

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

VIVIANE SCHREIBER DE SOUZA

**GERENCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM
RESIDENCIAL GERIÁTRICO**

Porto Alegre

2014

VIVIANE SCHREIBER DE SOUZA

**GERENCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM
RESIDENCIAL GERIÁTRICO**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Unidade Acadêmica de Pós-Graduação. Mestrado Profissional em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Karin Viégas

Porto Alegre

2014

Ficha catalográfica

FOLHA DE APROVAÇÃO

VIVIANE SCHREIBER DE SOUZA

GERENCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM RESIDENCIAL GERIÁTRICA

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Unidade Acadêmica de Pós Graduação. Mestrado Profissional em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Clarice Maria Dall'Agnol – Universidade Federal do Rio Grande do Sul - RS.

Profª Drª Lisia Maria Fensterseifer – Universidade do Vale do rio dos Sinos - RS

Profª Drª Karin Viegas – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – RS.

Agradecimentos

Chegar nesta etapa da caminhada não foi fácil. Exigiu de mim esforço, dedicação, disciplina, equilíbrio e paciência. Tive que fazer escolhas, abdicar de algumas coisas e cultivar a esperança. Mas valeu a pena. Entretanto, esse mérito não é só meu.

Ele foi alcançado com a ajuda de muitas pessoas que, direta ou indiretamente, colaboraram para que ele se tornasse realidade. Por isso, agradeço a todos gentilmente.

Registro os meus agradecimentos...

A Deus, pela vida.

À Enfermagem, campo de conhecimento receptivo, acolhedor e visionário.

Inicialmente quero agradecer a Deus por mais esta oportunidade. Por me conduzir e não me deixar esmorecer na concretização dessa meta tão almejada.

Agradeço ao meu esposo Murilo e a minha filha Luiza pelo amor incondicional, carinho, dedicação e compreensão em especial nos momentos de ausência.

A minha mãe Ivone pelo carinho, dedicação e disponibilidade tão especial nesse momento.

A minha orientadora Prof^a. Dr^a. Karin Viégas pela confiança depositada em mim, pela possibilidade de aprendizado pessoal e acadêmico e pela dedicação ao que faz.

À Unisinos pelo crescimento e ambiente proporcionado durante as aulas, seminários e eventos.

À coordenação do Mestrado Profissional em Enfermagem e demais professores pelo constante incentivo e profissionalismo.

Aos amigos conquistados nessa trajetória pelo incentivo e amizade.

RESUMO

Os idosos compõem um segmento da população mundial em crescimento constante. A mudança demográfica da população brasileira nos leva a pensar sobre os serviços existentes que não são suficientes para dar suporte para esta nova demanda. O ramo de hotelaria voltado ao cuidado de idosos, denominado de residenciais geriátricos, vem se mostrando promissor e crescente. Entre os fatores elenca-se: o número crescente de idosos, a redução do tamanho das famílias e a alteração no modo de vida do brasileiro. Essa constatação nos remete a pensar no aumento significativo da demanda por esse perfil de serviços nos próximos anos. Dessa maneira, este estudo visa a implantar a gestão administrativa e de enfermagem em um residencial geriátrico da grande Porto Alegre através de um estudo de intervenção. As atividades de intervenção realizadas resultaram na construção e na definição da missão e da visão do negócio e na identificação do perfil do cliente a ser atendido pelo residencial. O diagnóstico situacional baseado no modelo IDEALS de Facione possibilitou o mapeamento de todos os recursos físicos e humanos do residencial; este estudo possibilitou a construção do instrumento de avaliação geriátrica, buscando as melhores práticas de avaliação clínica. A elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrão administrativos e de enfermagem conforme Colenghi foram criados de acordo com as necessidades mapeadas inicialmente no residencial geriátrico. A realização do mapeamento de todos os recursos físicos e humanos, através do diagnóstico situacional, possibilitou o conhecimento da realidade institucional e foi de extrema importância para a implantação de estratégias e programas capazes de auxiliar na organização e elaboração de propostas de melhorias nas condições de trabalho e na construção e consolidação de um instrumento de gestão. Com o intuito de propor soluções e melhorias para os problemas elencados, o presente trabalho possibilitou um direcionamento gerencial não apenas administrativo, mas de enfermagem para o residencial geriátrico, tornando-o diferenciado e competitivo enquanto empresa prestadora de serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem; Gerenciamento Clínico; Gestão Administrativa; Avaliação Geriátrica.

ABSTRACT

The elderly make up a segment of the world's growing population. The demographic shift of the population leads us to think about the existing services are not sufficient to provide support for this new demand. The hotel industry returned to the care of the elderly, called residential geriatric, has proved promising and growing. The associated factors: the growing number of elderly, reducing the size of families and the change in the lifestyle of the Brazilian. This observation leads us to think of the significant increase in demand for this listing services in the coming years. Thus, this study aims to deploy the administrative and nursing management in a geriatric residential Greater Porto Alegre through an intervention study. Intervention activities conducted resulted in the construction and definition of the mission and vision of the business and the identification of the client profile to be serviced by residential. The situation analysis based on the IDEALS of Facione model enabled the mapping of all physical and human resources of residential, this study allowed for the construction of the instrument of geriatric assessment seeking best practices for clinical assessment. The development of standard operating procedures and administrative nursing as Colenghi were created as needed initially mapped in geriatric residential. The completion of the mapping of all physical and human resources through situation analysis, made possible knowledge of the institutional and it was extremely important for the implementation of strategies and programs that assist in the organization and preparation of proposals for improvements in working conditions and the construction and consolidation of a management tool. In order to propose solutions and improvements for the problems listed, the present study allowed a managerial direction not only administrative, but for geriatric nursing home making it as competitive and differentiated services company.

KEYWORDS: Nursing Care, Clinical Management, Administrative Management, Geriatric Assessment.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Protocolos Operacionais Padrão criados para as atividades administrativas e de enfermagem, 2013.....	28
Quadro 2 – Identificação de problemas, conforme o modelo IDEALS, para análise e diagnóstico situacional de um residencial geriátrica no município de Canoas, RS, 2013	33
Quadro 3 – Caracterização do ambiente físico de um residencial geriátrico no município de Canoas, RS, 2013.....	39
Quadro 4 – Quadro de funcionários de um residencial geriátrico no município de Canoas, RS, 2013.....	41
Quadro 5 – Mapeamento das funções e competências dos funcionários de um residencial geriátrico no município de Canoas, RS, 2013.....	41
Quadro 6 – Classificação do estado nutricional segundo o IMC adotado para o idoso.....	44

SUMÁRIO

RESUMO	6
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 GERAL	13
2.2 ESPECÍFICOS	13
2.3 METAS ESPERADAS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO	14
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	16
3.3 INSTITUIÇÕES PARA IDOSOS: DO SURGIMENTO AOS DIAS ATUAIS E O DESAFIO DA CONTEMPORANEIDADE	19
3.4 O CUIDADO DE SAÚDE AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	22
3.4.1 Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso	23
4 METODOLOGIA	29
4.1 DELINEAMENTO	29
4.2 UNIVERSO DO ESTUDO	29
4.3 ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO E INSTRUMENTOS	29
4.4 PROCEDIMENTOS PARA APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	32
4.4.1 Instrumento de investigação geriátrica	32
4.4.2 POPs	32
5 ASPECTOS ÉTICOS	33
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	34
7 CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA	85
APÊNDICE B – CHECK-LIST DE PERTENCES	91
APÊNDICE C – ESTRUTURA DO ARQUIVO-PASTA	92
APÊNDICE D – CHECK-LIST DE SAÍDA DE PERTENCES	93
ANEXO A – ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA .	94
ANEXO B – ESCALA DE BARTHEL	96

ANEXO C – ESCALA PARA DETERMINAÇÃO DA COMPETÊNCIA DO DIABÉTICO PARA O AUTOCUIDADO – ECDAC. SUBESCALA III – CAPACIDADE MOTIVACIONAL, EMOCIONAL PARA O AUTOCUIDADO	97
ANEXO D – ESCALA DE BRADEN	98
ANEXO E – ESCALA DE MORSE – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA.....	99

1 INTRODUÇÃO

Conforme o Ministério da Saúde, a longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização da sociedade e da área da saúde, adequando-se para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa, no Brasil e no resto do mundo, é de que existirão mais idosos do que crianças abaixo de quinze anos – fenômeno nunca antes observado. (BRASIL, 2007).

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice. Aceitar esse processo com êxito, aproveitando a competência, experiência e os recursos humanos dos grupos em idade avançada, pode ser vantajoso para o crescimento social. (VIVAN; ARGIMON, 2009).

A mudança demográfica da população brasileira tem feito evidenciar o aumento do número de idosos, o que fomenta por parte do Ministério da Saúde a estruturação de políticas de saúde que favoreçam a manutenção dos idosos em sua funcionalidade, em pleno gozo de sua cidadania. Entretanto, apenas a existência das políticas não é o suficiente para que o idoso vivencie esse período de sua vida de uma forma plena e saudável, mas torna-se necessário à existência de serviços de suporte que possam atender, intervir e orientar o idoso e seus familiares de maneiras pelas quais ele pode manter a saúde e a funcionalidade. (BRASIL, 2003).

Este panorama nos leva a pensar nos serviços existentes que não são suficientes para dar suporte a essa nova demanda populacional. Existem algumas instituições geriátricas voltadas para esse público, mas, ainda assim, na maioria das vezes, com mão de obra inadequada e gerenciamento realizado por indivíduos sem

formação acadêmica específica, sem falar da falta de cuidados primordiais relacionados à superlotação e acessibilidade.

O interesse por essa temática se deve à constatação de que inúmeros serviços que prestam assistência a idosos têm sua constituição e gerenciamento realizado por indivíduos, na maioria leigos, que desenvolvem atividades voltadas para o cuidado sem a supervisão de um profissional da área gerontológica. Nesse contexto, esses profissionais são meros colaboradores quando deveriam ser os detentores da coordenação e da implementação desses serviços. Enquanto profissionais, devemos voltar nosso olhar para novas alternativas que estão surgindo no mercado e nos tornarmos visionários, vislumbrando novas possibilidades dentro do mercado.

A importância de realizar esta pesquisa está na contribuição que ela trará para a implantação da gestão do cuidado ao idoso institucionalizado e dos novos conhecimentos que poderão emergir e servir de subsídios para intervenções em outros locais voltados para essa parcela da população.

Introduzir novas práticas, instrumentos e novas maneiras de realizar a atenção à saúde, de forma mais integrada, eficiente e equitativa, resulta em melhorias concretas e mensuráveis no processo de gestão. Este é o significado da inovação na gestão em saúde. Esse melhoramento pode envolver diferentes áreas da gestão, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários. Para o gestor, a inovação é uma função essencial. Não há manuais que expliquem como inovar, tornando-se necessário conhecer e compartilhar experiências. Desse modo, o gestor desenvolverá competências e administrará o processo de mudança da melhor forma possível, contendo os custos, minimizando o tempo e os riscos e maximizando o impacto para melhorar a atenção à saúde (MORAES, 2012).

A constatação de que existe um mercado crescente voltado para o cuidado de idosos veio a despertar o interesse em desenvolver um estudo que visa a implantar a gestão administrativa e de enfermagem em uma clínica geriátrica da grande Porto Alegre.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Implantar a gestão administrativa e de enfermagem em uma clínica geriátrica da grande Porto Alegre.

2.2 ESPECÍFICOS

- descrever o cenário institucional;
- elaborar a missão da instituição;
- definir o perfil do cliente à ser atendido na instituição;
- elaborar um instrumento de investigação geriátrica a partir de avaliações clínicas geriátricas existentes;
- elaborar Protocolos Operacionais Padrão (gerencial e de cuidado).

2.3 METAS ESPERADAS

O planejamento das ações para gerenciar a clínica geriátrica culminará com a elaboração de planos e programas direcionados à saúde do idoso e representará um pacto entre todos os colaboradores envolvidos neste processo:

- reavaliar anualmente as ações de saúde para os idosos da clínica propostos pelo planejamento inicial, redirecionando as ações quando necessário;
- buscar novas tecnologias, tanto de informação quanto para o cuidado de enfermagem;
- implementar ações, procedimentos e estratégias de enfermagem, avaliando a qualidade e o impacto de seus resultados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO

O aumento da expectativa de vida da população trouxe à tona uma preocupação de suma importância e que ganhou relevância nas últimas décadas, a qualidade de vida do idoso. (FLECK, 2008).

No Brasil, atualmente, a taxa de envelhecimento populacional está em uma faixa de crescimento constante. Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 2010, estimava-se que a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, o que corresponde a 10,8% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Em comparação com o indicador de envelhecimento mundial, o Brasil teve um índice de 51,8, em 2011, isto é, maior do que o índice mundial que foi de 48,2. Em números absolutos, o número de idosos em 2011 é de 23,5 milhões. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Percebe-se nitidamente uma rápida mudança na representatividade dos grupos etários no Brasil. O grupo de crianças até os quatro anos representava aproximadamente 5,6% em 1991, caindo para 4,8% em 2000 e chegando a 3,6% em 2010. Essa acelerada transição demográfica tem como fatores determinantes a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada a uma forte redução na taxa de mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Estima-se que o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos em 2025, chegando a 2050 com uma representatividade de aproximadamente 22,71% de pessoas com 60 anos ou mais. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O envelhecimento, enquanto fenômeno natural, é previsto e esperado na evolução dos seres vivos e, enquanto fenômeno biológico, ocorre em cada ser humano de modo singular e único. Desse modo, a velhice não deve ser considerada doença, pois às vezes, apesar de o idoso não usufruir de sua totalidade funcional, ainda assim pode viver muito, bem e com qualidade. (RODRIGUES, 2002).

A existência de poucos serviços qualificados para dar suporte, atender e orientar os idosos e seus familiares nas mais diferentes necessidades que possam apresentar apenas serve para evidenciar a necessidade de estruturação de novas políticas de saúde que favoreçam a manutenção dos idosos em sua funcionalidade e em pleno gozo de sua cidadania. (BRASIL, 2006).

O envelhecimento é uma das maiores preocupações da atualidade e pode ser definida como um processo dinâmico e progressivo em que ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e fisiológicas que são determinantes para a perda da capacidade de adaptação do indivíduo em seu meio, levando-o à vulnerabilidade e a processos patológicos que, por vezes, acabam culminando na morte do idoso. (NETTO; PONTE, 2002).

No Rio Grande do Sul (RS), assim como em outras regiões desenvolvidas do Brasil, foram criadas condições de controle para as taxas de mortalidade infantil e fecundidade. Esse controle foi o pilar para o estabelecimento das condições de transição demográfica e do processo de envelhecimento populacional que está em processo adiantado no sul do país se comparado ao Norte e Nordeste brasileiro. (GOTTLIEB et al., 2011).

Conforme Martins et al (2007), é imprescindível a criação de uma política factível e voltada à questão social e de saúde do idoso, que suprima ou, pelo menos, amenize a cruel realidade que espera aqueles que conseguem viver até idades mais avançadas. Após inúmeros esforços para prolongar a vida humana, seria lastimável que não se possibilitem condições adequadas para que as pessoas a vivam com dignidade.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

A efetivação de uma política pública requer uma atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em propiciar um envelhecimento digno à população. Nesse contexto, Estado, profissionais da saúde, idosos e a sociedade em geral são todos corresponsáveis por esse processo. A Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Estatuto do Idoso são dispositivos legais que garantem os direitos das pessoas idosas e é o alicerce para a criação de novas políticas em prol dessa população crescente. (RAMOS, 2003).

A Constituição Brasileira de 1988 foi pioneira em tratar o idoso e a velhice de uma maneira distinta, não apenas como problema social, mas também para a questão da assistência previdenciária. Agustini (2003), ao explicitar sua preocupação em separar o direito e a proteção à velhice, salienta o primeiro como uma variante do direito à vida e o segundo, como um direito social de proteção à velhice.

Segundo Ramos (2003), a PNSPI fundamenta a ação do setor de saúde na atenção integral à população idosa; no processo de envelhecimento, a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 trata da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. (BRASIL, 1990). A Lei nº 8.842/94, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, assegura os direitos da pessoa idosa e busca criar condições para a promoção da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade. (BRASIL, 1994; 1996). O foco central da PNSPI é

“recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.” (BRASIL, 2006, sp).

Apesar da magnitude deste evento mundial, que é o envelhecimento populacional, não apenas o Brasil como outros países têm-se defrontado com este quadro demográfico. Torna-se um desafio para o país o cuidado com os idosos, suas famílias e a sociedade. Compreender como vem acontecendo o envelhecimento populacional brasileiro é um novo desafio a ser superado para que se possa partir para ações efetivas que vão além de meros dispositivos legais.

A inclusão de novos cursos nos currículos das graduações da área da saúde, tais como Geriatria e Gerontologia, de acordo com a Lei nº 8.842/94, tem como objetivo aprimorar a formação acadêmica para que os futuros profissionais possam atender à demanda da clientela idosa, objetivando proporcionar à população em geral um incentivo a um envelhecimento saudável. De acordo com essa mesma lei, é da competência dos setores da saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, à recuperação e à proteção da saúde. É necessário desenvolver a cooperação entre as esferas de governo e entre os diversos setores sociais e de saúde que atendem o ser que envelhece. (BRASIL, 1994).

