3.^a Idade é um sistema de informação de qualidade, que presta serviços na área da informática (TSR). Pode-se observar na seguinte imagem as aplicações possíveis neste programa.

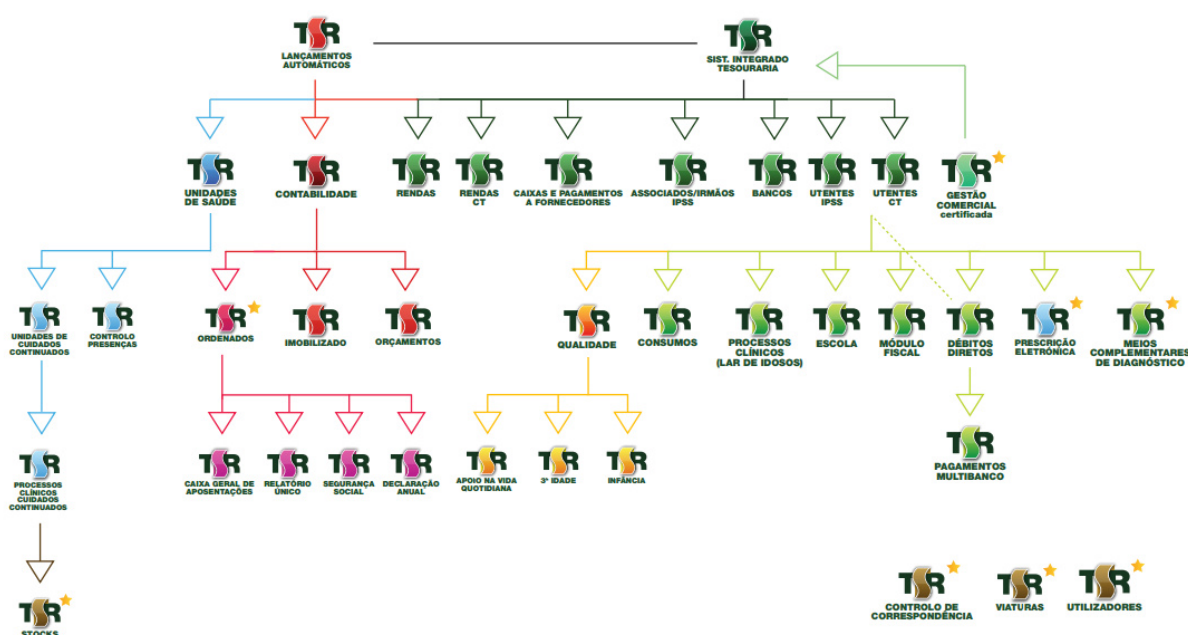


Ilustração 8 - Mapa de Aplicações da TSR. Fonte: <http://www.tsr.pt/mapatsr.pdf>.

Após a análise e conhecimento de todos os elementos necessários para a realização da tarefa é, então, iniciada a inserção de dados. São inseridos os medicamentos com todos os dados desde data de validade a fornecedor. Após esta inserção é efetuada a guia terapêutica do cliente, onde se coloca a hora, a dosagem e algumas observações necessárias quanto à toma do medicamento X.

Cada cliente terá que ter o seu medicamento, e no caso de vários clientes usarem o mesmo medicamento, este tem de ser sempre inserido, criando-se novo código que se irá atribuir ao cliente a que pertence.

Contudo, na minha opinião, esta não é a opção mais correta para a instituição, pois será mais proveitoso para a instituição controlar o seu *stock* de medicamentos. Pode-se observar este facto ao observar a medicação e indicação terapêutica usada na Instituição no ANEXO II e a medicação e indicação terapêutica que se obtém no programa (ANEXO III).

3.2.2. Ajudas Técnicas

As ajudas técnicas são todos os produtos de apoio especialmente produzido para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar qualquer impedimento ou limitação (INR).

Realizou-se a contagem de todas as ajudas técnicas existentes no Lar de São José e elaborou-se uma listagem (ANEXO IV). Seguidamente foi criado um impresso que pode servir para controlo e manutenção das ajudas técnicas (ANEXO V).

3.2.3. Serviços Prestados ao Cliente

Cada cliente tem um Plano Individual (PI), que é verificado semestralmente, onde se indica os serviços a prestar ao cliente, serviços esses que vão desde a higiene, atividades socioculturais, à alimentação.

Todos os dias é efetuado o registo, pelo colaborador, do serviço prestado ao cliente numa folha de registo mensal, tanto para clientes de Lar, CD e SAD (ANEXO VI).

Quando o semestre termina é necessário fazer a contagem dos serviços prestados durante esse semestre, para se comparar os previstos com os executados, de forma a

verificar se é necessário reformular o PI ou mantê-lo. O “novo” PI também terá de ter em conta se o estado clínico do cliente sofreu alterações.

3.3. Estatística

Nesta área de aprendizagem foram elaborados dois relatórios com percentagens relacionadas exclusivamente com os clientes do Lar de São José. Os indivíduos que contaram para as percentagens foram apenas os residentes.

Esta atividade foi coordenada pelo Enfermeiro Fernando, e pela minha parte, dediquei todo o apoio necessário à sua concretização.

3.3.1. Risco de Queda

O risco de queda foi calculado com base na escala de Morse, onde no ANEXO VII se compreenderá melhor a aplicação desta escala.

Avaliando então um grupo de 68 indivíduos, os resultados obtidos foram:

NIVEL DE RISCO	Nº UTENTES	PERCENTAGEM
BAIXO	9	13,2%
MODERADO	40	58,8%
ELEVADO	19	27,9%
TOTAL	68	100,0%

Tabela 4 - Resultados da Avaliação do Risco de Queda no Lar de São José.