O crescimento da população idosa traz consigo inúmeras mudanças relacionadas à desigualdade socioeconômica que afeta a estrutura etária da população e ocasiona problemas que necessitam de soluções imediatas para garantir ao idoso a preservação da sua saúde, autonomia e dignidade. Para que essas situações sejam viabilizadas, é primordial a necessidade de trabalhar o contexto social e humano do idoso em suas diversas interfaces. (MARZIALE, 2003).

De acordo com Ramos (2003), a prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional que leve em conta a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos. Essa abordagem precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela que possui suas especificidades. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado e para participar de grupos de autoajuda para trocas de vivências.

O governo brasileiro sancionou o Estatuto do Idoso com a finalidade de garantir ações com vistas a garantir às pessoas com 60 anos ou mais a proteção à vida e à saúde. (BRASIL, 2003). Baseado nesse estatuto, o Estado deve estar atento às suas próprias políticas públicas de saúde e priorizar o atendimento digno aos idosos. Para atingir essa finalidade, é primordial que os profissionais da saúde estejam capacitados e cientes das peculiaridades que envolvem o agir em saúde frente às necessidades do ser humano que envelhece com suas singularidades, subjetividades e objetividades. (RAMOS, 2003).

Na prática, apesar de todos os esforços por parte dos órgãos governamentais, ainda encontramos idosos em longas filas de espera para agendamento de consulta médica especializada, bem como para exames e internação hospitalar. Essa constatação nos remete a uma reflexão sobre a escassez de recursos humanos especializados para cumprir as diretrizes essenciais, que são a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional. (NERI, 2001).

Segundo Pasqualotti, Betinelli e Portella (2004), somente a sociedade pode promover o avanço da luta pelos direitos dos idosos e pelo cumprimento das leis existentes. À sociedade não cabe apenas denunciar o não cumprimento das leis, mas, acima de tudo, colocar-se como parceira do poder público na construção de ações, programas e projetos que resultem em apoio, proteção e assistência ao idoso.

A realidade do envelhecimento populacional no país demonstra a necessidade de investimento articulado em programas de atenção aos idosos. A recomendação para os idosos é que se mantenham mobilizados na luta em prol dos seus direitos, que não se esqueçam dos seus deveres a cumprir e, sobretudo, que continuem dando o exemplo de luta e perseverança. Pasqualotti, Betinelli e Portella (2004, p. 110) deixam isso bem claro em sua fala quando colocam que, “ainda que lhes faltem as forças, que não lhes falte a palavra; ainda que lhes falte a voz, que não lhes falte a presença. Só assim mostrarão a todos que o envelhecer é como o pôr do sol que acontece a cada dia”.

O Estatuto do Idoso regulamenta os direitos dos idosos e define as medidas de proteção para essa população. Ele deve ser encarado como uma ferramenta de mudança social que deve ser adotado por todos em sua vida cotidiana. É fundamental o engajamento de toda a sociedade, para que se consiga transformar a realidade dos idosos e humanizar as relações entre viver e envelhecer. (NERI, 2001).

Sem dúvida, a velhice é uma fase do ciclo vital cuja especificidade demanda atenção em saúde especializada e requer, portanto, pessoal qualificado para o cuidado. Nessa perspectiva, questões relativas à educação em saúde e a capacitação dos recursos humanos são imprescindíveis para a qualificação e para o adequado estabelecimento de instituições voltadas a esse público.

3.3 INSTITUIÇÕES PARA IDOSOS: DO SURGIMENTO AOS DIAS ATUAIS E O DESAFIO DA CONTEMPORANEIDADE

O primeiro asilo foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), que transformou a sua própria residência em um hospital para idosos. No Brasil Colônia, o Conde de Resende defendeu que soldados velhos mereciam uma velhice digna e "descansada" e, em 1794, no Rio de Janeiro, fundou a Casa dos Inválidos, para que aqueles que prestaram serviço à pátria pudessem ter uma velhice tranquila. (ALCÂNTARA, 2004).

Segundo Beauvoir (1990), no século XVIII, os asilos da Era Elisabetana eram instituições que abrigavam mendigos. Foram criados na Europa em meados do século XIX asilos grandiosos com alta concentração de velhos. O maior deles, a ter registro histórico, foi o de *Salpêtrière*, que abrigava oito mil doentes, dentre os quais dois a três mil idosos.

O hospital aparece em torno de 1780 e funcionava como instrumento terapêutico. Até esse período, o hospital era um lugar de "internamento", cujo objetivo era prestar assistência material e espiritual aos doentes, pobres, devassos, loucos e prostitutas. Caracterizava-se como espaço de separação e exclusão, pois se acreditava que o indivíduo doente deveria ser separado do convívio social para evitar dano à sociedade. (ALCÂNTARA, 2004).

Segundo Groisman (1999), a história dos hospitais se assemelha à de asilos de velhos, pois em seu início ambas abrigavam idosos em situação de pobreza e exclusão social. No Brasil, o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, criado em 1890, foi a primeira instituição para idosos no Rio de Janeiro e seu surgimento deu visibilidade à velhice.

A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em meados do século XIX, dava assistência a mendigos e, com o aumento de internações para idosos, passou a definir-se como instituição gerontológica em 1964. Até esse período, não existiam instituições específicas para idosos; estes eram abrigados em asilos de mendicidade, junto com outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas, desempregados. (BORN, 2002).

O modelo asilar brasileiro ainda tem muitas semelhanças com as chamadas instituições totais, ultrapassadas no que diz respeito à administração de serviços de saúde para idosos. Goffman (2003, pg. 11) define instituição total como "um local de

residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada". Nesse espaço, os indivíduos se tornam cidadãos violados em sua individualidade, sem controle da própria vida, sem direito a seus pertences sociais, à privacidade e a um convívio em sociedade.

O livro *A Velhice*, da década de 1970, trouxe à tona denúncias veementes às deficiências dos asilos. Segundo Beauvoir (1990), os problemas ainda persistem; apesar de existirem instituições com atendimento de qualidade, ainda é expressivo o número de instituições que não atendem a parâmetros básicos de funcionamento. Quando inevitável, para que se torne uma alternativa que proporcione dignidade e qualidade de vida, a instituição tem que romper com sua imagem histórica de segregação e se tornar uma saída, uma opção, na vida dos idosos.

O termo "instituição de longa permanência para idosos (ILPI)" é proveniente de debates nas comissões e congressos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia nos últimos anos. Uma ILPI deve apresentar em seus aspectos estruturais e de organização detalhes que lembrem uma moradia e a vida numa família. (BORN, 2002).

A definição de como deve ser a organização de uma instituição para idosos, sua área física, suas instalações e os recursos humanos necessários é baseado na Portaria nº 810/1989, que foi a primeira a regulamentar e definir as normas e padrões de funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições desse perfil. (BRASIL, 1989).

A Portaria nº 73/01, no processo de regulamentação da Política Nacional do Idoso, adota o termo Atendimento Integral Institucional. Essa portaria traz, também, novas definições de Normas e Padrões de Funcionamento para Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa. (BRASIL, 2001).

A Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 283, passa a vigorar a partir de 2005 e adota o termo ILPI e estabelece normas de funcionamento desta modalidade assistencial. Segundo esse documento, as ILPIs são instituições "governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania". (BRASIL, 2005, sp). A norma define quais são os graus de dependência e as condições gerais de organização

institucional baseada nos direitos dos idosos, incluindo recursos humanos, infraestrutura, processos operacionais, notificação compulsória, monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2005).

Em um país que vive uma realidade de desigualdade e pobreza, todos esses requisitos não são fáceis de serem implementados. As soluções podem ser soluções criativas e relativamente simples na questão arquitetônica; entretanto, nem sempre a segurança, o conforto e a qualidade são cumpridos. Além dessas questões relacionadas à área física, para oferecer um atendimento de qualidade, também é fundamental que as instituições para idosos assegurem aos profissionais um espaço para formação educacional, além da qualificação continuada. (POLLO; ASSIS, 2008).

Por fim, o padrão de qualidade no atendimento deve se pautar na valorização da história do idoso, no respeito à sua individualidade, autonomia e privacidade, na preservação dos vínculos e na participação na comunidade. Ao ingressar em uma instituição, os familiares e os idosos têm muitos questionamentos, receios e expectativas quanto à internação. Por isso, é importante que o idoso receba apoio e acompanhamento e, se possível, planeje e acompanhe o processo de institucionalização para uma melhor adaptação e aceitação. (BORN, 2002).

Para Moreno e Veras (1999), além do planejamento da família, a instituição deve também oferecer formas de receber o idoso. Os profissionais e residentes devem fazer parte dessa recepção. Ao idoso deve ser permitido levar pequenos objetos de uso pessoal e a ele devem ser apresentados a instituição, seus horários e rotinas, numa abordagem que transmita segurança e sensação de acolhimento. Para os idosos que perderam a autonomia e/ou independência, é fundamental que possam sair do leito, tomar sol, ter acesso à área externa e, se possível e conveniente, participar de atividades de socialização.

Esse panorama nos leva a pensar no cuidado com a saúde dos idosos e na fragilidade das instituições que atendem a este público, destinada a suprir as necessidades dessa parcela crescente da nossa população.

3.4 O CUIDADO DE SAÚDE AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Para Nakatani et al. (2003), na velhice ter uma vida saudável significa manter ou restaurar a autonomia (capacidade de decisão) e a independência (capacidade de realizar algo por meios próprios).

Assegurar a autonomia e a independência do idoso é uma das alternativas importantes para o envelhecimento saudável. Apesar de ainda ser vigente o modelo curativista e biomédico, as ações de saúde, bem como ações educativas relacionadas à senescência para cuidadores, profissionais de saúde e idosos, devem ser priorizadas para essa população, despertando reconhecimento e atitudes para modificar a prática assistencial ainda vigente. (MARTINS et al., 2007). O desenvolvimento de ações só será viável a partir do momento em que exista interesse social e profissional de conhecer a realidade social e de saúde dessa população, bem como alternativas tecnológicas e dispositivos legais como instrumentos de ação. O reconhecimento do idoso pelos profissionais como cuidador de si é o primeiro passo para a preservação da independência e autonomia. (MARTINS et al., 2007).

Essas articulações profissionais devem ser realizadas em todas as esferas políticas e públicas. A qualificação profissional deve ser operacionalizada em todos os locais onde se atende o idoso.

“Preparar os recursos humanos para [...] a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idoso e o controle dos fatores que interferem no seu estado de saúde”. (MELLO, 2005, p. 148).

Pereira et al. (2006) ressaltam que os profissionais que trabalham na área gerontológica tentam proporcionar o bem-estar biopsicossocial dos idosos, potencializando sua autonomia e independência com a finalidade de obter melhor qualidade de vida. Assim, a importância de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso deve ser sempre reforçada, pois sem recursos humanos treinados não haverá atenção integral, integrada, digna e eficaz para esse público especial.

A capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado gerontogeriátrico é, ainda, incipiente em nosso meio, provavelmente porque a “velhice” é um fato social relativamente novo entre nós. “Enfatiza-se, então, que, para a consolidação das políticas de saúde, a capacitação é requisito primordial, pois novos saberes provocam novos fazeres”. (SANTOS, 2003, p. 110).

3.4.1 Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso

O gerenciamento na enfermagem é um processo específico que compreende as práticas de saúde enquanto práticas sociais. Essas práticas são historicamente estruturadas e socialmente articuladas e devem seguir um modo articulado às demais práticas sociais. (KURCGANT; CIAMPONE, 2005).

A gerência é um instrumento importante para a efetivação de políticas pelo modo como se organiza a produção de serviços de saúde. É produto de um contexto e criador do mesmo, tornando o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde. (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Os enfermeiros, assim como os demais gestores que atuam na área de saúde, têm a responsabilidade de gerenciar seu serviço, demonstrando os resultados obtidos por indicadores. (LABBADIA, 2011). O processo de trabalho de gerência na prática de enfermagem está orientado por uma finalidade imediata que é organizar o trabalho no processo do cuidar individual e coletivo. O que torna o gerenciamento uma vertente racional e outra intuitiva é a arte de pensar, de decidir e de agir. É a arte de fazer acontecer e de obter resultados, que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados e que são alcançados através das pessoas e em uma interação humana constante. (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Os profissionais da saúde devem desenvolver seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e princípios éticos, tendo em vista que a responsabilidade da sua gestão em saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde na sua essência. Assim sendo, todos os profissionais da saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. (LABBADIA, 2011). Toda prática deve ser realizada de forma integrada e contínua com outras instâncias do sistema de saúde. Com isso, as análises dos problemas sociais, de forma crítica, auxiliam na busca de soluções. (PERES; CIAMPONE, 2000).

Para Felli e Peduzzi (2010), a gerência é o instrumento utilizado para a produção organizada dos serviços de saúde e esse processo de trabalho, na prática de enfermagem, está orientado para a organização do trabalho e para aprimorar o processo do cuidado individual e coletivo.

O desempenho da função gerencial requer conhecimentos e habilidades. Entre elas pode-se citar planejar, organizar, coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos trabalhos desenvolvidos, que passam pelas dimensões técnicas, administrativas, políticas e psicossociais. Assim, nesse contexto, a organização do trabalho atinge seus objetivos e o controle das atividades organizacionais como um todo, priorizando a visão do negócio e a melhoria constante de todo o processo de gestão. (KURCGANT, 2005).

Segundo Fleury e Fleury (2001), a atenção à saúde não se constitui diretamente como objeto de trabalho desenvolvido pela gerência, mas pode ser entendida como o objetivo indireto do trabalho gerencial em saúde que pode, e deve, ser alcançado quando o profissional que exerce a gerência faz uso de instrumentos de gestão, como planejamento, organização/coordenação e um controle da qualidade da assistência à saúde.

A gerência em enfermagem pode ser conceituada como um instrumento capaz de política e tecnicamente organizar o processo de trabalho com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo na oferta de uma assistência de enfermagem universal, igualitária e integral. A gestão de enfermagem é um fato e se operacionaliza por diferentes processos de trabalho como a assistência à saúde e seu gerenciamento, o ensino e a investigação científica, que gera o saber necessário à produção do conhecimento em enfermagem. Sendo assim, ficam claras a necessidade e a importância da gestão em Enfermagem como uma das dimensões para o desenvolvimento de práticas e novos saberes para aprimoramento do cuidado. (QUEIROS; SALUM, 1994).

O gerenciamento do cuidado consiste em um processo amplo, que compreende ações de cuidado, ações administrativas, ações educativas e pesquisa, todas convergindo para o benefício do cliente. Em síntese, o gerenciamento centrado no e para o indivíduo resulta na convergência do cuidar/gerenciar. Esse cuidado implica em redimensionar o foco do trabalho gerencial, pois, no contexto contemporâneo, essa dimensão organizacional do cuidado, exige para o alcance de resultados efetivos, a incorporação de conhecimentos, atitudes e ações tanto de cunho racional como do sensível. É necessário adotar uma ação transformadora em relação ao cuidar baseada no respeito ao ser humano. (FERRAZ, 2000).

Para Dias e Paiva (2009), as instituições de saúde vêm buscando um novo modelo gerencial e um novo requisito de qualificação, com novos perfis de

profissionais, baseados no comportamento, na habilidade e na atitude. Dessa forma, a questão gerencial vem ganhando espaço diferenciado na área da saúde, atentando-se para o envolvimento do enfermeiro em atividades ligadas à gestão. O profissional enfermeiro vem deixando de atuar em questões específicas da enfermagem e abraçando novas responsabilidades: a gestão de recursos materiais, físicos e humanos, bem como articulações dentro e fora das organizações. Além disso, tem também vislumbrado um lado empreendedor um pouco adormecido nessa categoria profissional.

Conforme Gonçalves e Erdman (2004), empreender na área da saúde é necessário e os desafios urgentes de ordem prática se impõem, sobretudo, aos profissionais da saúde que compõem equipes gerontogeriatricas. Os enfermeiros, que podem e devem ser propulsores de soluções criativas e imaginativas para a organização e para o funcionamento interno de serviços, tornam possível o atendimento do idoso com inovações estratégicas na qualidade dos cuidados e em outros segmentos.

3.4.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem voltada ao idoso

O cuidado à saúde do idoso tem como propósito assegurar que o mesmo tenha plenas condições de desfrutar de sua vida com qualidade. Com o passar do tempo, é normal que o idoso apresente dificuldades em atividades do cotidiano. Para contribuir com este propósito, sugere-se que a enfermagem agregue conhecimentos específicos da terceira idade. (SANTOS et al., 2008).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma forma de organização do trabalho que visa a garantir a melhor qualidade da assistência prestada ao idoso e assegurar que as intervenções de enfermagem sejam elaboradas para tal clientela com suas especificidades. Enfatiza a avaliação do indivíduo não focada apenas na doença, proporcionando agilidade na descoberta do diagnóstico ou do tratamento de problemas de saúde reais e potenciais, atuando também na prevenção das mais diversas patologias. (MALUCELLI et al., 2010).

A implantação da SAE é uma necessidade para a diferenciação e a valorização da profissão e dos profissionais de enfermagem, além de ser um importante recurso de que o enfermeiro dispõe para aplicar e demonstrar seus conhecimentos no cuidado ao paciente. A importância do papel do enfermeiro no

gerenciamento dos serviços de enfermagem pode ser refletida diretamente na melhora da qualidade de vida do idoso. (PIVOTTO, LUNARDI FILHO; LUNARD, 2004).