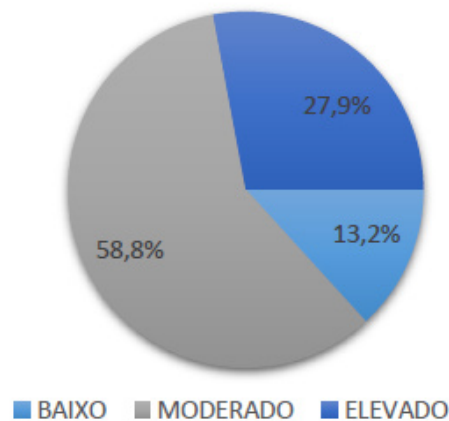


Gráfico 1 - Distribuição dos Utentes por nível de risco de queda.

Conclui-se então que mais de metade dos utentes estão em risco moderado de queda (59%) e cerca de 28% têm um risco elevado. Estes resultados derivam do alto nível de dependência na mobilidade e da debilidade da marcha dos utentes.

3.3.2. Risco de Úlceras de Pressão

Úlceras de Pressão (UP) são feridas na pele, cujo risco aumenta quando se combinam fatores como a imobilidade, o compromisso do sistema imunitário e a perda da massa muscular (Ministério da Saúde, 2007).

Utilizando a mesma amostra de 68 indivíduos e com o apoio da escala de Braden obtiveram-se os seguintes resultados:

NÍVEL DE RISCO	Nº UTENTES	PERCENTAGEM
BAIXO	50	73,5%
ALTO	18	26,5%
TOTAL	68	100,0%

Tabela 5 - Resultados de avaliação de UP no Lar de São José.

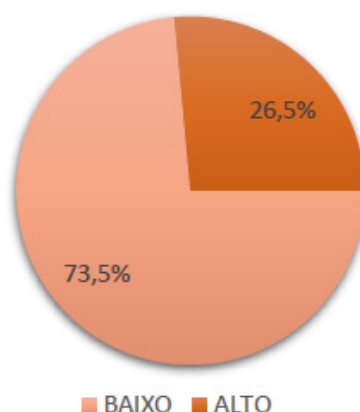


Gráfico 2 - Distribuição dos Utentes por nível de Risco de UP.

Observou-se então que quase 3/4 dos utentes têm baixo risco de UP (73,5%) e 26,5% dos utentes tem alto risco de UP. No momento da realização desta estatística estavam 6 úlceras de pressão em tratamento.

Estes resultados devem-se ao facto dos utentes terem um alto nível de dependência na mobilidade e pela fragilidade da pele dos mesmos.

O procedimento utilizado para este cálculo, escala de Braden, pode-se melhor compreender no ANEXO VIII.

3.4. Atividades de Apoio - Armazém

3.4.1. Apoio em Armazém

No Lar de São José existem dois armazéns, o alimentar e o não alimentar. A Área Infantil e a Área Administrativa quando necessitam de algo elaboram uma requisição e enviam diretamente à funcionária fiel de armazém para que esta faça a entrega dos bens pedidos e, utilizando o programa da TSR Stocks, dá também a saída de armazém.

O armazém alimentar, como o nome indica, engloba todos os alimentos e o armazém não alimentar inclui produtos de limpeza, produtos de higiene, material de incontinência, entre outros.

3.4.1.1. Contagem Física de Inventário

Inventário é uma lista de bens e materiais que se encontram disponíveis em *stock* no armazém e pertencem à empresa (Scribd).

Esta atividade consistiu em apoiar o responsável pela contagem física dos bens no inventário, para se comparar as saídas com as existências. No armazém alimentar a contagem física é realizada tendo em conta o peso ou litros; já no armazém não alimentar a contagem é feita à unidade.

3.4.1.2. Lançamento das Saídas de *Stocks*

Quando o estágio teve início no Lar de São José, a responsável pelos lançamentos no programa da TSR era a Encarregada Geral, juntamente com outras tarefas atribuídas à mesma.

Deste modo, como a Encarregada suportava muitas tarefas auxiliei nesta tarefa. Estes lançamentos são realizados por área, ou seja, se os gastos foram do Lar é registado como saída no Lar se foi na Área Infantil é registado como saída dessa área. É também efetuada a distinção da zona de gastos, por exemplo cozinha, sala de enfermagem, sala de vigilantes, arrumos, entre outros.

3.4.2. Apoio na Receção

A atividade de apoio à receção incluiu várias tarefas, como atendimento telefónico, atendimento a clientes, encaminhamento de fornecedores, apoio na construção de horários, preenchimento de impressos de trocas de horários e justificação de faltas das colegas.

A instituição utiliza um impresso para justificação de faltas (ANEXO IX) que é necessário anexar à justificação que o colaborador tiver vinda do exterior.

3.4.2.1. Horários de Trabalho

O horário de trabalho é a determinação das horas de início e do termo do período normal de trabalho diário, bem como dos intervalos de descanso (artigo n.º 200, do Código do Trabalho).

Compete ao empregador determinar o horário de trabalho, dentro dos limites da lei (artigo n.º 212, do Código do Trabalho). Sempre que existir uma alteração ao horário é realizado um registo no manual de horários dessa alteração, num modelo próprio designado modelo 40 (artigo n.º 217, do Código do Trabalho).

No Lar de São José, a Diretora Técnica elabora os horários dos colaboradores do Lar, trimestralmente, passando para a receção onde estes são inseridos em tabelas. Após a conclusão deste processo, são enviados à direção para aprovação dos mesmos, e só depois são facultados aos colaboradores.

Na área administrativa e financeira são inseridos estes elementos pela responsável, no programa de controlo de ponto Solid, para que seja registado a entrada e saída dos colaboradores.

Quando existe troca de horário entre colaboradores ou por conveniência de serviço, é preenchido um impresso (ANEXO X) que irá à aprovação da Diretora Técnica. Essa alteração é então comunicada à responsável pelo programa de ponto, para se proceder à alteração no programa, de forma a evitar faltas injustificadas entre outros problemas que a ausência dessa informação pode causar.