Torna-se evidente que a SAE contribui para organizar o cuidado, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem e, dessa forma, dando visibilidade à contribuição da Enfermagem no âmbito da atenção à saúde, em qualquer ambiente em que a prática profissional ocorra, em instituições hospitalares, em clínicas ou ambulatórios. (MALUCELLI et al., 2010).

Segundo Malucelli et al. (2010), a regulamentação da SAE e do Processo de Enfermagem, através da Resolução do COFEN nº 358/2009, representa a importância e a necessidade cada vez mais frequente de sua implantação nos diferentes ambientes em que os profissionais de Enfermagem atuam. A regulamentação do COFEN, através da Resolução nº 272/2002, Art. 2º, afirma que a implementação da SAE deve ocorrer em toda a instituição da saúde, pública e privada, reforçando a importância e a necessidade de se planejar a assistência de enfermagem. (COFEN, 2002).

Para Murta (2007), a sistematização foi desenvolvida como método específico para aplicação da abordagem científica ou da solução de problemas na prática; para sua aplicação, os enfermeiros precisam entender e aplicar conceitos e teorias apropriados das ciências da saúde, além de desenvolver uma visão holística do ser humano. Esse conjunto de conhecimentos proporciona justificativas para tomadas de decisão, julgamentos, relacionamentos interpessoais e ações.

A SAE é constituída de cinco etapas: Histórico de Enfermagem (HE), Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento de Enfermagem (PE), Implementação de Enfermagem (IE) e Avaliação de Enfermagem ou Evolução de Enfermagem (EE); trata de uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidado de enfermagem humanizado e com qualidade. Assim, por ser um instrumento metodológico utilizado para organizar as condições necessárias para o desenvolvimento da prática cotidiana de enfermagem, possibilita o desenvolvimento da profissão como ciência através da integração das áreas da assistência, ensino e pesquisa. (BORGES; PEREIRA; LEMOS, 2006).

É um processo utilizado com o objetivo de prestar uma assistência individualizada e qualificada. Para que as metas sejam alcançadas ao final de toda assistência, é necessário que as ações da enfermagem sejam organizadas e

sistematizadas. Para tal, é padronizada a consulta de enfermagem, em que o profissional identifica as necessidades do cliente e realiza o diagnóstico de enfermagem (DE), construindo um planejamento que atenda às necessidades do cliente, segundo sua realidade. Além disso, o enfermeiro necessita orientar seu cliente realizando as intervenções que são avaliadas e adequadas no decorrer do processo e conforme as necessidades do cliente. (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Para Smeltzer e Bare (2005), a SAE é uma forma de organização de trabalho que pode ser empregada em toda complexidade de cuidado e em todo tipo de paciente, não importando a faixa etária. O pensamento crítico da enfermagem deve fazer parte de todos os momentos do atendimento ao idoso, para que as informações adquiridas durante a coleta contribuam para o levantamento de problemas com suas possíveis causas, facilitando a elaboração de um plano de cuidado efetivo.

Alfaro-Lefevre (2005) define que as necessidades imediatas devem ser identificadas precocemente para que as intervenções sejam direcionadas às necessidades mais emergentes, prevenindo maiores transtornos ao idoso e alterações no estado fisiológico e psicológico.

O principal desafio que a longevidade propõe aos idosos é a preservação da qualidade de vida. A capacidade de tomar decisões e de autogoverno pode ser comprometida por doenças físicas e mentais ou por restrições econômicas e educacionais. Assim, os protocolos utilizados para sistematizar a assistência de enfermagem cooperam não somente nos registros, mas na tomada de decisões, tendo em vista que apontam caminhos para o profissional na prática diária. O protocolo de assistência de enfermagem é um instrumento que permite a sistematização da assistência e, no caso do idoso, um atendimento diferenciado. (SANTOS et al, 2008).

A SAE faz parte de um processo que vem sendo desenvolvido ao longo do tempo por enfermeiros comprometidos em melhorar cada vez mais o cuidado prestado ao paciente. Esta sistematização proporciona uma maior autonomia para o enfermeiro e um respaldo seguro através do registro, que garante a continuidade/complementaridade multiprofissional, além de promover uma aproximação enfermeiro/usuário e enfermeiro/equipe multiprofissional. Torna-se imperativo que os profissionais de saúde continuem a busca do aprimoramento de sua prática, contribuindo para as ações cada vez mais embasadas em princípios

científicos, o que se refletirá na melhor qualidade de cuidado oferecido a quem cuidamos. (MURTA, 2007).

Fica, portanto, evidente a importância de os enfermeiros utilizarem a SAE e as teorias de enfermagem como tecnologias que possibilitam proporcionar uma assistência individualizada e humanizada ao idoso, propiciando a elaboração e a execução de um plano de cuidados eficaz. (CLARES; FREITAS; PAULINO, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de intervenção para implantar a gestão administrativa e de enfermagem em um residencial geriátrico da grande Porto Alegre.

4.2 UNIVERSO DO ESTUDO

O residencial geriátrico está localizado no centro do município de Canoas, região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. É habilitado a prestar atendimento ao idoso com baixa a alta dependência. Atualmente conta com 18 leitos, distribuídos em oito (8) quartos.

O corpo funcional assistencial é composto por uma enfermeira, um médico, um fisioterapeuta, uma nutricionista e quatro técnicos de enfermagem. Também compõem o quadro funcional um administrador, uma cozinheira e dois auxiliar de serviços gerais.

4.3 ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO E INSTRUMENTOS

O estudo foi realizado conforme as etapas descritas a seguir:

- a) Construir missão e visão: corresponde à definição do propósito da existência do residencial geriátrico. Deverá responder à pergunta: “Para que e por que estou no mercado?”. Essa missão orientará a tudo e a todos na instituição, bem como a gestão e o plano estratégico. A declaração da missão partirá da estratégia do negócio estabelecido pelo dono, definindo os clientes e quais os valores agregados para o cliente. Deve estar alinhado com a visão do negócio. Sua construção foi fundamentada no referencial de Porto (1997).
- b) Reconhecer a realidade institucional: realizou-se um diagnóstico situacional do residencial geriátrico para verificar qual é o contexto, as condições e as circunstâncias que definem essa realidade, bem como o mapeamento dos recursos físicos e de recursos humanos existentes. Para essa etapa, utilizaram-se duas fontes de informações, os registros e a observação *in*

loco; e o processo de tomada de decisão, baseado no modelo **IDEALS**, criado por Facione (2006) e adaptado para esse projeto: i) Identificar o problema; ii) **D**efinir o contexto; iii) **E**numerar as opções; iv) Propostas de melhorias (**A**nalisar as opções); v) Razões para serem implantadas as melhorias (**L**istar as razões de forma explícita); vi) Avaliação; vi) Implementação (Execução). Esse modelo fornece uma abordagem simples e prática para o aprimoramento contínuo, para se estabelecer um programa de melhoria de processos bem sucedido.

- c) Definir o perfil do cliente: levantaram-se as necessidades dos clientes externos (idosos e familiares). A partir das necessidades elencadas e da missão, determinou-se qual o perfil do cliente a ser atendido.
- d) Elaborar o instrumento de investigação geriátrica: foi realizada uma revisão da literatura para levantar os instrumentos e testes existentes para avaliação de idosos. A partir do referencial teórico, da missão e da necessidade dos clientes, desenvolveu-se um instrumento de investigação e avaliação geriátrica multidimensional e multiprofissional do idoso residente na clínica. A seleção dos instrumentos obedeceu aos seguintes critérios: (a) ser de uso amplo e de fácil aplicação; (b) terem sido validados no idioma original; (c) ser de fácil compreensão e treinamento; (d) instrumento contendo menos de 100 itens e/ou com duração de aplicação igual ou menor que uma hora; (e) ser de domínio público ou com direito de cópia sem ônus. Após a escolha dos instrumentos, partiu-se para o escrutínio sistemático dos estudos validados e adaptados transculturalmente.
- e) Elaborar os Procedimentos Operacionais Padrões (POP): foram desenvolvidas instruções sequenciais das operações mais utilizadas até o momento. São descrições detalhadas de todas as operações necessárias para a realização das atividades gerenciais e de enfermagem do residencial geriátrico. Os POPs foram elaborados baseando-se em propostas predefinidas para análise e avaliação das práticas específicas adotadas no residencial geriátrico. Foram desenvolvidos seguindo-se a metodologia de Colenghi (1997):
 - i. nome do estabelecimento;
 - ii. identificação do POP;

- iii. objetivo do POP;
- iv. documentos de referência: quais os documentos consultados quando alguém for usar ou seguir o POP;
- v. local de aplicação: quais os setores envolvidos na aplicação do POP;
- vi. siglas: todas as siglas utilizadas para a construção do POP terão sua explicação;
- vii. materiais e equipamentos utilizados;
- viii. descrição das etapas da tarefa com os executantes e responsáveis;
- ix. informar o responsável pela elaboração e atualização do documento;
- x. informar data da elaboração e frequência de atualização.

Foram criados os protocolos apresentados no quadro abaixo (Quadro 1):

Quadro 1 – Protocolos Operacionais Padrão criados para as atividades administrativas e de enfermagem, 2013.

ATIVIDADES	POP
Administrativos	Admissão do cliente. Alta do cliente. Condutas em situações de urgência. Liberação do idoso do residencial para atividades externas. Orientações na conduta de saídas dos clientes para passeio. Perfil de comunicação de situações atípicas ou emergenciais. Registro de vinculação a convênios. Situações de óbito. Solicitação de serviços terceirizados. Visita de futuros clientes ao residencial.
Enfermagem	Administração de medicamentos. Alimentação via oral com auxílio. Banho de aspersão. Banho de leito. Coleta de material biológico para exames laboratoriais. Cuidados com gastrostomia e jejunostomia. Encaminhamento para realização de exames de imagem. Lavagem de mãos. Prevenção de quedas. Prevenção de úlceras por pressão. Registro de enfermagem. Rotina de trabalho da equipe assistencial. Sondagem vesical de demora. Transporte/transferência cama-cadeira. Verificação de sinais vitais.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.4.1 Instrumento de investigação geriátrica

A implantação da avaliação do instrumento de investigação geriátrica envolveu a escolha das subdimensões relacionadas ao estado funcional e outros aspectos considerados relevantes para a obtenção das informações, tais como missão e visão do negócio e perfil do cliente. Vários instrumentos, utilizados e validados, foram utilizados como base para a construção do respectivo instrumento de investigação geriátrica. Avaliaram-se os itens de cada instrumento quanto ao estudo de validade, confiabilidade e utilização, tanto na literatura internacional quanto na brasileira. As subdivisões foram classificadas seguindo-se uma tipologia consagrada na literatura. (HALTER, 2009).

4.4.2 POPs

A avaliação dos POPs elaborados foi realizada através da verificação e da sua aprovação.

A verificação consistiu na avaliação do conteúdo do documento, na revisão do texto, com os ajustes pertinentes, e na confirmação de que refletirá a melhor prática adotada para o serviço em questão. Foi realizada por dois profissionais que não participaram da elaboração do documento original, enfermeiras, com registro no Conselho de Enfermagem, mantendo a análise crítica do conteúdo.

A aprovação consistiu na avaliação final dos conteúdos dos POPs, baseado nas necessidades do residencial geriátrico e em bibliografias pertinentes ao conteúdo, Esses POPs devem ser seguidas na íntegra pelos usuários do residencial. A partir da data de aprovação, ficará obrigatório o cumprimento do POP.

O POP original foi arquivado em acervo de pastas correspondentes e duas cópias serão disponibilizadas para o serviço, uma para a enfermagem e uma para a administração. Este documento não poderá ser reproduzido sem autorização e controle do responsável pela sua distribuição.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O pesquisador manteve a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores dos artigos utilizados na revisão bibliográfica, preservando todos os direitos autorais de acordo com a Lei nº 9.610/98, 19 de fevereiro de 1998. (BRASIL, 1998).

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

a) IDENTIFICAÇÃO DO NEGÓCIO: MISSÃO E VISÃO

Estabelecer a missão e a visão de uma empresa é estabelecer um caminho a seguir e um sonho a alcançar. A missão de uma empresa deve ser definida para satisfazer a necessidade do ambiente externo, sendo definida com base nos questionamentos de qual é o negócio, quem é o cliente e que satisfação ele quer comprar com o produto. (ANDRADE, 2002). Ela representa a razão pela qual uma organização existe. Para tanto, ela deve abranger o propósito básico da organização e transmitir seus valores a todos os clientes internos e externos. (PORTO, 1997).

A visão define qual a situação que a empresa deseja a longo prazo, servindo como guia para a definição dos objetivos e da realização da missão. É ela que determina os objetivos de investimento e demais estratégias para alcançar o futuro com sucesso. (ANDRADE, 2002).

Embasadas nessas premissas, a missão e a visão do residencial geriátrico foram definidas como:

MISSÃO

Cuidar de idosos com qualquer nível de dependência, garantindo os cuidados integrais em saúde com qualidade assistencial e segurança.

VISÃO

Ser uma instituição de referência no cuidado de idosos, por meio de um atendimento humanizado, seguro e eficiente, que busca constantemente melhorar a qualidade de tudo o que faz, com uma equipe que gosta de trabalhar junto para conquistar o reconhecimento e a confiança de todos.

b) DIAGNÓSTICO SITUACIONAL/ORGANIZACIONAL

O diagnóstico situacional é uma poderosa ferramenta de gestão, em que o resultado surge de um processo de coleta, tratamento e análise desses dados colhidos. O diagnóstico auxilia no levantamento dos problemas e permite desenvolver ações estratégicas focais, que, por sua vez, fundamentam o planejamento estratégico da instituição. A adequada organização das diferentes interfaces que envolvem o residencial contribui para um ambiente favorável para os clientes internos e externos, auxiliando no comprometimento e na qualidade do serviço ofertado. O conhecimento da realidade de trabalho corrobora a implementação de estratégias e programas capazes de auxiliar na organização e contribuir para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (PINA et al., 1979).

O diagnóstico situacional é uma das funções do enfermeiro responsável técnico, que permitirá a elaboração de uma proposta de trabalho e um instrumento de gestão. (CECÍLIO, 1997).

Para conhecer a realidade institucional do local estudado, foi realizado um diagnóstico situacional, verificando as condições circunstanciais em que o residencial se encontrava. Foram mapeados os recursos materiais, estruturais e pessoais, bem como o processo de gestão e de cuidado.

O residencial foi adquirido em agosto de 2013 e desde então várias alterações já foram realizadas para garantir segurança, conforto, funcionalidade e qualidade aos idosos e funcionários.

Para a realização do diagnóstico, partiu-se do modelo preconizado por Facione (2006) e adaptado para esse projeto (Quadro 2).

Para melhor visualização das metas atingidas e não atingidas, instituiu-se a seguinte legenda:

-  Não atingiu meta.
-  Estruturado e não implantado.

Quadro 2 – Identificação de problemas, conforme o modelo IDEALS, para análise e diagnóstico situacional de um residencial geriátrico no município de Canoas - RS, 2013.

Identificar o problema	Definir o contexto	Propostas de melhorias	Razões	Avaliação	Metas atingidas
Falta de registros sistematizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Não há pastas individuais para realizar os registros dos clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprar pastas. • Organizar o arquivo físico. • Organizar as pastas com nota de internação e registros pertinentes ao processo de cuidado do cliente. • Construir sistema informatizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidade e agilidade de acesso às informações. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 meses após implantação. • Após anualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organização dos registros individualizados de cada cliente.
Medicamentos dispensados incorretamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulação inadequada dos medicamentos, retirada de medicações dos invólucros. • Falta de identificação dos medicamentos dispensados. • Alteração de potencialidade e textura dos medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar cada medicamento preservando-o no invólucro. • Dispensar diariamente os medicamentos. • Criar sistema de dispensação de dose unitária. • Caixas de dispensação. • Sistema informatizado para etiquetagem das doses unitárias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preservação e conservação dos medicamentos. • Facilidade de identificação dos medicamentos. • Evitar erros na administração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Um mês após implantação. • Seis meses após a primeira avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de dispensação unitária e diária dos medicamentos.
Escada sem corrimão.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de corrimão em uma dos lados da escada para apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprar e instalar corrimão. • Verificar tipo de corrimão que se adapte às necessidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança na utilização da escada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção preventiva anual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura do corrimão colocada na parede em toda a extensão da escada.
Banheiros sem barras de apoio.	<ul style="list-style-type: none"> • Não há barras de apoio no chuveiro e no vaso sanitário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instalar barras de proteção no chuveiro e no vaso sanitário. • Verificar tipos de barras existentes e identificar as que melhor se adaptem às condições do local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança na utilização do chuveiro e do vaso sanitário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Um mês após implantação. • Manutenção preventiva anual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instalada barra nos banheiros.

Continua

continuação

Identificar o problema	Definir o contexto	Propostas de melhorias	Razões	Avaliação	Metas atingidas
Inadequada estrutura para acesso (rampas/elevador) no ambiente interno do residencial.	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de acessibilidade entre os andares da residência. Este acesso é realizado somente por escada. 	<ul style="list-style-type: none"> Instalar plataforma (elevador) entre os andares. Plataforma hidráulica. Elevador de passageiros, residencial. 	<ul style="list-style-type: none"> Favorecer acessibilidade aos idosos sem condições de locomoção. 	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção preventiva anual. 	<ul style="list-style-type: none"> Comprado e instalado a plataforma de acesso.
Falta de protocolos e rotinas de cuidados de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de uma Sistematização da assistência de enfermagem escrita e rotinizada. 	<ul style="list-style-type: none"> Estruturar e implantar SAE. Estruturar SAE manualmente na etapa de investigação (histórico de enfermagem). Informatizar sistema futuramente. 	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer as ações sistematizadas e sequenciais que visam o cuidado de enfermagem ao indivíduo e família. Construir os protocolos de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos protocolos e processos anualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolos realizados.
Falta de escala de plantões de técnicos de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de escalas de plantões dos técnicos de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer escalas de plantões mensais. 	<ul style="list-style-type: none"> Organização dos funcionários em escalas de trabalho, conforme CLT. 	<ul style="list-style-type: none"> Mensal. 	<ul style="list-style-type: none"> Implantados.
Falta de escala de tarefas de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de escalas de tarefas para os técnicos de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer escalas mensais de tarefas. 	<ul style="list-style-type: none"> Organização das atividades dos funcionários com rodízio mensal. 	<ul style="list-style-type: none"> Mensal. 	<ul style="list-style-type: none"> Implantados.
Equipe de apoio inadequada.	<ul style="list-style-type: none"> Apenas um profissional para copa e higienização/serviços gerais. 	<ul style="list-style-type: none"> Contratar uma pessoa para auxiliar na cozinha e preparar as refeições. Contratar uma pessoa para a higienização. 	<ul style="list-style-type: none"> Adequação do quadro funcional às necessidades da empresa. 	<ul style="list-style-type: none"> Um mês após a contratação. 	<ul style="list-style-type: none"> Contratadas uma cozinheira e duas auxiliares de higienização.
Falta de rotina de limpeza na cozinha e copa.	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de orientação para a limpeza dos armários e utensílios domésticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar rotina de limpeza para a cozinha e copa. 	<ul style="list-style-type: none"> Organização das atividades dos funcionários com rodízio mensal e higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> Mensal. 	<ul style="list-style-type: none"> Implantados.
Inexistência de geladeira para dietas enterais e	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de geladeira própria para as dietas e para as medicações. 	<ul style="list-style-type: none"> Comprar duas geladeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> Dietas e medicamentos adequadamente 	<ul style="list-style-type: none"> Controle e registro da temperatura diariamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Compradas geladeiras e instaladas.

continua

continuação

medicações			armazenados.	• Limpeza semanal.	
Identificar o problema	Definir o contexto	Propostas de melhorias	Razões	Avaliação	Metas Atingidas
Falta de tela de proteção nas janelas da cozinha.	• Inexistência de tela de proteção para insetos nas janelas da cozinha.	• Comprar tela de proteção e instalar nas janelas	• Proteção contra insetos.	• Avaliação das condições das telas semestralmente. • Limpeza das telas semestralmente.	• Telas compradas e ainda não instaladas.
Falta de placa de identificação na fachada da residência.	• Inexistência de placa de identificação do estabelecimento.	• Planejar <i>layout</i> da placa para identificação do residencial. • Instalar placa de identificação.	• Identificação adequada do residencial geriátrico.	• Avaliação das condições visuais anualmente. • Limpeza da placa anualmente.	• Placa instalada.
Falta de mobília nas salas de convivência/visita interna e externa.	• Inexistência de mobília para a sala de convivência.	• Planejar <i>design</i> interno da sala. • Comprar mobília adequada para o idoso.	• Local confortável e adequado para laser dos idosos e familiares.	• Limpeza diária da sala. • Avaliação dos móveis mensalmente.	• Comprado mobiliário e instalado.
Inexistência de telas de proteção nas janelas e sacadas.	• Inexistência de telas de proteção nas janelas e sacadas.	• Comprar e instalar telas de proteção para as janelas. • Comprar e instalar redes de proteção para as sacadas.	• Evitar a entrada de insetos. • Proteção para quedas.	• Avaliação das condições das telas e rede semestralmente. • Limpeza das telas semestralmente.	• Telas compradas e ainda não instaladas.
Equipe de enfermagem e de apoio sem uniforme padronizado.	• Funcionários sem uniformes adequados às atividades exercidas.	• Comprar uniformes para equipe de enfermagem e equipe de apoio.	• Padronização do vestuário da equipe do residencial geriátrico.	• Anual.	• Compradas, aguardando entrega.
Dietas enterais armazenadas em local inadequado.	• Caixas de dietas enterais no chão.	• Fazer armário fechado e com boa ventilação para armazenamento das dietas.	• Armazenamento e conservação de dietas enterais.	• Uma semana após implantação. • Reavaliar um mês após a primeira avaliação.	• Comprado mobiliário e instalado.

continua

Identificar o problema	Definir o contexto	Propostas de melhorias	Razões	Avaliação	Metas Atingidas
Inexistência de um local específico para área administrativa.	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de sala para área administrativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar estrutura física. Destinar local para a área administrativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Privacidade no atendimento aos clientes. Local específico para armazenar informações pertinentes ao funcionamento do residencial. 	<ul style="list-style-type: none"> Um mês após implantação. Reavaliar em seis meses após a primeira avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> Montada e mobiliada a sala.
Plano terapêutico médico e de enfermagem inexistentes.	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de plano terapêutico médico e de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar plano terapêutico médico e de enfermagem. Informatização do plano terapêutico. 	<ul style="list-style-type: none"> Condutas terapêuticas planejadas e descritas. Respaldo legal. 	<ul style="list-style-type: none"> Semanal. 	<ul style="list-style-type: none"> Implantado plano terapêutico médico. Plano de enfermagem em processo de construção.
Falta de lavatório no quarto dos pacientes acamados.	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de lavatório nos quartos dos pacientes acamados. 	<ul style="list-style-type: none"> Comprar e instalar pia para higienização das mãos nos quartos. 	<ul style="list-style-type: none"> Profilaxia contra infecções cruzadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Limpeza diária do local. 	<ul style="list-style-type: none"> Implantado.
Inexistência de posto de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de posto de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar estrutura física. Estabelecer local para a área do posto de enfermagem. Estruturar e organizar o posto de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Local para manuseio de medicamentos. Local específico para armazenar informações pertinentes aos clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Um mês após implantação. Reavaliar em seis meses após a primeira avaliação. Limpeza diária da área. 	<ul style="list-style-type: none"> Montado e mobiliado.
Inexistência de dispensadores de álcool gel e sabonete degermante.	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de dispensadores para álcool gel e sabonete degermante. 	<ul style="list-style-type: none"> Comprar e instalar dispensadores de álcool gel e sabonete degermante. 	<ul style="list-style-type: none"> Melhora do processo de higienização das mãos da equipe e dos clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Um mês após implantação. Limpeza diária dos dispensadores. 	<ul style="list-style-type: none"> Implantado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

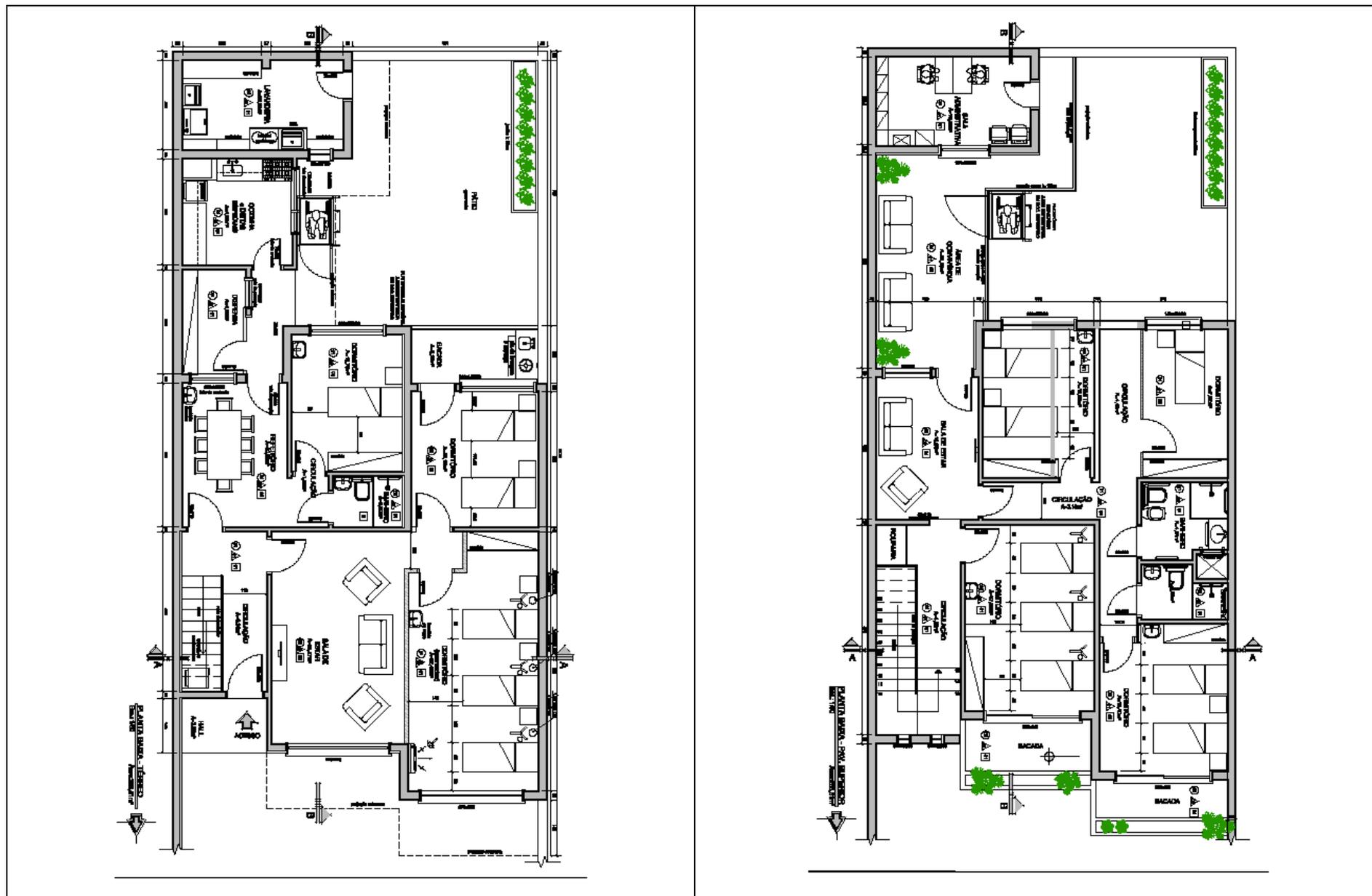
b.1) Mapeamento dos recursos físicos

A sobrevivência e o crescimento da empresa dependem de decisões referentes aos recursos. Essas decisões podem acarretar consequências positivas e negativas. (ROHNER, 2012).

A especificação dos recursos necessários para um residencial geriátrico requer um entendimento claro de quais recursos (humanos, sociais, financeiros, tecnológicos, físicos e organizacionais) são necessários para executar a estratégia básica do negócio. (BRUSCH; GREENE; HART, 2002). A cuidadosa relação desses recursos disponíveis deve atender às necessidades do negócio.

Para melhor visualização dos ambientes físicos, este é apresentado na planta baixa que segue:

Figura 1 – Planta baixa do primeiro e segundo andar do residencial.



No Quadro 3, é apresentado o diagnóstico do meio físico, identificando a quantidade e a descrição dos locais.

Quadro 3 – Caracterização do ambiente físico de um residencial geriátrico no município de Canoas, RS, 2013.

Quantidade	Local	Descrição
7	Quarto	Localizados 3 no andar térreo e 4 no superior. Apresentam 2 ou 3 camas, uma cômoda, um guarda-roupa, uma poltrona para cada cama respectivamente, ar-condicionado split, um televisor de 32". Foram instalados dispensadores de álcool gel e um lavatório.
4	Ambientes de convívio comum	Duas salas de estar estão localizadas no ambiente interno do residencial, sendo uma no andar térreo e outra no andar superior. Um ambiente de convívio está localizado no jardim de inverno e um na frente do residencial com cadeiras e guarda-sol.
3	Banheiros	Um quarto com banheiro e dois banheiros de uso comum, um para pacientes e outro para a equipe. Todos os banheiros possuem barras de segurança.
1	Posto de enfermagem	Localizado no segundo andar do residencial. Possui dispensador de álcool gel, dispensador de sabão (<i>clorexidine degermante</i>), lixeira para reciclados e comum, kit de materiais (punção, oxigenioterapia, sondagem vesical, sonda nasoentérica, aspiração, seringas, agulhas, algodão e material para fixação, tais como esparadrapo, micropore e medipore), material para curativo, soroterapia, almotolias com clorexidine alcoólico e aquoso, luvas, dispensador de papel-toalha, bandejas, termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro, aparelho de glicemia capilar, suportes de soro, torpedo de oxigênio e pastas dos clientes.
1	Área administrativa	Localizada no segundo andar. Contém dois armários, uma mesa, um ar-condicionado, material de escritório, impressora, computador, arquivos e local específico para armazenamento de medicamentos de uso diário e controlados.
1	Copa	Localizada no térreo. Local onde se realizam as refeições diárias. Espaço ocupado por uma mesa de jantar com seis cadeiras.
1	Cozinha	Localizada no térreo ao lado da copa. Local para preparo das refeições diárias. Estruturada com fogão, geladeira, micro-ondas, armários pré-modulados, pia, exaustor e tela de proteção contra insetos e lixeira para material orgânico e inorgânico.

Continuação

Continua

1	Sala para preparo de dietas enterais	Localizada no térreo ao lado da cozinha. Local para preparo e armazenamento das dietas enterais. Estruturada com pia de inox conforme preconizado, geladeira exclusiva para dietas e lixeira.
1	Expurgo	Localizado no térreo. Estruturada com descartex (para material perfuro-cortante), pia de inox, lixeira para material contaminado e outro para fraldas.
1	Lavanderia	Localizada no térreo. Estruturada com tanque, máquina de lavar roupa, armário para armazenar material de limpeza, hamper, baldes, prendedores, varal, mesa pequena para dobrar roupa, cadeira e lixeira na parte externa da lavanderia.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O residencial possui quatro (4) extintores de incêndio classe C e um plano de evacuação em caso de incidentes. Dois funcionários do Residencial possuem treinamento para situações de incêndio e evacuação predial.

b.2) Mapeamento recursos humanos

A identificação dos recursos humanos traz uma visão estratégica da empresa, pois através dela verificam-se as competências essenciais do grupo de colaboradores. Esse processo auxilia na identificação das lacunas existentes, possibilitando melhoria através da elaboração de um plano de ações, como treinamento e desenvolvimento, como foco na pessoa idosa, permitindo que os colaboradores tenham consciência do que necessitam para seu próprio desenvolvimento. (BAISCH et al., 2006).

Conforme a RDC nº 283/2005, uma instituição para idosos deve ter “pelo menos um responsável técnico, um profissional de nível superior da área de lazer e cuidadores de acordo com o grau de dependência e número de residentes”, além dos profissionais dos serviços de alimentação, limpeza e lavanderia. (WATANABE et al., 2009).

Os quadros 4 e 5 apresentam o quadro de funcionários do residencial geriátrico e as atividades desempenhadas e competências em cada função.

Quadro 4 – Quadro de funcionários de um residencial geriátrico no município de Canoas, RS, 2013.

Recurso Humano	Quantidade	Manhã	Tarde	Noites
Quadro permanente				
Enfermeiro	1	1		
Técnicos de enfermagem	4	1	1	2
Cozinheira	1	1		0
Auxiliar de serviços gerais	1	1		0
Quadro contratado				
Fisioterapeuta	1	1		0
Fonoaudióloga	1	1		0
Nutricionista	1	1		0
Médico	1	1		0
Odontólogo	1	SN		0

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Quadro 5 – Mapeamento das funções dos funcionários de um residencial geriátrico no município de Canoas, RS, 2013.

Função	Características
Enfermeiro	Permanece no horário comercial (8 às 12 horas e das 13h30 às 18h), permanecendo de sobreaviso no período da noite.
Técnico de enfermagem	Permanecem no Residencial por 24h, as funcionárias realizam plantões de 12/36 horas.
Fisioterapeuta	Realiza atendimentos 3 (três) vezes na semana, geralmente segunda, quarta e sexta-feira.
Fonoaudióloga	Realiza atendimentos 2 (duas) vezes na semana, geralmente na segunda e na sexta-feira.
Nutricionista	Realiza visitas semanas nas terças-feiras a tarde.
Médico	Realiza visita duas vezes no mês a cada 15 (quinze) dias e dá suporte pessoalmente ou por telefone em situações peculiares.
Odontólogo	Realiza visitas conforme solicitação e agendamento prévio.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O residencial ainda recebe dois estagiários do curso de técnicos de enfermagem, que permanecem na instituição diariamente por 6 horas de segunda a sexta-feira, um em cada turno (manhã e tarde).

c) PERFIL DO CLIENTE

A análise do perfil do idoso a ser atendido pelo residencial geriátrico representa uma importante estratégia para o desenvolvimento de vantagens competitivas. A identificação do público-alvo e seu interesse, visando a atender suas próprias necessidades, facilitam o desenvolvimento de estratégias de diferenciação

para obter vantagens diante dos concorrentes, garantindo um crescimento sustentável.