CAPÍTULO IV

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo deste estágio curricular, que foi a compreensão do funcionamento dum IPSS e a aprendizagem das atividades desenvolvidas, mais precisamente, no CAST. Entende-se, assim, que as IPSS são organizações demasiado importantes, pois tanto ajudam aqueles que necessitam das suas respostas sociais para enfrentar o quotidiano e a crise económica que se atravessa, como são uma fonte de emprego.

Quanto à indicação terapêutica, o programa TSR seria uma mais-valia, caso fosse a instituição a fornecer a medicação aos clientes, pois iria ajudar a controlar o *stock* da medicação na instituição.

O Lar de São José oferece aos seus clientes um leque de ajudas técnicas para proporcionar o bem-estar e a qualidade de vida dos seus clientes. Pode-se observar uma preocupação constante, em manter a qualidade de vida dos clientes com a realização de estatísticas e estudos para evitar quedas e a criação de UP.

O controlo do armazém é efetuado minuciosamente de modo a evitar não conformidades e a manter a qualidade da instituição e dos serviços. O programa TSR neste ponto é importante no apoio a esse controlo.

A receção tem várias funções: informa os colaboradores dos horários, ajuda-os em trocas de horário e em outras dúvidas (quando estas fazem parte das responsabilidades da receção), recebe os clientes e também dá apoio a várias áreas da instituição.

Ao longo de todo o estágio observou-se a preocupação do CAST em manter os seus serviços com a qualidade máxima, não só direcionada para o seu funcionamento como também para manter a maior satisfação, tanto dos clientes, como dos seus colaboradores. A satisfação dos colaboradores pode ser dividida em dois grupos: o das causas derivadas de fatores associados ao indivíduo (causas pessoais) e das causas derivadas de fatores do

ambiente de trabalho (causas organizacionais) (Spector, 1997). O cliente é o foco de qualquer instituição, pois é para ele que prestam serviços de modo a responder às suas necessidades, logo o objetivo é a satisfação do cliente.

Em suma, o CAST é uma instituição que preza a qualidade, com foco no seu cliente e nos seus colaboradores. Com este estágio adquiri novos conhecimentos que me serão úteis nos meus caminhos futuros e permitiu-me, também, aplicar os conhecimentos adquiridos no percurso académico, para além de me ter proporcionado uma visão completa do funcionamento duma IPSS, de acordo com a sua importância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. (sem data). *Bem-estar e qualidade de vida nos idosos utentes de centro de dia: influência das variáveis sócio-demográficas e psicossociais*. Obtido em 6 de Agosto de 2014, de <http://www.socialgest.pt/dlds/qualidadedevidaemidososdeumcentrodedia.pdf>.
- Araújo, A. O. (Julho de 2013). *DN Opinião*. Obtido em Setembro de 2014, de http://www.dn.pt/inicio/opiniaio/interior.aspx?content_id=3335510&seccao=Convidados
- Avavier, P., & Mendizabal, H. (1997). *Approches théoriques et methodo logiques de la qualitté de vie Ireé à lá santé*.
- Bordalo, F., & Cruz, M. (2010). *Gestão de IPSS*. Braga: Célula 2000.
- Bullinger, D. (1993). Locomotor disability in very elderly people. *Bristish Medical Journal* , 216-220.
- Burkhardt, C. (1989). The impact of arthritis on quality of life. *Nursing Res.* .
- Centro de Assistência Social de Tomar. (Abril de 2011). Obtido em 25 de Fevereiro de 2014, de Centro de Assistência Social de Tomar: <http://castomar.wordpress.com/2012/04/11/139/>
- Chepp, C. (2006). Estudo Transversal da qualidade de vida através da escala WHOQOL-BREF da população octogenária e nonagenária de Siderópolis. *Trabalho de Conclusão de curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense* . Brasil.
- Clipp, E. (2001). Quality of life. In G.L. Maddox (Ed.), *The Enciclopedia of aging*. *New York: Springer Publishing Company* .
- Cobra, M. (2001). *Estratégias de marketing de serviços*. São Paulo: Cobra.
- Código do Trabalho*. (s.d.). Obtido em Maio de 2014, de http://www.cite.gov.pt/pt/legis/CodTrab_L1_005.html
- Coimbra, J. B. (1999). Qualidade de vida do Idoso. 19-35.

Conceito. (s.d.). Obtido em Setembro de 2014, de <http://conceito.de/cliente>

Decreto-Lei nº 64/2007. (14 de Março de 2007). Obtido em 2014, de <http://www.iapmei.pt/iapmei-leg-03.php?lei=5287>

INR. (s.d.). *Instituto Nacional para a Reabilitação*. Obtido em Junho de 2014, de <http://www.inr.pt/category/1/7/produtos-apoio>

Jonas, H. (1997). *Le Principe Responsabilité: Une éthique pour la civilisation*. Paris: Les Éditions du Cerf.

Kane, R. A. (2003). Definition, measurement and correlates of quality of life in nursing homes: toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *The Gerontologist*, 28-36.

Kotler, P. (2000). *Administração de marketing. : a edição do novo milênio*. São Paulo: Prentice Hall.

Lei nº 47/90. (24 de Agosto de 1990). Obtido em Setembro de 2014, de <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>

Léxico. (s.d.). Obtido em Setembro de 2014, de <http://www.lexico.pt>

Lopes, R. (2006). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Porto: Higiomed.

Lusa, A. (2009). Obtido em Setembro de 2014, de Foram criadas 30 novas IPSS em Portugal em 2009.: <http://www.ionline.pt/artigos/39256-foram-criadas-30-novas-ipss-em-portugal-em-2009>

Machado, S. (s.d). Obtido de Socialgest: http://app.cm-loures.pt/redesocial/WORKSHOP_SILVIA_MACHADO.pdf

Mandizabal, P. A. (1997). *Approches théoriques et methodo logiques de la qualité de vie Ireé à lá santé*.