Para Sheth, Mittal e Newman (2001, p.28), “um cliente é uma pessoa ou uma unidade organizacional que desempenha um papel de consumação de uma transação com o profissional de marketing ou com uma entidade”. Para Lemos (2001, p. 19), as “empresas de sucesso se adaptam aos clientes e não ao contrário. O serviço ao cliente pode ser a diferença entre o sucesso e o fracasso”.

O conhecimento das informações necessárias para a escolha do serviço é um dos principais fatores para a escolha do serviço, pois pela perspectiva do cliente a organização cria valores para seus produtos e serviços, bem como o quanto as pessoas estão dispostas a pagar por ele. Desse modo, duas perguntas deverão ser respondidas: “Para alcançarmos nossa missão, como deveríamos ser vistos pelos nossos clientes?” e “O que uma empresa deve oferecer aos clientes para alcançar altos níveis de satisfação, retenção, captação e participação no mercado?” (KAPLAN; NORTON, 1997, p. 79).

O residencial geriátrico é indicado aos seguintes clientes:

- a) homens e mulheres acima dos 60 anos;
- b) homens e mulheres adultos (>18 anos) com dependência total de cuidados);
 - a) idosos portadores de patologias crônicas;
 - b) idosos parcialmente dependentes: apresenta nível de consciência com confusão mental, mobiliza-se com auxílio de terceiros;
 - c) idosos totalmente dependentes: totalmente restritos ao leito, associados à necessidade de algum dos suportes terapêuticos (higiene e conforto, dieta enteral, troca de curativos, etc);
 - d) idosos independentes.

Identificou-se que as necessidades dos clientes são:

- a) suporte técnico de equipe multiprofissional;
- b) manter ambiente favorável a mudanças;
- c) ambiente seguro;
- d) atendimento qualificado e acolhedor;
- e) risco de intercorrências diminuído;
- f) ações educativas para seus clientes internos;
- g) gerenciamento de casos crônicos.

d) INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO GERIÁTRICA

Com o envelhecimento, as doenças crônicas se manifestam com maior frequência e, na maioria das vezes, são geradoras de processos incapacitantes que afetam a funcionalidade do idoso. (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Nessa perspectiva, a avaliação da capacidade funcional para se adaptar aos problemas diários é de extrema relevância para se estabelecer metas que servirão como base para a tomada de decisões sobre as melhores intervenções para o cuidado.

A avaliação geriátrica deve ser eficiente e completa e se basear em diagnósticos funcionais interdisciplinares e adaptados culturalmente ao meio em que será aplicada, objetivando relacionar as principais incapacidades apresentadas pelo idoso. Seu objetivo é diagnosticar precocemente os problemas de saúde do idoso, bem como o aporte de serviços necessários para manter sua capacidade funcional para o desempenho de suas atividades diárias.

A importância dessa avaliação é fundamental para o planejamento dos cuidados ao idoso no residencial geriátrico. É essencial que todos os profissionais estejam envolvidos e que seja um processo contínuo de obtenção de dados. A finalidade do Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência do idoso, com a preservação ou a melhoria da capacidade funcional do idoso, prevenindo as doenças e recuperando a saúde; isso vai garantir a permanência do idoso no meio social e lhe permitir exercer suas funções na sociedade. (BRASIL, 1996).

A construção do instrumento de avaliação amplo para os idosos do residencial geriátrico traz evidências importantes de previsibilidade de suas condições, cobrindo uma área nos cuidados de saúde que não é contemplada em outros instrumentos. Assim, o instrumento de investigação e avaliação geriátrica multidimensional e multiprofissional foi elaborado especificamente para o residencial geriátrico, baseado no referencial teórico, da missão e da necessidade dos clientes.

Os dados coletados na avaliação inicial auxiliarão a organizar as práticas assistenciais com melhor custo/benefício, identificando alterações do estado funcional ou de saúde do idoso em vários momentos. Esse tipo de avaliação auxilia no acompanhamento dos resultados implementados ao idoso, favorecendo de forma consistente a abordagem multiprofissional. Nessa perspectiva, a avaliação geriátrica permite que a equipe determine objetivamente as necessidades de serviços

multidisciplinares de acordo com os dados relacionados a cada instrumento aplicado.

Os aspectos importantes que foram considerados na avaliação multidimensional (APÊNDICE A) do idoso são:

1. identificação completa do idoso (incluindo dados demográficos);
2. dados socioeconômicos do idoso;
3. identificação do(s) cuidador(es) com telefone;
4. hábitos de vida: verifica quais os fatores de risco observados (fumo, obesidade, alcoolismo, drogas, sedentarismo);
5. avaliação breve nas seguintes áreas:

a) Nutrição:

Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Esse índice indica o estado nutricional do idoso e é calculado através do peso (kg) dividido pela estatura (m) ao quadrado. (NAJAS; NEBULONI, 2005). Para a classificação do estado nutricional do idoso a partir do IMC, utilizam-se os pontos de corte apresentados no quadro 6.

Quadro 6 – Classificação do estado nutricional segundo o IMC adotado para o idoso.

IMC	Classificação de estado nutricional
< 22 Kg/m ²	Desnutrição
22 – 27 Kg/m ²	Eutrofia
> 27 Kg/m ²	Obesidade

Fonte: NAJAS; NEBULONI, 2005.

O Escore da Triagem Nutricional do Idoso (Escore de TRINI) avalia se o idoso apresenta algum risco nutricional. Se o escore for inferior a 5 pontos, o idoso deve ser encaminhado para avaliação nutricional. Esse escore foi criado especialmente para este projeto, apenas para triagem de risco nutricional. Apesar de ser testado em uma amostra de idosos no município de Manaus, ele ainda necessita ser validado. (VIEGAS et al., 2009).

b) Condição neuroemocional e de comportamento:

Avalia os aspectos da função cognitiva, depressão, ansiedade e sexualidade. Na avaliação cognitiva, se o escore for inferior a 5, sugere-se a aplicação da Miniavaliação do Estado Mental (MEEM). (LOURENÇO; VERAS; RIBEIRO, 2008). Na suspeita de depressão, sugere-se a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG). (YESAVAGE et al., 1983). Em suspeita de ansiedade, aplica-se a

Escala de Ansiedade de Hamilton. Os idosos devem ser encaminhados para avaliação com o psicólogo se os testes identificarem qualquer alteração.

c) Funcionalidade:

É realizada uma avaliação em quatro modalidades, sendo que o escore de 15 a 18 indica funcionalidade normal; de 9 a 14, indica funcionalidade parcial; e inferior ou igual a 8, não funcional. As quatro modalidades avaliadas são mobilidade e amplitude de movimento, força muscular, coordenação e equilíbrio, e risco de quedas. Os idosos com escore inferior a 15 deverão ser encaminhados para avaliação com o fisioterapeuta.

d) Avaliação geral de saúde:

É composto pelo histórico do paciente com queixa inicial, outras queixas, doenças prévias, tratamento medicamentoso atual, alergias, imunizações, incontinência, avaliação da independência e do autocuidado. Para este último, será utilizado um escore de no máximo 14 pontos. O maior escore determina o grau de dependência do idoso. Para verificar alterações, sugere-se a utilização dos índices de Katz¹ (SHELKEY; WALLACE, 2012) (ANEXO A), Barthel² (DE GRANDER; ALBRECHT; HAMILTON, 1979) (ANEXO B) e ECDAC³ (NUNES, 1982) (ANEXO C).

Também é realizada uma breve avaliação odontológica, que consiste na avaliação da boca e dos dentes. Todas as alterações encontradas serão encaminhadas para avaliação com um odontólogo.

É imprescindível elaborar um plano de reabilitação para o idoso, quando for observada qualquer alteração funcional. A reabilitação é um processo que deve ser educativo, dinâmico, progressivo e contínuo, tendo como objetivo a restauração funcional do idoso e sua reintegração à sociedade. (RING, 1994).

Conforme BRUMMEL-SMITH (2014), os seguintes passos para a reabilitação do idoso devem ser seguidos:

- estabilizar o problema primário e prevenir complicações secundárias, principalmente as que podem desencadear limitações funcionais. (RING, 1994);
- restaurar a função perdida, melhorando o desempenho funcional para as atividades básicas da vida diária e possibilitando maior independência total ou parcial ao idoso. (RING, 1994);

1 Índice de independência nas atividades de vida diária desenvolvido por Sidney Katz.

2 Avaliação das atividades da vida diária (AVDs), medindo-se a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações.

3 Escala de Capacidade do Diabético para o Autocuidado.

- promover adaptação da pessoa ao seu ambiente, possibilitando ao idoso o convívio com suas limitações. (RING, 1994);
- adaptar o ambiente à pessoa;
- promover adaptação familiar para que o idoso não se sinta improdutivo ou um “peso” social. (DIOGO; CAMPEDELLI; CEOLIM, 1994).

Uma avaliação holística de saúde do idoso deve incluir a análise de suas funções física, mental e social, permitindo que a atenção ao idoso seja concentrada na sua capacidade funcional no ambiente. (LEVY, 2001). Para isso, a avaliação geral de saúde é uma estratégia que deve ser utilizada por todos os profissionais de saúde, em qualquer contexto assistencial, permitindo identificar o perfil de forma ampla e criteriosa.

e) PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Os Procedimentos Operacionais padrão (POPs) foram desenvolvidos seguindo-se a metodologia de Colenghi (1997). São descrições detalhadas de todas as operações necessárias para a realização das atividades gerenciais e de enfermagem, ou seja, é um roteiro padronizado para a realização dessas atividades. Seu objetivo principal é padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais, garantindo a qualidade dos serviços prestados em qualquer momento. A validação dos POPs será realizado por uma enfermeira não inserida no serviço.

Foram criados POPs administrativos e de enfermagem, elaborado para Solarium Residencial Geriátrico. Os POPs administrativos são: admissão do cliente; alta do cliente; condutas em situações de urgência; liberação do idoso do Residencial para atividades externas; orientações na conduta de saídas dos clientes para passeio; perfil de comunicação de situações atípicas ou emergenciais; registro de vinculação a convênios; situações de óbito; solicitação de serviços terceirizados; visita de futuros clientes ao Residencial.

Os POPs de enfermagem são: administração de medicamentos; alimentação via oral com auxílio; banho de aspersão; banho de leito; coleta de material biológico para exames laboratoriais; cuidados com gastrostomia e jejunostomia; encaminhamento para realização de exames de imagem; lavagem de mãos; prevenção de quedas; prevenção de úlceras por pressão; registro de enfermagem;

rotina de trabalho da equipe assistencial; sondagem vesical de demora/alívio; transporte/transferência cama-cadeira; verificação de sinais vitais.

POPs elaborados para Solarium Residencial Geriátrico:

e.1) Procedimento Operacional Padrão administrativo de admissão do cliente:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Admissão do cliente.	
Objetivo: Recepcionar e acomodar o cliente no residencial.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Recepcionar o cliente e seu familiar ao chegar ao residencial geriátrico. - Apresentar a equipe ao novo cliente (enfermeiro, técnicos de enfermagem e equipe de apoio). - Acompanhar o cliente até o quarto. - Acomodá-lo confortavelmente na cama ou na poltrona. - Realizar a revisão das roupas, material de higiene e pertences do cliente junto com familiar ou representante legal/acompanhante (APÊNDICE B). - Revisar junto com familiar e cliente a receita dos medicamentos de uso contínuo. - Revisar todos os medicamentos, doses e horários. - Questionar cliente e familiar sobre alergias a medicamentos e alimentos. - Encaminhar familiar à área administrativa para outros esclarecimentos burocráticos. - Montar o arquivo-pasta do cliente (APÊNDICE C). 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.2) Procedimento Operacional Padrão administrativo de alta do cliente:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Alta do Residencial.	
Objetivo: Orientar alta do cliente.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enf^a Dr^a Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o familiar ou responsável legal caso deseje encaminhar o cliente para outra instituição, que deve comunicar o Residencial com trinta dias de antecedência conforme o contrato. - Orientar a família que, caso ocorra alguma situação que necessite o encaminhamento do cliente para outra instituição por razões internas (agressividade), inadequação de convivência ou por dificuldades com a família, a instituição tem o dever de chamar o familiar para conversar e dar o prazo de trinta dias para que procure algum outro residencial. - Conferir junto com os familiares os pertences do cliente e fornecer a prescrição médica utilizada (APÊNDICE B). - Realizar registros no arquivo-pasta do cliente. - Arquivar documentos. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.3) Procedimento Operacional Padrão administrativo de conduta em situações de urgência:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Situações de Urgência.	
Objetivo: Orientar como proceder em casos emergenciais.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enf^a Dr^a Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a qual convênio o cliente está vinculado. - Proceder à ligação para o respectivo convênio e informar o quadro do cliente. - Disponibilizar os documentos de identidade do cliente e a carteira do respectivo convênio. - Disponibilizar para a equipe que virá realizar o atendimento a pasta do cliente. - Disponibilizar um profissional do Residencial para acompanhar o cliente se houver necessidade de remoção. - Comunicar a família sobre a necessidade de um atendimento emergencial e informar o quadro do cliente. - Solicitar que o familiar se desloque para o respectivo hospital se houver necessidade de remoção. - Manter a equipe informada sobre o quadro do cliente hospitalizado. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.4) Procedimento Operacional Padrão administrativo de liberação do cliente do Residencial para atividades externas:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Liberação do cliente do Residencial para atividades externas.	
Objetivo: Orientar conduta de saídas dos clientes para atividades externas.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enf^a Dr^a Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar que o familiar comunique com antecedência de três dias a intenção de realizar atividade externa com o idoso. - Encaminhar e orientar familiar responsável quanto às doses e horários de medicamentos através de uma cópia da prescrição. - Orientar familiar no manuseio de sondas (enteral e vesical), quando em uso. - Encaminhar roupas e material de higiene se necessário. - Colocar-se à disposição da família em caso de alguma eventualidade por telefone ou pessoalmente. - Questionar o familiar sobre essa vivência do paciente e realizar os devidos registros no arquivo-pasta. - Estimular a família a esse tipo de conduta. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.5) Procedimento Operacional Padrão administrativo de orientações na conduta de saídas dos clientes para passeio:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Orientações na conduta de saídas dos clientes para passeio.	
Objetivo: Orientar alta do cliente.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enf^a Dr^a Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o familiar, caso deseje encaminhar o cliente para outra instituição, deverá comunicar o Residencial com trinta dias de antecedência conforme o contrato. - Orientar a família que, caso ocorra alguma situação que necessite o encaminhamento do cliente para outra instituição por razões internas (agressividade), inadequação de convivência ou por dificuldades com a família, a instituição tem o dever de chamar o familiar para conversar e dar o prazo de trinta dias para que procure algum outro residencial. - Conferir junto com os familiares os pertences do cliente e fornecer a prescrição médica utilizada (APÊNDICE D). - Realizar registros no arquivo-pasta do cliente. - Arquivar documentos. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.6) Procedimento Operacional Padrão administrativo para formatar o perfil de comunicação de situações atípicas ou emergenciais:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Protocolo para formatar o perfil da comunicação de situações atípicas ou emergenciais.	
Objetivo: Formatar a forma de realizar ligações com o objetivo de informar o quadro clínico do cliente, alterações de sensório ou situações emergenciais.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a qual convênio o cliente está vinculado (Lista cliente/convênio). - Realizar a ligação para a respectiva empresa. - Identificar-se: p. ex.: Estou ligando da Solarium Residencial Geriátrico, sou a técnica de enfermagem OU sou a enfermeira tal, gostaria de informar o estado do paciente (nome, idade, doença de base e alterações detectadas). - Realizar o registro da orientação recebida. - Proceder à repetição das informações recebidas para confirmar a orientação verbal. - Realizar o devido registro na pasta-arquivo do paciente 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.7) Procedimento Operacional Padrão administrativo de registro de vinculação a convênios:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Registro de vinculação a convênios.	
Objetivo: Registrar na admissão de novo cliente ou na troca de convênio em formulário respectivo para favorecer a agilidade para ligações no momento de situações emergenciais e para marcação de agendamentos ambulatoriais diversos.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Verificar junto ao familiar a qual convênio o cliente está vinculado. - Solicitar carteira de convênio e arquivar em local específico do residencial. - Realizar o registro do novo cliente na planilha de convênios. - Manter planilha atualizada. - Solicitar que a família mantenha a atualização contínua no caso de alguma troca de convênio, desvinculação ou a respeito de novos benefícios adquiridos. - Manter a planilha próxima ao telefone. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.8) Procedimento Operacional Padrão administrativo em situações de óbito:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Óbitos.	
Objetivo: Orientar como proceder na ocorrência de óbitos.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar ao médico do residencial o quadro clínico do cliente e solicitar a constatação do mesmo e o atestado de óbito. - Solicitar a presença da família no Residencial na iminência de óbito ou após sua constatação. - Encaminhar a família a uma sala reservada e comunicar a situação. - Acompanhar a família para ver o corpo. - Orientar e auxiliar os familiares, quando necessário, no trâmite burocrático e do funeral. - Auxiliar na remoção do corpo pela funerária, quando necessário. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.9) Procedimento Operacional Padrão administrativo de solicitação de serviços terceirizados:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Solicitação de Serviços terceirizados (fisioterapia, fonoaudiologia e odontologia).	
Objetivo: Orientar como proceder na solicitação da avaliação e acompanhamento do profissional terceirizado.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a necessidade de um acompanhamento profissional terceirizado conforme identificação realizada através de um instrumento de avaliação do cliente. (APÊNDICE A). - Realizar a solicitação de acompanhamento profissional terceirizado conforme solicitação médica. - Comunicar à família a necessidade da intervenção de outro profissional, explicar o motivo e a importância desse acompanhamento e solicitar sua autorização ou uma indicação de profissional de sua confiança. - Informar o valor dos serviços prestados por profissional terceirizado à família e confirmar autorização. - Agendar uma avaliação com profissional vinculado ao residencial ou conforme indicação da família. - Acompanhar o profissional e informá-lo a respeito do quadro do cliente. - Disponibilizar materiais conforme a necessidade. - Indicar ao profissional onde ficam as pastas dos clientes para os devidos registros; - Realizar os registros. - Manter a família informada da evolução do cliente e disponibilizar o telefone do profissional para outros esclarecimentos. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.10) Procedimento Operacional Padrão administrativo de visita de futuros clientes ao Residencial:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Visita de futuros clientes ao Residencial.	
Objetivo: Apresentar e orientar o funcionamento do Residencial aos clientes e/ou familiar/responsável legal que tem interesse em utilizar os serviços do Residencial.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enf^a Dr^a Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Atender ligações de possíveis clientes e fornecer informações sucintas sobre o residencial. - Convidar o possível cliente a realizar uma visita ao residencial, agendando um horário. - Oferecer ao cliente ou a seu familiar a possibilidade de passar um turno (manhã ou tarde) no residencial para se ambientar e conhecer um pouco da dinâmica do local sem ônus para a família. - Mostrar as dependências do residencial e seus serviços de hotelaria. - Informar que a instituição oferece serviços para clientes que decidem residir no residencial ou utilizar os serviços por temporadas, bem como dispõe de serviços com diárias com opção de buscar e levar o cliente em sua residência. - Informar o quadro dos profissionais próprios e terceirizados que compõe o residencial: enfermeira, médico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e odontologista, cozinheira e auxiliar de serviços gerais. - Mostrar à família e ao cliente como funcionam os registros no arquivo-pasta e a separação das medicações. - Sinalizar a utilização da plataforma no que tange a questão da acessibilidade. - Mostrar que os banheiros possuem barras de segurança conforme preconizado pelas resoluções governamentais. - Comentar a realização de festas em datas comemorativas, propiciando uma socialização maior entre os colegas da instituição, a família e a equipe multidisciplinar. - Informar que a família não tem horário restrito para visitar seu familiar no residencial geriátrico. - Fornecer cartão de visitas ao cliente e à família. - Informar ao cliente que visitar o residencial e que não tem condições de trazer o seu familiar que o enfermeiro, mediante agendamento prévio, poderá realizar visita domiciliar ou hospitalar para conhecer um pouco do perfil do possível cliente. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.11) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de administração de medicamentos:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Administração de medicamentos.	
Objetivo: Orientar quanto à segurança na administração dos medicamentos prescritos.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enf^a Dr^a Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Verificar se todas as medicações foram dispensadas adequadamente conforme prescrição. - Administrar a medicação ao cliente após a verificação dos nove “certos” das medicações (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa). - Realizar a verificação da pressão arterial antes da administração de medicamentos anti-hipertensivos. - Verificar se o cliente realmente deglutiou a medicação. - Realizar a verificação da medicação na prescrição. - Administrar as medicações “se necessário” após comunicar a enfermeira. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.12) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de alimentação via oral com auxílio:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Alimentação via oral com auxílio.	
Objetivo: Fornecer nutrientes necessários para manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, favorecer a manutenção da flora e da motilidade gastrointestinal e assegurar o bem-estar psicológico.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enf^a Dr^a Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar recursos junto ao indivíduo se necessário. - Lavar as mãos. - Instruir o cliente sobre o procedimento e solicitar sua colaboração. - Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se em semi-fowler. - Providenciar a lavagem das mãos do indivíduo. - Preparar os alimentos se necessário. - Alimentar ou assistir o cliente ao se alimentar respeitando seu ritmo de mastigação e deglutição. - Oferecer água periodicamente ou quando o cliente solicitar. - Limpar os lábios sempre que necessário. - Lavar ou assistir o indivíduo na lavagem da cavidade oral. - Manter o cliente neste mesmo posicionamento durante trinta minutos. - Lavar as mãos. <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aconselhar o cliente sobre suas necessidades nutricionais. - Assegurar a ingestão das doses e dos nutrientes necessários. - Validar se existem contra-indicações quanto à alimentação por via oral como náuseas, vômitos, alterações de deglutição e outros. - Analisar as preferências do cliente levando em consideração questões culturais, religiosas ou outras, e encontrar alternativas. - Providenciar um local calmo e agradável livre de sujidades e odores desagradáveis. - Assegurar que a apresentação da alimentação seja agradável visivelmente. - Remover o alimento da embalagem somente no momento do consumo. - Preparar o alimento conforme as limitações do indivíduo. - Conversar e estimular o cliente no transcorrer da alimentação. <p>Referências: CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p>	

Fonte: SOUZA (2014).

e.13) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de banho de aspersão:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Banho de aspersão.	
Objetivo: Proporcionar higiene e conforto ao cliente e reduzir potencial de infecções.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Conferir a prescrição de enfermagem. - Verificar a necessidade da realização do procedimento. - Realizar a higienização das mãos. - Explicar o procedimento ao cliente e auxiliá-lo a separar seus objetos de uso pessoal. - Encaminhar o cliente ao chuveiro. - Orientá-lo em relação aos cuidados no banho. - Acompanhar e/ou supervisionar o cliente durante o banho de aspersão. - Auxiliar o cliente a enxugar o corpo e os cabelos com a toalha quando necessário. - Orientar e/ou encaminhar o cliente até o leito. - Orientar o cliente para deixar o local em ordem (ou ajudá-lo quando necessário). - Desprezar os resíduos. - Realizar a higienização das mãos. - Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências (técnico de enfermagem). - Registrar em evolução de enfermagem a qualidade e efetividade do cuidado (enfermeiro). <p>Referências: BARE, Brenda G.; SUDDARTH, Doris Smith. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. POTTER, Patrícia A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009. KOCH, Rosi Maria et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004. SILVA, Lolita Dopico, PEREIRA, Sandra Regina Maciqueira; MESQUITA, AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005. NETTINA, Sandra M. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.</p>	

Fonte: SOUZA (2014).

e.14) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de banho de leito:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Banho de leito.	
Objetivo: Promover a higiene e o conforto do cliente, prevenir infecções, observar integridade da pele e mucosas e estimular a circulação.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos. - Orientar o cliente quanto à necessidade do procedimento. - Preparar o material. - Manter o ambiente em temperatura agradável ao cliente. - Proporcionar privacidade ao cliente. - Baixar a cabeceira e as grades da cama. - Soltar as roupas de cama. - Remover as roupas do cliente, por etapa, e colocá-la no hamper ou cesto apropriado. - Manter o cliente coberto com o lençol de cima durante o procedimento. - Iniciar a higienização pelo rosto, orelhas, pescoço, braços e axilas. - Lavar com atenção a região submamária nas mulheres. - Continuar com o abdômen, prestando atenção às regiões umbilical e inguinal. - Lavar os membros inferiores, e espaços interdigitais. - Colocar o cliente em decúbito lateral e lavar a parte posterior do pescoço, ombros, dorso, coxas e região dos quadris. - Lavar genitais por último. - Enxugar criteriosamente o cliente e remover a roupa de cama colocando lençóis limpos. - Fazer massagem de conforto em áreas de pressão durante a aplicação de hidratante corporal. - Retirar as luvas e descartá-las em recipiente apropriado. - Higienizar as mãos. - Fazer anotações no prontuário, observando horário e reação do cliente, além de alterações na pele do cliente (ex: escoriações). <p>OBSERVAÇÕES:</p> <p>HIGIENE ÍNTIMA FEMININA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos. - Explicar e orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o que será feito. - Levar o material para junto do cliente. - Posicionar o cliente em decúbito dorsal. - Afastar os grandes lábios com os dedos, polegar e indicador, e proceder à limpeza com movimentos unidirecionais de cima para baixo, obedecendo o sentido vagina-ânus. Usar apenas uma bola de algodão ou gaze para cada movimento. - Fazer a limpeza da área externa aos grandes lábios. - Remover o sabão com água morna ou soro fisiológico morno. - No mesmo sentido, secar a região. - Anotar no prontuário o horário da higiene e as condições locais da pele. <p>HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos. - Explicar e orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o que será feito. - Levar o material para junto do cliente. - Posicionar o cliente em decúbito dorsal. - Exteriorizar a glândula com delicadeza e proceder a limpeza com movimentos circulares, da 	

- ponta do pênis ao escroto.
- Fazer a lavagem externa com água e sabão.
- Enxaguar com água morna.
- Enxugar com toalha.
- Vestir o cliente, mantendo-o em posição confortável.
- Higienizar as mãos.
- Fazer anotações no registro de enfermagem do procedimento executado e das condições locais da pele.

Referências:

BARE, Brenda G.; SUDDARTH, Doris Smith. Brunner - **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Fonte: SOUZA (2014).

e.15) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de coleta de material biológico para exames laboratoriais:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Coletas de material biológico para exames laboratoriais.	
Objetivo: Realizar a coleta de exames laboratoriais.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar à família a coleta de exames laboratoriais. - Verificar se o cliente possui algum convênio; se conveniado, proceder conforme orientação do respectivo plano de saúde; se não conveniado, solicitar autorização da família para dar continuidade ao processo da coleta. - Realizar contato com plano de saúde do cliente ou com empresa de coleta laboratorial privada, e seguir orientações de preparo conforme protocolo próprio. - Registrar na pasta do cliente a solicitação da coleta laboratorial, a orientação de jejum e a data e hora que vai ocorrer a coleta. - Realizar a coleta de urina conforme protocolo do laboratório. - Registrar a realização da coleta. - Encaminhar os exames laboratoriais para o laboratório conveniado ou a critério da família. - Registrar a data em que ficará disponível o resultado do exame. - Receber os resultados dos exames e encaminhar para o médico do Residencial Geriátrico. - Seguir orientação médica conforme prescrição. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.16) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de cuidados com gastrostomia e jejunostomia:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Cuidados com gastrostomia e jejunostomia.	
Objetivo: Orientar cuidados de enfermagem com gastrostomia e jejunostomia.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enf^a Dr^a Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos antes e após qualquer manipulação. - Limpar o local da gastrostomia/jejunostomia com soro fisiológico 0,9%, secar bem após lavagem. Na residência, poderá ser limpo o sítio da sonda com água morna e sabão neutro, secando bem após com gaze. - Não manter gaze na pele. - Limpar sempre que houver secreção. - Manter sonda fixa na pele, com esparadrapo antialérgico. - Não tracionar. - Manter sonda sempre fechada enquanto não estiver em uso. - Atentar para sinais de vermelhidão, secreção purulenta e dor local – contatar o médico responsável. - Observar diariamente a marcação ou numeração da sonda. - Observar extravasamento de dieta pelo óstio (orifício da gastrostomia/jejunostomia) – comunicar imediatamente o médico. - Fornecer a dieta sempre com cabeceira elevada ou o paciente sentado. - Oferecer a dieta/medicamentos com seringa. - Por equipe comum, fazer em 30 minutos. - Lavar a sonda com 20 a 50 ml de água filtrada após dietas e/ou medicações. - Após a dieta, manter paciente sentado ou com a cabeceira elevada por pelo menos 60 minutos ou a critério médico. - Diluir bem as medicações antes de administrar. - Lavar a sonda após as medicações. <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em caso de náuseas ou vômitos durante a alimentação, contatar a enfermeira/médico e retardar em uma hora a administração da dieta. - Não administrar a dieta na gastrostomia rapidamente; pode causar ânsia e vômito. - Qualquer alteração com a saída acidental da gastrostomia/jejunostomia, entrar em contato com o médico imediatamente. - Em caso de obstrução da sonda, entrar em contato com médico. - Observar o aspecto do estoma (orifício da pele por onde sai a sonda), notando a presença de vermelhidão ou vazamento do conteúdo gástrico sobre a parede abdominal; contatar o médico. - Não pinçar ou clampar o tubo, principalmente com pinça. <p>Referências: Patient Care Manual – Gastrostomy Balloon Replacement Tube, Wilson Cook Medical Inc.- A Cook Group Company, 1998.</p>	

Fonte: SOUZA (2014).

e.17) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de encaminhamento para realização de exames de imagem:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Conduta nos Exames de Imagem.	
Objetivo: Orientar o encaminhamento dos clientes para realizar exames de imagem fora do residencial.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enf^a Dr^a Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar à família a solicitação de exames de imagem. - Verificar se o cliente possui algum convênio; se conveniado, proceder conforme orientação do respectivo plano de saúde; se não conveniado, solicitar autorização da família para dar continuidade ao processo da coleta em clínicas de imagem privadas. - Realizar contato com plano de saúde do cliente ou com clínica de imagem privada e seguir orientações de preparo conforme protocolo próprio. - Registrar na pasta do cliente a solicitação do exame de imagem, a orientação do preparo para o exame, a data, a hora e o local do mesmo. - Verificar junto aos familiares a disponibilidade para acompanhar o paciente ao exame. - Orientar a família que, caso seja necessário transportar o paciente em ambulância, esse agendamento e despesa ficam a cargo da família. - Auxiliar na remoção do paciente. - Disponibilizar funcionário para acompanhar o cliente no exame conforme combinação prévia com a enfermeira do residencial. - Registrar a data em que ficará disponível o resultado do exame. - Encaminhar o resultado do exame para o médico do Residencial Geriátrico. - Seguir orientação médica conforme prescrição. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.18) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de lavagem de mãos:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Lavagem das mãos	
Objetivo: Remover a flora microbiana transitória e reduzir a flora permanente que coloniza as camadas superficiais da pele, assim como suor, oleosidade e células mortas, dificultando a proliferação de microrganismos.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Abrir a torneira, regulando a água para um jato constante e com temperatura agradável (sem tocar a pia com o corpo, jaleco ou mãos). - Molhar as mãos. - Colocar quantidade suficiente de sabão líquido nas mãos. - Ensaboar as mãos friccionando as palmas e os espaços interdigitais. - Esfregar a palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda e vice-versa. Dar atenção aos espaços interdigitais. - Esfregar o polegar direito com a mão esquerda, e vice-versa. - Fazer movimentos circulares com as pontas dos dedos da mão direita unidos sobre a palma da mão esquerda fechada em concha, e vice-versa. - Esfregar com a palma da mão esquerda em concha sobre a mão direita fechada, em movimentos de vai-e-vem e vice-versa. - Esfregar o punho com movimentos circulares. - Enxaguar as mãos retirando totalmente os resíduos de sabão. - Secar cuidadosamente, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos com papel-toalha descartável branco. - Utilizar torneira que dispense o contato das mãos quando do fechamento da água, ou utilizar a toalha de papel para fechar a torneira. - Desprezar o papel na lixeira utilizando pedal ou outro sistema que evite contaminação. - Antissepsia das mãos: é realizada após a lavagem das mesmas, borrifando-se álcool 70% e deixando secar naturalmente. 	
Referência:	
MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem . 4. Ed. São Paulo: Iátria, 2006.	

Fonte: SOUZA (2014).

e.19) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de prevenção de quedas:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Prevenção de Quedas.	
Objetivo: Orientar sobre os cuidados a serem realizados para prevenir quedas.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar, no momento da admissão no residencial, o risco de queda do cliente, através da escala de Morse (ANEXO E). - Orientar clientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, e entregar material educativo específico quando disponível. - Implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s) (protocolo de quedas). - Reavaliar o risco diariamente, e também sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação, ajustando as medidas preventivas implantadas. - Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado. Anotar no prontuário do cliente todos os procedimentos realizados. - Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar. - Avaliar e tratar os clientes que sofreram queda e investigar o evento. 	
PROTOCOLO DE QUEDAS	
Fator de risco	Medidas
Idade	- As medidas para reduzir o risco de queda de clientes idosos estão contempladas nos itens abaixo.
Histórico de queda	<ul style="list-style-type: none"> - Alocar o cliente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. - Avaliar o nível de confiança do cliente para deambulação. - Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do cliente.
Necessidades fisiológicas e higiene pessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do cliente. - Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o cliente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico. - Manter o cliente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro. - Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda. - Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do cliente). - Orientar o cliente e acompanhante sobre os efeitos

	colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal-estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.
Uso de equipamentos/dispositivos	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso. - Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste cliente. - Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do cliente no leito ou a sua saída. - Orientar cliente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante. -
Mobilidade/equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> - Alocar o cliente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. - Orientar cliente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante. - Orientar o cliente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama. - Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a utilização de dispositivo de marcha do cliente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Alocar o cliente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. - Orientar cliente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Condições especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)	<ul style="list-style-type: none"> - Alocar o cliente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. Em caso de hipotensão postural, orientar o cliente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado. - Considerar na avaliação clínica as condições em que o cliente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré- e pós-operatório).