Martim, A., & Sockler, M. (1998). *Quality of life assessmentin heath cono research and practice*.

Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.

Matos, O. (27 de Setembro de 1998). As formas modernas do atraso. . São Paulo.

McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., & Priebe, S. (Psychiatric Bulletin). Patient, client or service user? A survey of patient preferences of dress and address of six mental health professions. pp. 27:305-308.

Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência/ Saúde Colectiva*(51), (pp. 7-18).

Ministério da Saúde. (Outubro de 2007). Obtido em Junho de 2014, de Cuidados Continuados: <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ulceras.pdf>

Paúl, A. F. (2005). Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi.

Priberam. (s.d.). Obtido em Setembro de 2014, de <http://www.priberam.pt/dlpo/utente>

Robichaud, L., Durand, P., Bédard, J., & Ouellet, R. (2006). Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families. *The Canadian Journal of Occupational Therapy* , 245-251.

Romão, F. M. (2002). *Metodologia de Desenvolvimento de um sistema de Informação para uma Instituição Particular de Solidariedade Social*. Universidade de Aveiro.

Saito, D., Zoboli, E., Schweitzer, M., & Maeda, S. (2012). USUÁRIO, CLIENTE OU PACIENTE? QUAL O TERMO MAIS UTILIZADO PELOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM?

Scribd. (s.d.). Obtido em Fevereiro de 2014, de <https://pt.scribd.com/doc/53534836/Definicao-de-Inventario>

Silva, M. (2004). Sobreenvelhecimento e qualidade de vida em Portugal. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra* . Coimbra.

Soares, P. M. (2 de Fevereiro de 2012). *Governo de Portugal*. Obtido em 5 de Março de 2014, de Governo de Portugal: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-solidariedade-e-seguranca-social/mantenha-se-atualizado/20120202-msss-inauguracao-novos-equipamentos-beja.aspx>

Social, S. (s.d.). Obtido em 15 de Fevereiro de 2014, de Segurança Social:
<http://www4.seg-social.pt/ipss>

Sousa, S. *As Instituições de Solidariedade Social num contexto de crise económica*. IPI Consulting Network Portugal.

Spector, P. (1997). *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and . Sage Publications .*

TSR. (s.d.). *TSR Sistema de Informação*. Obtido em Dezembro de 2013, de TSR - Software IPSS: <http://www.tsr.pt/home>

Vecchia, R., Ruiz, T., & Bocchi, S. &. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* , 246-252.

WHOQOL. (1995). The World Health Organization of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* , 1403-1409.

ANEXO I - INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

Indicação Terapêutica

- **Indicação terapêutica:** A indicação terapêutica está definida de forma clara, bem como a sua administração.
- **Pedido de Medicação:** A farmácia, ao colocar a medicação na caixa semanal verifica as faltas que em impresso próprio faz o pedido, entrega à instituição para o Médico passar as respetivas receitas.
O pedido de Medicação, que não pode ser colocado nas caixas semanais, (ex: gotas da vista, medicação em saquetas, medicação em xarope, insulina, etc.) é feito pelas colaboradoras da instituição à encarregada de sector D. Helena, que por sua vez faz o pedido à farmácia ou familiares dos clientes. As receitas especiais (especialista) a D. Helena pedem à D. Ana par ligar aos familiares.
- **Entrega da medicação:**
 - **Farmácia:** A medicação é entregue semanalmente, todas as quartas-feiras, pela farmácia. Exceto receita de consultas que são pedidas pela D. Helena no próprio dia, chegada a medicação é então colocada na caixa semanal.
 - **Familiares dos utentes/clientes:** Alguns familiares é que fazem a entrega da medicação em falta.
- **Colocação dos medicamentos na caixa de medicação semanal:** A colocação dos medicamentos na caixa é realizada pela farmácia.
- **Controlo dos medicamentos na caixa de medicação semanal:** O controlo é feito pela encarregada de sector D. Helena e pelo Enf. Fernando., que verifica se não existem enganos na medicação semanal de cada cliente.
- **A toma medicamentosa:** A toma deve ser registada. Esta é administrada aos clientes pelo Enf. Fernando com o auxílio de uma ajudante de ação direta, escalada pela Diretora Técnica.

ANEXO II - MEDICAÇÃO E INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

ANEXO III - MEDICAÇÃO E INDICAÇÃO TERAPÊUTICA PROGRAMA TSR

TSR - Qualidade

Medicação e Indicação Terapêutica

IMP05.IT03.PC0 - LAR DE IDOSOS
4

Largo do Pelourinho
2300-549 TOMAR
Telef. 249 312 797 Fax 249 323 304
Contribuinte 500 851 557

Cliente:

Data: 27-10-2014 às 02:11:2014

Em: Segunda-Feira (27-10-2014)

Medicamento	H orlts/ Dose		Observações	
	ALMOÇO	JANTAR	ALMOÇO	JANTAR
LOSARTAN 50MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
FERRUGRADO POLVO	XXX XXXXXX XXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
ALDOACTAZINE	XXX XXXXXX XXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
ZYLORE 300MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
BETA-HISTINA 24MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
TRENTAL 400MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
LASIX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
TICLOPIDINA 200MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
PRESERVISION	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
VISACOR 5MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX

Em: Terça-Feira (28-10-2014)

Medicamento	H orlts/ Dose		Observações	
	ALMOÇO	JANTAR	ALMOÇO	JANTAR
LOSARTAN 50MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
FERRUGRADO POLVO	XXX XXXXXX XXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
ALDOACTAZINE	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
ZYLORE 300MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
BETA-HISTINA 24MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
TRENTAL 400MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
LASIX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
TICLOPIDINA 200MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
PRESERVISION	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX
VISACOR 5MG	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX	XXX XXX XXXXXX