Fonte: Adaptado do Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde, Brasil; Anvisa; Centro colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis). Fiocruz; jul/2013.

Fonte: SOUZA (2014).

e.20) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de prevenção de úlceras por pressão:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Prevenção de úlceras por pressão.	
Objetivo: Manter integridade cutânea, proporcionando conforto ao paciente.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enf^a Dr^a Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o paciente de acordo com a escala de Braden (ANEXO D) indicando a classificação de risco para úlcera de pressão. - Manter a pele limpa e hidratada. - Evitar água quente e fricção. - Evitar manter pressão sobre a pele e sobre as proeminências ósseas. - Realizar limpeza imediata após evacuação e urina. - Proporcionar ao cliente uma posição anatômica e confortável. - Identificar lesões, classificá-las e instituir tratamento. - Manter lençóis esticados e secos. - Promover mudança de decúbito de 2/2 horas. - Mobilizar o cliente em lençol móvel (sem arrastá-lo). - Trocar curativos de lesões e estomas sempre que estiverem saturados. - Colocar sentados os clientes acamados, várias vezes ao dia, sempre que houver possibilidade (a cada 15 a 30 min, mudá-lo de posição na poltrona, levantando-o e sentando-o novamente). - Elevar a cabeceira do leito o mínimo possível, se não houver contraindicação. Se necessário, a elevação não deve ultrapassar 30°. Isso também se aplica ao decúbito lateral. - Usar travesseiros e coxins. - Aquecer as extremidades (se frias). - Realizar movimentação passiva dos membros. - Realizar as anotações de enfermagem no prontuário. <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A hidratação poderá ser realizada, desde que a pele estiver íntegra, com creme hidratante sem álcool e óleo de girassol. A composição é uma colher de sopa de óleo de girassol para cada 100 ml de creme hidratante. <p>Referências:</p> <p>CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>SANTOS, Audry Elizabet dos; SILVA, Sandra Cristine da; SIQUEIRA, Ivana Lúcia Correa Pimentel. Procedimentos especializados. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).</p>	

Fonte: SOUZA (2014).

e.21) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de registro de enfermagem:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Registros de enfermagem.	
Objetivo: Orientar preenchimento dos registros de enfermagem.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a verificação e os registros dos sinais vitais uma vez ao dia ou quando necessário. - Registrar e comunicar à enfermeira a ocorrência de qualquer alteração de sinais vitais ou de sensório. - Registrar na evolução o quadro clínico e as atividades realizadas pelo cliente durante o dia, relatando qualquer alteração ocorrida. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.22) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de rotinas de trabalho da equipe assistencial:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Rotina de trabalho da equipe assistencial.	
Objetivo: Detalhar como funciona o processo de trabalho diário da equipe assistencial.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enf^a Dr^a Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a passagem de plantão pontualmente às 07h30min e às 19h30min. - Informar na passagem do plantão verbal todos os fatos ocorridos no dia além dos registros nas pastas. - Realizar a separação dos medicamentos (conforme os nove certos). - Auxiliar o cliente a fazer a higiene facial e oral antes do café. - Realizar a administração dos medicamentos. - Verificar se o cliente deglutiu a medicação quando necessário. - Realizar a higiene perineal quando necessário. - Auxiliar o cliente em todas as refeições e conforme necessidade. - Auxiliar a realizar a higiene oral após as refeições quando necessário. - Realizar a higiene oral dos clientes acamados uma vez ao turno. - Administrar a dieta por sonda nasoentérica ou gastrostomia e lavar após o término com 20 (vinte) ml de água. - Realizar a administração de água conforme a prescrição de nutrição. - Realizar a verificação dos sinais vitais no início da manhã e da saturação; instalar oxigênio se necessário. - Realizar aspirações de vias aéreas uma vez ao turno e conforme necessidade. - Realizar o banho de leito ou banho de chuveiro conforme necessidade. - Trocar a fixação da sonda nasoentérica após o banho todos os dias. - Realizar tricotomia facial (homens) a cada 48 horas ou conforme necessário. - Lavar o couro cabeludo a cada 48 horas ou conforme necessidade. - Encaminhar roupas do cliente para hamper. - Observar, lavar e secar o local de inserção da gastrostomia e evoluir se alguma alteração ou sinais flogísticos. - Levar ou encaminhar cliente para a sala de estar. - Realizar a revisão das fraldas e a higiene perineal a cada duas horas e troca conforme necessidade, quando necessário. - Realizar a mudança de decúbito a cada duas horas, quando necessário. - Acomodar o cliente na cama ou na poltrona da sala de estar para dormir no início da tarde conforme o hábito. - Estimular cliente para alguma atividade do seu interesse. - Realizar higiene das unhas uma vez por semana. - Realizar os registros das pastas. - Realizar tarefas pertinentes a cada técnico de enfermagem conforme escala de tarefas. - Realizar trocas de curativos uma vez ao turno ou conforme prescrição ou saturação do curativo. - Atender ao telefone utilizando ao enunciado combinado “Solarium Residencial Geriátrico bom dia”; utilizar o cumprimento cordial conforme o turno do dia (manhã, tarde ou noite). - Fornecer informações do quadro dos pacientes de forma sucinta ou passar a ligação para a Enfermeira em situações peculiares. 	

Fonte: SOUZA (2014).

e.23) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de sondagem vesical de demora:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Sondagem Vesical de Demora/Alívio.	
Objetivo: Realizar drenagem vesical por obstrução crônica, disfunção vesical (bexiga neurogênica), drenagem vesical após cirurgias urológicas e pélvicas, medida de diurese em pacientes graves, assegurar a higiene perineal e o conforto de pacientes incontinentes de urina e comatosos.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Reunir o material e levar até o cliente. - Explicar o procedimento ao cliente. - Promover a privacidade do cliente. - Higienizar as mãos. - Posicionar o cliente: <ul style="list-style-type: none"> - Feminino: posição dorsal (supino com joelhos flexionados). - Masculino: posição supina com as coxas levemente contraídas. - Calçar luvas de procedimento e realizar a higiene íntima rigorosa com água e sabão (se dependente); orientar a higienização prévia a clientes independentes. - Retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos. - Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais descartáveis (sonda de Foley, seringas, agulhas, gaze estéril e sistema coletor fechado) com técnica asséptica. - Reduzir ansiedade e propiciar cooperação. - Mostrar respeito pela dignidade do cliente. - Reduzir transmissão de microrganismos. - Permitir facilidade de acesso e visualização. - Prevenir a contaminação por agentes microbianos. - Manipular material esterilizado sem contaminação. - Calçar luvas estéreis. - Adaptar a sonda de Foley ao coletor de urina de sistema fechado. - Com auxílio de um colega, colocar gel hidrossolúvel na seringa de 20 ml (se paciente masculino) e colocar água destilada em seringa de 10 ml. - Testar o cuff (balonete) com a seringa de 10 ml com água destilada. - Realizar antisepsia do meato uretral. <ul style="list-style-type: none"> - Feminino: - Com a mão não dominante, retraindo os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento. - Usando pinça na mão dominante com luva esterilizada, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar a área do períneo da frente para trás, do clitóris para o ânus. Com uma nova gaze para cada área, limpar ao longo da dobra dos grandes lábios, perto da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o centro do meato uretral. - Masculino: - Recolher o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande. Manter a mão não dominante na posição ao longo do procedimento. - Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir a limpeza três vezes, usando uma gaze limpa a cada vez. - Retirar o primeiro par de luvas estéril usado na antisepsia. - Posicionar o campo fenestrado sobre a genitália. - Lubrificar a sonda com xilocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml. 	

- Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina. Quando masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente.
- Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda.
- Prevenir contaminação do sistema.
- Facilitar a organização e agilizar o procedimento.
- Verificar a integridade do balão.
- Permitir a visualização total do meato uretral. A retração total previne a contaminação do meato uretral durante a limpeza.
- A limpeza reduz o número de microrganismos no meato uretral.
- Reduzir a fricção e a possível irritação quando da inserção da sonda.
- O pênis devidamente posicionado facilita a inserção do cateter.
- Manter a extremidade distal da sonda no interior da bexiga.
- Tracionar vagarosamente a sonda e fixar na parte interna da coxa (mulher) e área supra-púbica (homem).
- Não se esquecer de reposicionar o prepúcio e remover o excesso de antisséptico da área meatal.
- Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário.
- Auxiliar o cliente a ficar numa posição confortável.
- Lavar e secar a área perineal conforme for necessário.
- Encaminhar o material utilizado ao expurgo.
- Retirar luvas e higienizar as mãos.
- Checar o procedimento.
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

Referências:

- ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde. Núcleo de Prevenção à Infecção Hospitalar. **Manual de recomendações de prevenção e controle das infecções em estabelecimentos de saúde**. Brasília, 2005.
- CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Fonte: SOUZA (2014).

e.24) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de transferência cama-cadeira:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão:	Transportes/transferências – cama para cadeira/poltrona.
Objetivo:	Movimentar o cliente com conforto e segurança da cama para cadeira/poltrona.
Criação:	Novembro de 2013
Revisão:	Novembro de 2014
Responsável pela execução:	Enfermeira e técnicos de enfermagem.
Aprovação:	Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos. - Explicar o procedimento ao cliente. - Fechar a porta do quarto. - Preparar a cadeira e forrá-la, colocando um lençol em diagonal. - Posicionar a cadeira/poltrona na lateral do leito. - Travar as rodas da cadeira e erguer o descanso dos pés. - Posicionar a escadinha na altura dos pés da cama do cliente. - Posicionar o cliente em decúbito dorsal horizontal. - Elevar a cabeceira da cama. - Ajudar o cliente a sentar-se na cama, apoiando os pés na escadinha. - Vestir adequadamente o cliente e calçar os chinelos. - Ficar de frente para o cliente segurando-o pela cintura. - Ajudar o cliente a levantar-se, apoiando-se nos ombros do executante que o segurará pela cintura até que fique em pé ao lado da cama, de costas para a cadeira de rodas ou poltrona (se quiser melhorar o apoio, colocar nele um cinto bem largo para poder segurá-lo com mais firmeza). - Ajudar o cliente a sentar-se na cadeira/poltrona confortavelmente. - Apoiar os pés do cliente no descanso da cadeira. - Cobrir o cliente com outro lençol e/ou cobertor. - Conduzir o cliente ao local desejado. - Higienizar as mãos. - Realizar as anotações de enfermagem no prontuário se houver intercorrências. 	
Referências:	
CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio et al. Procedimentos de enfermagem : guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.	
TIMBY, Babara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem . 6. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.	

Fonte: SOUZA (2014).

e.25) Procedimento Operacional Padrão de enfermagem de verificação de sinais vitais:

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO	
Protocolo Operacional Padrão: Verificação dos sinais vitais.	
Objetivo: Verificar os sinais vitais (Pulso, Temperatura, Frequência Respiratória, Saturação de Oxigênio e Pressão Arterial), obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.	
Criação: Novembro de 2013	Revisão: Novembro de 2014
Responsável pela execução: Enfermeira e técnicos de enfermagem.	
Aprovação: Enfª Drª Karin Viegas – COREN-RS 46.824	
DESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos conforme procedimento operacional. - Reunir o material. - Identificar o cliente. - Explicar ao paciente sobre o procedimento. 	
Aferição de temperatura	
<ul style="list-style-type: none"> - Colocar o paciente em posição confortável. - Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% na direção da ponta para o bulbo em movimento único. - Secar a região axilar do cliente se necessário. - Colocar o bulbo do termômetro na região axilar do cliente, dobrando seu braço sobre o peito. - Manter o termômetro por 3 a 5 minutos ou até que seja emitido sinal sonoro do equipamento. - Realizar a leitura da temperatura. - Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70% e guardá-lo em local adequado. 	
Aferição do pulso	
<ul style="list-style-type: none"> - Colocar cliente em posição confortável. - Com os 02 (dois) dedos médios da mão, localizar a artéria escolhida (radial, braquial, carótida, femural, pediosa). - Não pressionar o local da artéria, apenas apoiar os dedos para senti-la. - Contar o pulso durante 1 minuto. - Comunicar o enfermeiro em caso de eventuais anormalidades, tais como: arritmias, taquicardias, bradicardias entre outras anormalidades relacionadas ao pulso. - Se necessário, aferir a frequência apical com estetoscópio posicionado acima do ápice do coração por um minuto. 	
Aferição da frequência respiratória	
<ul style="list-style-type: none"> - Colocar o cliente em posição confortável. - Contar durante 1 minuto os movimentos respiratórios. - Comunicar a enfermeira em caso de eventuais anormalidades, tais como: assimetria, bradipnéia, taquipnéia, apnéia, entre outras anormalidades relacionadas à frequência respiratória. 	
Aferição da pressão arterial	
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar o procedimento ao cliente. - Certificar-se de que o cliente não: esteja com a bexiga cheia, tenha praticado exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, tenha ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos, tenha fumado nos 30 minutos anteriores. - Deixá-lo em repouso por, no mínimo, 5 minutos em ambiente calmo, se possível. - Instruir o cliente a não conversar durante a medida. 	

- Posicionar o cliente corretamente: posição confortável, decúbito dorsal ou sentado, se possível, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado e relaxado. O braço na altura do coração (nível médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
- Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço.
- Selecionar o manguito segundo o quadro abaixo ou seguindo a regra: a largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento envolver pelo menos 80%.
- Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
- Insuflar o esfigmomanômetro, palpando a artéria radial.
- Parar de insuflar o esfigmomanômetro quando o pulso radial não puder mais ser sentido pela palpação.
- A graduação onde o pulso radial reaparecer é a pressão sistólica estimada.
- Aguardar um minuto.
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio no local sem compressão excessiva.
- Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.
- Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
- Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraca, seguido de batidas regulares e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.
- Aguardar em torno de um minuto para nova medida se possível.
- Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o cliente.
- Realizar desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%.

Aferição da Saturação Periférica de Oxigênio

- Colocar o cliente em posição confortável.
- Realizar a desinfecção do sensor do pulso (oxímetro) com algodão embebido em álcool a 70%.
- Remover esmalte de unhas, se necessário.
- Instalar pulso (oxímetro) em extremidades (quirodáticos, pododáticos ou lóbulos auriculares).
- Realizar a leitura da Saturação Periférica de Oxigênio.
- Retirar o sensor do pulso-oxímetro a cada 2 horas avaliando sinais de pressão.
- Realizar a desinfecção do sensor do pulso-oxímetro com algodão embebido em álcool a 70%.
- Comunicar a enfermeira em caso de eventuais anormalidades, tais como: Saturação Periférica de Oxigênio inferior a 90%, cianose ou frialdade em extremidades entre outras anormalidades relacionadas à Saturação Periférica de Oxigênio.

Referências:

TAYLOR, Carol; LILLIS, Carol; LeMONE, Priscilla. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.1592 p.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI – Diagnóstico e Classificação. **Rev. Bras. Hipertens** v. 17, n. 1, p. 11-17, 2010.

Fonte: SOUZA (2014).

7 CONCLUSÃO

O ramo de hotelaria voltado ao cuidado de idosos, denominado de “residenciais geriátricos”, vem se mostrando promissor e crescente. Vários são os fatores associados: o número crescente de idosos, a redução do tamanho das famílias e a alteração no modo de vida do brasileiro. Essa constatação nos remete a pensar no aumento significativo da demanda por esse perfil de serviços nos próximos anos. Por sua vez, esse aumento implicará alterações nesse mercado, alterações essas que são imprescindíveis para o sucesso e para a consolidação desse perfil de negócio no cenário competitivo do mercado.

Com o intuito de propor soluções e melhorias para os problemas elencados, o presente trabalho possibilitou um direcionamento gerencial não apenas administrativo, mas de enfermagem para o residencial geriátrico, tornando-o diferenciado e competitivo enquanto empresa prestadora de serviços.

A realização do mapeamento de todos os recursos físicos e humanos, através do diagnóstico situacional, possibilitou o conhecimento da realidade institucional e foi de extrema importância para a implantação de estratégias e programas capazes de auxiliar na organização e na elaboração de propostas de melhorias nas condições de trabalho e na construção e consolidação de um instrumento de gestão.

Baseado nas informações adquiridas através do diagnóstico situacional, foi possível estabelecer o perfil do cliente, representando uma importante estratégia de diferenciação para obter vantagens competitivas e possibilitando um crescimento sustentável e pautado nas reais necessidades do mercado.

Além do diagnóstico situacional que se tornou o pivô para a construção e implementação de melhorias, não apenas no que diz respeito ao espaço físico e aos recursos humanos, além de possibilitar a definição do norte que a empresa deve seguir, a criação do instrumento de avaliação geriátrico mostrou-se ímpar para a realização da avaliação e do planejamento dos cuidados ao idoso. Esse instrumento traz evidências importantes de previsibilidade de suas condições, cobrindo uma área nos cuidados de saúde que geralmente não são contemplados em outros instrumentos. Os dados coletados na avaliação auxiliarão a organizar as práticas assistenciais com melhor e menor custo/benefício, identificando alterações do estado funcional ou de saúde do idoso em vários momentos. Esse tipo de avaliação

auxilia no acompanhamento dos resultados implementados ao idoso, favorecendo de forma consistente a abordagem multiprofissional.