TSR - Qualidade

Medicação e Indicação Terapêutica

IMP05.IT03.P00 - LAR DE IDOSOS

Largo do Pelourinho
2300-549 TOMAR
Telef. 249 312 797 Fax 249 323 304
Contribuinte 500 851 557

Clientes:

De: 27-10-2014 @: 02-11-2014

Em: Quinta-Feira (29-10-2014)

Medicamento	Horário/Doz			Observações
	PEQUENO ALMOÇO	ALMOÇO	JANTAR	
LOSARTAN 50MG	X	X	X	
FERRUGENOL ROLICO	X	X	X	
ALDOCTAZINE	X	X	X	
ZYLOREIC 300MG	X	X	X	
BETA-HISTINA 24MG	X	X	X	
TRENTAL 450MG	X	X	X	
LASIX	X	X	X	
TICLOPIDINA 250 MG	X	X	X	
PARSERVISIO MG	X	X	X	
VISACOR 5MG	X	X	X	

Em: Quinta-Feira (30-10-2014)

Medicamento	Horário/Doz			Observações
	PEQUENO ALMOÇO	ALMOÇO	JANTAR	
LOSARTAN 50MG	X	X	X	
FERRUGENOL ROLICO	X	X	X	
ALDOCTAZINE	X	X	X	
ZYLOREIC 300MG	X	X	X	
BETA-HISTINA 24MG	X	X	X	
TRENTAL 450MG	X	X	X	
LASIX	X	X	X	
TICLOPIDINA 250 MG	X	X	X	
PARSERVISIO MG	X	X	X	
VISACOR 5MG	X	X	X	

TSR - Sistemas de Informação, Lda

TSR - Qualidade

Medicação e Indicação Terapêutica

IMPOSITO3.PCI - LAR DE IDOSOS
4

Largo do Pelourinho
2300-549 TOMAR
Telef. 249 312 797 Fax 249 323 304
Contribuinte 500 851 557

Cliente:

De: 27-10-2014 a: 02-11-2014

Em: Santa-feira (21-10-2014)

Medicamento	Horário, Dose	Observações	
		ALMOÇO	JANTAR
LOSARTAN 50MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
FERROGRAD 100MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
ALVALACTINE	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
ZYLOSEC 200MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
BE'A-HISTIN 24MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
TICLIDINA 400MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
LASIX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
TICLIDINA 400MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
RESERATIN 300	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
VISACOR 5MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX

Em: Sábado (01-11-2014)

Medicamento	Horário, Dose	Observações	
		ALMOÇO	JANTAR
LOSARTAN 50MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
FERROGRAD 100MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
ALVALACTINE	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
ZYLOSEC 200MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
BE'A-HISTIN 24MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
TICLIDINA 400MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
LASIX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
TICLIDINA 400MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
RESERATIN 300	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
VISACOR 5MG	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX

TSR - Qualidade

Medicação e Indicação Terapêutica

IMP05.IT03.P00 - LAR DE IDOSOS
4

Largo do Pelourinho
2300-549 TOMAR
Telef. 249 312 797 Fax 249 323 304
Contribuinte 500 851 557

Cliedades

Data: 27-10-2014 a: 02-11-2014

Em: Domingo (02-11-2014)

Medicamento	Horário/Dose			Observação
	PEQUENO ALMOÇO	ALMOÇO	JANTAR	
LOSARTAN 50MG	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	
FERRAGRAM FÓLICO	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	
ALDACTAZINE	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	
ZFLORIC 300MG	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	
BETA-HISTINA 24MG	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	
TRENTAL 400MG	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	
LASIX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	
TRICLOPIDINA 250MG	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	
PRESEVIC 30	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	
VISACOR 5MG	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	

Cliente: _____, Instituição: _____

ANEXO IV - LISTAGEM DE AJUDAS TÉCNICAS

Lista de Ajudas Técnicas existentes no Lar de São José**Ajudas Técnicas Pequeno Porte**

NOME	Nº IDENTIFICAÇÃO	Nº IMOBILIZADO	LOCALIZAÇÃO FÍSICA
ANDARILHO	5	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
ANDARILHO	2	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
ANDARILHO	7	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
ANDARILHO	6	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
ANDARILHO	3	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
ANDARILHO	8	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA WC E BANHO	?	?	BANHO GERIATRICO
CADEIRA WC E BANHO	?	?	BANHO GERIATRICO
CADEIRA WC E BANHO	?	?	BANHO GERIATRICO
CADEIRA WC E BANHO	4	?	ARRUMOS
CADEIRA WC E BANHO	1	?	ARRUMOS/WC DA SALA DE ESTAR
CADEIRA WC E BANHO	2	?	ARRUMOS/WC DA SALA DE ESTAR
BENGALA	4	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CANADIANA	1	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CANADIANA	2	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS

Ajudas Técnicas de Grande Porte

NOME	Nº IDENTIFICAÇÃO	Nº IMOBILIZADO	LOCALIZAÇÃO FÍSICA
CAMA ARTICULADA	34	?	QUARTO 46
CAMA ARTICULADA	33	?	QUARTO 46
CAMA ARTICULADA	25	0466	QUARTO 40
CAMA ARTICULADA	28	0487	QUARTO 42
CAMA ARTICULADA	27	0488	QUARTO 42
CAMA ARTICULADA	26	0475	QUARTO 41
CAMA ARTICULADA	24	0800	QUARTO 35
CAMA ARTICULADA	18	0734	QUARTO 34
CAMA ARTICULADA	23	0787	QUARTO 34
CAMA ARTICULADA	22	0772	QUARTO 33
CAMA ARTICULADA	21	0801	QUARTO 32
CAMA ARTICULADA	20	0749	QUARTO 32
CAMA ARTICULADA	16	0726	QUARTO 30
CAMA ARTICULADA	17	0786	QUARTO 30
CAMA ARTICULADA	19	0733	QUARTO 31
CAMA ARTICULADA E ELEVATÓRIA	1	0286	QUARTO 31
CAMA ARTICULADA	29	0505	QUARTO 43
CAMA ARTICULADA	32	?	QUARTO 45
CAMA ARTICULADA	31	0535	QUARTO 44
CAMA ARTICULADA	S/ NUMERO	0444	QUARTO 44
CAMA ARTICULADA	30	0504	QUARTO 16
CAMA ARTICULADA	8	0285	QUARTO 17
CAMA ARTICULADA	6	0445	QUARTO 14
CAMA ARTICULADA	5	0360	QUARTO 12
CAMA ARTICULADA	4	0361	QUARTO 12
CAMA ARTICULADA	2	0403	QUARTO 10
CAMA ARTICULADA	1	0371	QUARTO 10
CAMA ARTICULADA	7	0419	QUARTO 15
CAMA ARTICULADA	3	0562	QUARTO 11
CAMA ARTICULADA	9	?	QUARTO 20
CAMA ARTICULADA	10	0570	QUARTO 21
CAMA ARTICULADA	S/ NUMERO	0581	QUARTO 22
CAMA ARTICULADA	11	0597	QUARTO 23
CAMA ARTICULADA	12	0610	QUARTO 24
CAMA ARTICULADA	14	0611	QUARTO 24
CAMA ARTICULADA	18	?	QUARTO 24
CAMA ARTICULADA	15	0623	QUARTO 25

NOME	Nº IDENTIFICAÇÃO	Nº IMOBILIZADO	LOCALIZAÇÃO FÍSICA
CADEIRA DE RODAS	13	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS	5	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS	2	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS	3	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS	10	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS	4	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS	9	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS	8	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS		?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS	7	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS	6	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS	1	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRA DE RODAS	11	?	ARRUMOS DE AJUDAS TÉCNICAS
CADEIRÃO	5	?	BANHO GERIÁTRICO
CADEIRÃO	3	?	USO CLIENTE
CADEIRÃO	2	?	USO CLIENTE
CADEIRÃO	1	?	USO CLIENTE
CADEIRÃO	4	?	USO CLIENTE
CADEIRÃO	6	?	USO CLIENTE
CADEIRÃO	8	?	USO CLIENTE
CADEIRÃO	9	?	USO CLIENTE
CADEIRÃO	7	?	USO CLIENTE
ELEVADOR DE TRANSFERÊNCIA	S/ NÚMERO	2793	BANHO GERIÁTRICO

ANEXO V - IMPRESSO CONTROLO MANUTENÇÃO AJUDAS TÉCNICAS



MANUTENÇÃO DE AJUDAS TÉCNICAS

ÁREA DE IDOSOS

ÁREA INFANTIL

ÁREA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

NOME: _____
LOCALIZAÇÃO: _____

Nº IDENTIFICAÇÃO: _____
Nº IMORIIIZADO: _____

	TIPO DE INTERVENÇÃO	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	PERIODICIDADE	DATA	ASSINATURA	OBSERVAÇÕES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						

ANEXO VI - CUIDADOS DE HIGIENE LAR, CD E SAD



Cuidados Pessoais e de Higiene E.R.I e C.D.

Dia	Higiene Pessoal		Cuidados de Imagem	Estar/Desplacado	Cuidados Urbanos	Higiene Oral / Qualidade de Proteção	Ajudas		Cronograma
	Tarde	Noite					Vestir	Desaje	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									



Registo de Prestação de Serviços do Serviço de Apoio Domiciliário

Nome do Utente: _____ Mês/Ano: _____ Serviços Contratualizados: 1 2 3 4 5 6 7

Dia	1. Alimentação		2. Cuidados de Higiene e Conforto		3. Cuidados de Imagem (por dias/semanas/meses)	4. Cuidados de Imagem (por horas/dias/semanas/meses)	5. Limpeza Domiciliária
	Jornal	Tardi	Manhã	Tardi			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

ANEXO VII - PROTOCOLO ESCALA MORSE



Avaliação Risco de Queda

PROTOCOLO DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE MORSE

Objectivo: Definir critérios para os itens de avaliação do risco de queda e intervenções recomendadas por cada nível de risco.

1 – Interpretação Itens de Avaliação

Os itens na Escala são pontuados da seguinte maneira:

✓ **Historial de quedas:** Este item é pontuado com 25 pontos se o utente tiver caído no Lar nos últimos 3 meses, ou se, anteriormente à admissão na ERI, ele tiver um historial imediato de quedas. Se não tiver caído, o item é pontuado com 0 pontos.

Nota: se um utente tiver caído pela primeira vez, a sua pontuação aumenta imediatamente para 25.

✓ **Diagnóstico(s) secundário(s)/Antecedentes pessoais:** Este item é pontuado com 15 pontos se houver registos de mais do que um diagnóstico clínico feito ao utente; caso contrário, pontua-se com 0.

✓ **Ajuda para caminhar:** Este item é pontuado com 0 se o utente andar sem qualquer ajuda (mesmo que seja assistido por terceiros), andar de cadeira de rodas, ou se permanecer acamado. Se o utente usar auxiliares de marcha, este item pontua-se com 15 pontos; se o utente se deslocar recorrendo a apoio em mobiliário, pontua-se este item com 30 pontos.

✓ **Terapêutica (Efeitos Secundários):** Este item é pontuado com 20 pontos, se o utente tiver terapêutica que directa ou indirectamente possa provocar problemas de marcha e/ou de equilíbrio; caso contrário, pontua-se com 0 pontos.

✓ **Postura no deambular e na transferência:** uma marcha normal caracteriza-se por um utente andar com a cabeça levantada e dar passos amplos, sem incerteza. Este tipo de deambulação é pontuado com 0 pontos.

Com uma marcha debilitada, pontua-se com 10 pontos: o utente anda curvado, mas consegue levantar a cabeça enquanto deambula, sem perder o equilíbrio. Os passos são curtos e o utente pode arrastar os pés.

Uma marcha dependente de ajuda, pontua-se com 20 pontos: o utente tem dificuldade em levantar-se, tenta fazer várias tentativas de levantar, sem sucesso). O utente põe a cabeça para baixo e olha para o chão. Como o utente não tem/ou tem muito pouco equilíbrio, apoia-se no mobiliário, numa pessoa, ou necessita de ajudas técnicas para andar. É dependente na marcha.

✓ **Estado mental:** O estado mental é avaliado com base na auto-consciência do próprio utente relativamente à sua capacidade de deambular. Se a resposta dele, em relação ao juízo que faz da sua capacidade, for consistente, considera-se o utente "consciente" e pontua-se com 0 pontos. Se a resposta do utente não for realista, então considera-se que o utente não reconhece as suas limitações. Neste caso, é pontuado com 15 pontos.

✓ **Pontuação e Interpretação do Nível de Risco de Queda:** A pontuação total é o resultado da soma das pontuações em cada item da escala. Posteriormente, de acordo com a pontuação obtida é identificado o nível de risco e aplicadas as respectivas intervenções recomendadas.

Bibliografia: Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging* 1989; 8: 366-77. V2 - Adaptação cultural e linguística, 2010 Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

2 – Intervenções Recomendadas por Nível de Risco de Queda

NÍVEL RISCO DE QUEDA	INTERVENÇÕES RECOMENDADAS
<p>BAIXO RISCO DE QUEDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar alterações do equilíbrio corporal; - Avaliar a coordenação e o equilíbrio do utente; - Instruir o utente sobre medidas de segurança; - Gerir o ambiente (chão seco e limpo, luminosidade adequada, ausência de obstáculos, entre outros); - Manter os cadeirões/cadeiras de rodas/camas trancadas; - Manter objectos pessoais acessíveis; - Manter auxiliares de marcha acessíveis; - Verificar a adequação do calçado; - Monitorizar risco de queda através da escala de Morse (mensalmente ou bimensalmente.)
<p>RISCO MODERADO DE QUEDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir na higiene; - Promover idas ao WC; - Assistir no uso e manutenção dos auxiliares de marcha; - Aplicar material de protecção para prevenção de lesões (almofadas; grades na cama; - Manter vigilância durante a marcha e assistir se necessário. <p><u>Nota:</u> Inclui igualmente as recomendações para o Baixo Risco de Queda.</p>
<p>ELEVADO RISCO DE QUEDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar todos os casos de elevado risco e colocar listagem na sala dos vigilantes, gabinete de enfermagem e salas de convívio/refeições; - Assistir, com apoio total, na ida ao WC; - Instalar o utente no WC (cadeira higiénica/cadeira de rodas); - Manter presença contínua de pelo menos um profissional durante as eliminações; - Assistir, com apoio total, na higiene; - Realizar transferências com o auxílio de pelo menos 2 profissionais; - Manter utente em local de maior vigilância; - Executar contenção física (aplicando cintos ou outros equipamentos de contenção); - Monitorizar risco de queda através da escala de Morse (pelo menos 1 a 2 vezes por mês). <p><u>Nota:</u> Inclui igualmente as recomendações para o Baixo Risco de Queda.</p>

ANEXO VIII - PROTOCOLO ESCALA BRADEN

PROTOCOLO DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

Objectivo: Definir critérios para os itens de avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão e intervenções recomendadas por cada nível de risco.

1 - Contextualização/Definição de Conceitos:

As úlceras de pressão são “ (...) um problema de saúde pública e um indicador de qualidade dos cuidados prestados”. (DGS, 2011)

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIRE) define úlcera de pressão como sendo uma inflamação ou ferida sobre proeminências ósseas, devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície adjacente, em que os estádios são classificados de acordo com a sua gravidade em 4 graus.

Nas úlceras de Grau I existe um eritema não branqueável. A pele está intacta mas apresenta rubor não branqueável numa área localizada. No Grau II existe uma perda parcial da espessura da pele. Aspecto de abrasão e/ou flictena. Nas úlceras de Grau III existe destruição total da epiderme e derme com envolvimento das camadas subcutâneas profundas. No Grau IV há uma extensa destruição tecidual envolvendo músculo, tendões e osso com tecido necrosado. (EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISOR PANEL – EPUAP, 2009)

As úlceras de pressão são uma fonte de sofrimento e levam à diminuição da qualidade de vida dos utentes, podendo, em casos extremos, levar mesmo à morte.

Segundo dados da Direcção-Geral de Saúde (DGS), calcula-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco.

A Humidade diz respeito ao nível de exposição da pele à humidade. Se a pele do utente se mantiver sempre húmida devido a sudorese, urina ou outros é considerado como tendo "Pele Constantemente Húmida" e recebe 1 ponto. No caso de a pele do utente estar normalmente, mas nem sempre, húmida classifica-se como tendo "Pele Muito Húmida" e pontua-se com 2 pontos. Se a pele estiver por vezes húmida considera-se que o utente tem "Pele Ocasionalmente Húmida" e recebe 3 pontos. Se por outro lado, a pele estiver geralmente seca classifica-se o utente como tendo a "Pele Raramente Húmida" e pontua-se com 4 pontos.

A subescala Actividade refere-se ao nível de actividade física do utente que pode ser classificada como sendo: "Acamado" se o utente estiver confinado à cama e recebe 1 ponto; "Sentado" no caso de o utente ter uma capacidade de marcha inexistente ou gravemente afectada e é pontuado com 2 pontos; "Anda Ocasionalmente" se o utente caminhar por vezes curtas distâncias durante o dia e recebe 3 pontos; "Anda Frequentemente" se o utente caminhar distâncias consideráveis várias vezes ao dia e é pontuado com 4 pontos.

Referentemente à subescala Mobilidade, esta diz respeito à capacidade de o utente alterar e controlar a posição do seu corpo. Esta pode ser caracterizada como sendo: "Completamente Imobilizado" se o utente não realizar qualquer movimento com o corpo e é pontuado com 1 ponto; "Muito Limitada" se o utente, ocasionalmente, muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades e recebe 2 pontos; "Ligeiramente Limitado" se o utente fizer pequenas alterações da posição do seu corpo e das extremidades, sem auxílio, e é pontuado, neste caso, com 3 pontos; "Nenhuma Limitação" no caso de o utente fazer grandes alterações na posição do corpo, sem ajuda, e recebe 4 pontos.

A Nutrição refere-se à dieta do utente e ao número de refeições que realiza habitualmente. Esta pode ser classificada como: "Muito Pobre" no caso de o utente nunca ingerir uma refeição completa, comer raramente menos de 1/3 da dieta ou ingerir pucos líquidos ou então se o utente estiver em jejum e/ou a dieta líquida ou a soroterapia durante mais de 5 dias e é pontuado com 1 ponto; "Provavelmente Inadequada" se o utente ingerir cerca de 1/2 da dieta ou se a ingestão de proteínas consistir unicamente em 3 refeições diárias de carne ou lacticínios e pontua-se com 2

pontos; "Adequada" se o utente for alimentado por sonda ou ingerir mais de 1/3 da dieta diária e fizer 4 refeições diárias de proteínas e é pontuado com 3 pontos; "Excelente" no caso de o utente ingerir na íntegra a maioria das refeições, nunca recusar uma refeição e fazer 4 ou + refeições com proteínas sem requerer suplementos alimentares e pontua-se com 4 pontos.

A Fricção e Forças de Deslizamento dizem respeito às forças a que a pele dos utentes está sujeita. Esta subescala pode ser caracterizada como sendo: "Problema" se o utente requerer ajuda moderada a máxima para se movimentar e se for impossível levantar o utente sem deslizar contra os lençóis e assim é pontuado com 1 ponto; "Problema Potencial" se utente requerer ajuda mínima ou se se movimentar com alguma dificuldade, sendo provável que a pele deslize contra os lençóis, cadeiras, ou outros e pontua-se com 2 pontos; "Nenhum Problema" no caso de o utente se mobilizar no leito e na cadeira sem ajuda e tiver força muscular suficiente para se levantar durante uma mudança de posição, pontua-se com 3 pontos.

Bibliografia:

- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: NPAP, 2009
- Direcção Geral da Saúde (DGS). Orientação Técnica Nº 017/2011: Escala de Braden Versão Adulta e Pediátrica. Lisboa: DGS 2011
- Gomes, Bastos, Matocinhos, Temponi e Velasquez-Meléndez. Avaliação de Risco para Úlcers por Pressão em Pacientes Críticos. Revista Esc. Enferm USP, nº45, 2º Volume. Belo Horizonte: REEUSP 2010
- Conselho Internacional de Enfermagem (ICN). Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem. Londres: ICN 2009
- Baranoski, Ayello. O Essencial sobre o Tratamento de Feridas: Princípios Práticos. Loures: Lusodidacta 2010

3 - Intervenções Recomendadas por Nível de Risco

RISCO	INTERVENÇÕES RECOMENDADAS
<p>BAIXO RISCO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar características da pele; - Monitorizar risco de úlcera de pressão com aplicação da Escala de Braden, na admissão e sempre que se justifique; - Massajar com creme hidratante as zonas de pressão (1x por dia); - Promover reforço hídrico; - Vigiar e Estimular Actividade Física/Deambulação; - Promover posicionamentos no leito com uma frequência mínima de 4/4h; - Vigiar zonas sujeitas a imobilização; - Manter, se não contra-indicado, a cabeceira da cama sempre inferior a 30 graus; - Evitar permanência prolongada dos utentes na posição de sentado; - Utilizar água t�pida nos cuidados de higiene; - Manter a pele limpa e seca e a roupa esticada; - Aplicar dispositivos auxiliares de alívio de pressão (almofadas/almofadas de gel); - Proteger proeminências ósseas evitando contacto directo das mesmas com superfícies duras; - Assegurar cumprimento de uma dieta regular com aporte proteico; - Evitar forças de fric�o, torço, cisalhamento e deslizamento durante a presta�o de cuidados. <p><u>Nota:</u> O facto de estar classificado como de baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão não significa que o utente não esteja em risco!</p>
<p>ALTO RISCO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assinalar casos de alto risco de úlcera de pressão, afixando lista de utentes c/ alto risco na sala de vigilantes e nas camas de cada utente; - Proporcionar Plano de Cuidados Específicos para todos os utentes c/ alto risco para Posicionar; - Vigiar características da pele (a cada posicionamento); - Proporcionar posicionamentos no leito de 3/3 horas; - Massajar com creme hidratante (a cada posicionamento); - Aplicar dispositivo auxiliar de al�vio da pressão; - Promover exerc�cios de Mobiliza�o Passiva; - Adequa�o da dieta no sentido de aumentar vitaminas/proteínas das refei�es; <p>Mant�m-se, igualmente, as interven�es recomendadas para o baixo risco de úlcera de pressão.</p>

ANEXO IX- IMPRESSO JUSTIFICAÇÃO DE FALTAS

ANEXO X- IMPRESSO DE TROCA DE HORÁRIO