A construção e o desenvolvimento de Protocolos Operacionais Padrão para a definição e para a descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização das atividades gerenciais e de enfermagem do residencial geriátrico são um roteiro padronizado para a realização dessas atividades. Seu objetivo principal é padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais, garantindo a qualidade dos serviços prestados em qualquer momento; para tanto, foram criados 10 POPs administrativos e 15 de enfermagem.

Este trabalho proporcionou uma visão mais abrangente do gerenciamento desse perfil de instituição, visto que, dependendo da vivência que se tem, parte-se de um olhar engessado que não nos possibilita evoluir enquanto profissionais se não nos permitimos ampliar nossos horizontes no que diz respeito a outras possibilidades que estão além dos muros hospitalares. Espero que essa trajetória possa de alguma maneira contribuir para ampliar o olhar de outros profissionais da enfermagem e também trazer alguma contribuição para a implementação do cuidado gerontológico.

REFERÊNCIAS

AGUSTINI, Carlos Fernando. Humanismo, velhice e Direito. In: MEZZARROBA, Orides (Org.) **Humanismo Latino e Estado no Brasil**. Florianópolis: Fundação BOAITEUX, 2003.

ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas: Alínea, 2004.

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ANDRADE, Arnaldo Rosa. **Planejamento Estratégico: formulação, implementação e controle**. 2002. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Administração) – Curso de Administração, Fundação Universitária de Blumenau (FURB), Blumenau, 2007.

ARCHER, Elizabeth et al (Org). **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BARE, Brenda G.; SUDDARTH, Doris; Smith, Brunner. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BAISCH, Lidiane da Veiga et al. Análise do perfil do cliente como estratégia competitiva em uma escola de idiomas de Santa Maria – RS. Em: Slade Brasil/2006. **Encontro Luso-Brasileiro de Estratégia**. UNIVALE – Balneário Camboriú/SC. 03 e 04 de novembro de 2006.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BORGES BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lilian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-28, 2006.

BORN, Tomiko. Cuidado ao idoso em instituição. In: Papaléo Neto, Matheus, et al (Org). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 403-414.

BRASIL. Portaria n. 810. Aprova as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 set. 1989. Seção 1, p. 17297-8.

BRASIL, **Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Presidente da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

BRASIL. **Lei Nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm> Acesso em: 01 dez. 2013

BRASIL. **Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras Providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 3 jul. 1996.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei dos direitos autorais: **Lei nº 9610 de 19 de fevereiro de 1998**. [legislação na Internet]. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9610.htm>> Acesso em: 21 dez. 2013.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria Nº 73, de 10 de maio de 2001**. Sobre as Normas de funcionamento de Serviços de Atendimento ao Idoso no Brasil. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/conleg/idoso/docs/federal/portaria_73.doc>. Acesso em: 21 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília (DF): MS, 2003.a

BRASIL. Presidente da República. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1 de outubro de 2003.b Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003L10.741.htm>. Acesso em: 15 nov. 2013.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 283**. De 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União, 27 set. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.al.gov.br/suvisa/files/rdc_283.pdf> Acesso em: 14 mar.2007.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Ministério da Saúde. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria 2528/GM**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA/FIOCRUZ. **Protocolo de Prevenção de Quedas**. Centro colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis). Fiocruz, 2013.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde. Núcleo de Prevenção à Infecção Hospitalar. **Manual de recomendações de prevenção e controle das infecções em estabelecimentos de saúde**. Brasília, 2005.

BRUMMEL-SMITH, Kenneth. **Rehabilitation**. In: HAM, Richard et al. Primary care geriatrics - case - based approach. 6 New York: Mosby, 2014. Cap. 13, p. 179-193.

BRUSH, Candida G.; GREENE, Patricia G.; HART, Myra M. Empreendedorismo e construção da base de recursos. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 20-35, Jan/Mar. 2002.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997

CLARES, Jorge Wilker Bezerra; FREITAS, Maria Célia de; PAULINO, Monnyck Hellen Couto. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso institucionalizado fundamentada em Virginia Henderson. **Rev Rene.**, v. 14, n. 3, p. 649-58, 2013.

COLENGHI, Vitor Mature. **O&M e Qualidade Total: uma integração perfeita**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 272/2002**. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/_novo_portal> Acesso em 13 jan 2014.

COSTA, Elisa Franco de Assis; MONEGO, Estelamaris Tronco. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez, 2003 on line. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>. Acesso em 12 dez 2013.

DE GRANGER, Carl V.; ALBRECHT, Gary L.; HAMILTON, Byron B. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measures of PULSES profile and the Barthel Index. **Arch Phys Med Rehabil**; v. 60, n. 4, p.145-154, april, 1979.

DIAS, Helaine Cristine Vianna Barbosa; PAIVA, Kely César Martins. Formação de competências gerenciais a partir de disciplinas de gestão no curso de enfermagem: percepções de alunos de uma universidade privada. **Rev. Min. Enferm.**; v. 13, n. 4, p. 474-484, out./dez., 2009.

DIOGO, Maria José D'elboux; CAMPEDELLI, Maria Coeli; CEOLIM, Maria Filomena. Alterações das atividades pessoais no idoso com amputação. **Gerontologia**, v. 2, n. 2, p. 59-68, 1994.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira de; LEBRÃO, Maria Lúcia. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n.2, jun., 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Dec. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>.

FACIONE, Peter A. **Critical thinking**: what it is and why it counts, Insight Assessment, California. United States: California Academic Press. 2006.

FELLI, Vanda Elisa Andrade; PEDUZZI, Marina. **O trabalho gerencial em enfermagem**. In: KURCGANT, Paulina (Org.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara/Koogan. 2010.

FERRAZ, Clarice Aparecida. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paul Enferm**; v. 13, n. esp, p. 91-7, 2000.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **A avaliação de qualidade de vida**: Guia para profissionais da saúde. 2008.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Desenvolver competências e gerir conhecimentos em diferentes arranjos empresariais: o caso da indústria brasileira de plástico. In: FLEURY, Maria Tereza Leme; OLIVEIRA JÚNIOR, Moacir Miranda, organizadores. **Gestão estratégica do conhecimento**: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, 2001. p.189-211.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2003. p. 11-157.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase, ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Empreendedorismo em saúde: a enfermagem gerontogeriatrica e a expansão de seu campo de ação no cuidado em saúde. **Rev Ciências da Saúde** (Florianópolis), v. 23, n 1 e 2, p. 11-21, jan, 2004.

GOTTLIEB, Maria Gabriela Valle et al . Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr-jun, 2011. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2014.

GROISMAN, Daniel. Asilos de velhos: passado e presente. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 2, p. 67-87, nov, 1999.

HALTER, Jeffrey et al. **Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology**. 6th Ed. New York: McGraw-Hill, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em :16 de abr. 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2012**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 08 jan. 2014.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A estratégia em ação: Balanced Scorecard**. 3 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KATZ, Sidnei, et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-9, Sept., 1963.

KOCH, Rosi Maria et. Al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 22 edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

KURCGANT, Paulina; CIAMPONE, Maria Helena Trench. A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 161-4, mar-abr., 2005.

LABBADIA, Lilian Lestingi et al . Sistema informatizado para gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem do Hospital São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jan. 2014.

LEMONS, Cadu. **A diferença entre o sucesso e o fracasso**. São Paulo: Atlas, 2001.

LEVY, Steven M. Avaliação multidimensional do paciente idoso. In: GALLO, Joseph J. et al. **Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. Cap. 2, p. 15-24.

LOURENCO, Roberto Alves; VERAS, Renato Peixoto; RIBEIRO, Pricila Cristina Correa. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. Test-retest reliability of the Mini-Mental State Examination in an elderly population attended in a primary health care setting. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2008 . Disponível em< http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 out. 2014.

MAHONEY, Fiorentino; BARTHEL, Dorothea. Functional evaluation: the Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, v. 14, p. 56-61, 1965.

MALUCCELLI, Andreia; et al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 4, p. 629-36, jul-ago., 2010.

MARTINS, Josiane de Jesus et al . Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul-ago, 2007. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2013.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 11, n. 6, nov/dez 2003.

McDOWELL, Ian W. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 3 ed. New York: Oxford University Press, 2006.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso**: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência. 2005. 318 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2005.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. 2012. 98p.

MORENO, Claudia; VERAS, Renato Peixoto. O idoso e as instituições asilares no município do Rio de Janeiro. **Gerontologia**, v. 7, n. 4, p. 167-77, Dez,1999.

MORSE, Janice M.; MORSE, Robert M.; TYLKO, Suzanne J. Development of a scale to identify the fall-prone patient. **Canadian Journal on Aging**., v. 8, n. 4, p. 366-77, Jan,1989.

MOTTA, Ana Leticia Carnevalli. **Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem**. 4. Ed. São Paulo: Pátria, 2006.

MURTA, Genilda Ferreira. **Saberes e Práticas: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem**. 3 ed. São Caetano do Sul : Difusão Editora, 2007.p.253-266. v.3

NAJAS, Myriam Spínola; NEBULONI, Clarice Cavaleiro. Avaliação nutricional. In: RAMOS, L.R.; TONIOLO, N.J. **Geriatría e gerontologia**. Barueri: Manole, 2005. Guanabara Koogan, 2005.

NAKATANI, Adélia Y.K. et al. Perfil socio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**; v.1, n.5, p. 131-136, nov/dez 2003.

NERI, Aguinaldo L. **Palavras-chave em Gerontologia**. São Paulo: Alínea, 2001.

NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NETTO, Matheus Papaléo; PONTE, José Ribeiro da. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Netto, Matheus Papaléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Atheneu, 2002. p. 3-12.

NUNES, Ana Maria Pereira. **Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o autocuidado**. 1982. 142 f.

Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 1982.

PASQUALOTTI, Adriano; BETINELLI, Luiz Antônio; PORTELLA, Marilene Rodrigues. **Envelhecimento Humano: Desafios e perspectivas**. UPF: Universidade de Passo Fundo, 2004. 327 p.

Patient Care Manual – Gastrostomy Balloon Replacement Tube, Wilson Cook Medical Inc. A Cook Group Company, 1998.

PEREIRA, Leani Souza Máximo et al. Programa melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG, 8, 2006, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos...** Belo Horizonte: UFMG, 2005. Disponível em: <www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_41.pdf> Acesso em: 9 set. 2006.

PINA, Vitor Dias, et al. **Manual para diagnóstico de administração de empresas o diagnóstico**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1979.

PIVOTTO, Flávia; LUNIARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implantação. **Rev Cogitare Enferm**; v. 9, n. 2, p. 32-42, Jul-Dez, 2004.

POLLO, Sandra Helena Lima; ASSIS, Mônica de. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, mês, 2008 . Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 13 jan. 2014.

PORTO, Marcelo Antoniazzi. **Missão e Visão organizacional**: orientação para a sua concepção. 1997. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGERP1997_T4105.PDF>. Acesso em: 12 dez. 2013.

POTTER, Patrícia A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 7 Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

QUEIROS, Vera Maria; SALUM, Maria Josefina Leuba. Síntese do tema da primeira oficina de trabalho: processo de produção em saúde. In: SEMINÁRIO DE REDIRECIONAMENTO DA PRÁTICA DA ENFERMAGEM NO SUS: CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS ENFERMEIROS PARA SEU APERFEIÇOAMENTO. São Paulo, 1994

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso, São Paulo. **Cad Saúde Pública.**, v. 19, n. 3, p. 793-97, maio/jun, 2003.

RING, Helmer. La rehabilitación en los ancianos. In.: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La atención de los ancianos**: un desafío para los años noventa. Washington: Elias Anzola Pérez, 1994. p. 279-8.

RODRIGUES, Natália Camargo; RAUTH Joana. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas E.V. (Org.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan, 2002. p. 106-10. SANTOS, Audry Elizabet dos; SILVA, Sandra Cristine da; SIQUEIRA, Ivana Lúcia Correa Pimentel. **Procedimentos especializados**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).

ROHNER, Peter. Achieving impact with clinical process management in hospitals: an inspiring case. **Business Process Management Journal** v. 18, n. 4, p. 600-624, 2012.

SANTOS, Iraci et al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções**. São Paulo (SP): Atheneu, 2002. Vol. 1.

SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos. **O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira**. 2003. 211 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SANTOS, Silvana Sidney Costa; et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogerátrica. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 21, n. 4, p. 649-653, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400018&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 20 set. 2013.

SHELKEY, Mary; WALLACE, Meredith. Katz Index of Independence in Activities of Daily living (ADL). General assessment series Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. N. 2, 2012.

SHETH, Jagdish N; MITTAL, Banwari; NEWMAN, Bruce I. **Comportamento do cliente**. São Paulo: Atlas, 2001.

SILVA, Lolita Dopico; PEREIRA, Sandra Regina Maciqueira; MESQUITA, Ayla Maria Farias de. **Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado**. Rio de Janeiro: Medsi, 2005.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem medico-cirúrgico**. 10 ed. V.1. Rio Janeiro: Guanabarra Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI – Diagnóstico e Classificação. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 17, n. 1, p. 11-17, jan/mar, 2010.

TAYLOR, Carol; LILLIS, Carol; LeMONE, Priscilla. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

VIEGAS, Karin; et al. **Protocolo de avaliação multidimensional do idoso da floresta**. Material desenvolvido no Curso de Especialização “Lato Sensu” em Gerontologia e Saúde do Idoso, na disciplina de Avaliação Geriátrica Funcional. 2009. 7 p.

VIVAN, Analise de Souza; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 436-444, 2009.

WADE, Derick T. **Measurement in neurological rehabilitation**. Oxford: Oxford University Press; 1992.

WATANABE, Helena Akemi Wada et al. **Rede de atenção à pessoa idosa**. São Paulo: Secretaria e Estadual de assistência e Desenvolvimento Social/ Fundação Padre Anchieta, 2009.

YESAVAGE, JA, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res.**; v. 17, p. 37-42, 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:						
Nome da mãe:						
Como gosta de ser chamado?				Nº Cartão do SUS:		
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Data de nascimento: ____/____/____		Idade:	
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Outros	
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Alfabetizado	<input type="checkbox"/> Fundamental	<input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Superior	
Religião:						
Pessoa de Contato 1:				Telefone:		
Endereço:						Nº
Bairro:			Complemento:			
Cidade:			Estado:		CEP:	
Telefone:			Celular:			
Pessoa de Contato 2:				Telefone:		
Endereço:						Nº
Bairro:			Complemento:			
Cidade:			Estado:		CEP:	
Telefone:			Celular:			
Pessoa de Contato 3:				Telefone:		
Endereço:						Nº
Bairro:			Complemento:			
Cidade:			Estado:		CEP:	
Telefone:			Celular:			

II. DADOS SOCIOECONÔMICOS

2.1 Situação atual						
Aposentado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Possui Renda Própria	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Ocupação antes de se aposentar:						
Ocupação atual:						
2.2 Natureza da Renda						
<input type="checkbox"/> Salário	<input type="checkbox"/> Pensão	<input type="checkbox"/> BPC (Benefício de Prestação Continuada)		<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Outros Programas Governo	
<input type="checkbox"/> Ajuda da Família		Outros: _____				

III. HÁBITOS DE VIDA

Fuma?	<input type="checkbox"/> Sim	Quanto tempo? ____ (anos)	<input type="checkbox"/> Não	Parei (quanto tempo?) _____
Bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/> Sim	Quanto tempo? ____ (anos)	<input type="checkbox"/> Não	Parei (quanto tempo?) _____
Atividade física?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Frequência: ____ x semana	Tipo: _____

IV. AVALIAÇÃO FUNCIONAL BREVE

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÃO E RECOMENDAÇÕES			
NUTRIÇÃO	Peso atual (kg): _____ Altura (cm): _____ IMC: _____ Kg/m ² Peso estimado (acamados): _____ kg Altura estimada (acamados) (cm): _____	Cálculo do IMC: Peso em kg dividido pela altura em metros ao quadrado IMC = peso (kg)/altura (m ²)			
	SCORE DE TRINI:				
	1 - Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC):	Classificação do IMC:			
	IMC ≤ 22		0		
	IMC ≥ 27		1		
	IMC > 22 e < 27	2			
	2 - Perda de peso nos últimos três meses:				
	Superior a 3 Kg		0		
	Entre 1 e 3 Kg		1		
	Sem perda de peso	2			
	3 - Apresenta falta de apetite, constipação intestinal, diarreia ou disfagia:				
	Três ou mais sintomas		0		
	Um ou dois sintomas		1		
	Nenhum sintoma	2			
	4 - Necessita de dieta especial relacionada à patologia específica (Ex: DM, HAS, Dislipidemias...)				
Sim	0				
Não	1				
TOTAL DE PONTOS		Escore de TRINI (Risco Nutricional do Idoso) inferior a 5 pontos, fazer avaliação nutricional.			
RESULTADO:					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">6 pontos ou mais</td> <td>Sem risco nutricional</td> </tr> <tr> <td>0 (zero) a 5 pontos</td> <td>Com risco nutricional</td> </tr> </table>		6 pontos ou mais	Sem risco nutricional	0 (zero) a 5 pontos
6 pontos ou mais	Sem risco nutricional				
0 (zero) a 5 pontos	Com risco nutricional				

PSICOLOGIA	Cognição	Dia da semana?	1		<p>Cognição: total de pontos = 8</p> <p>Se o resultado for menor ou igual a 5, sugere-se aplicar o MEEM (Mini Mental) e/ou encaminhar ao psicólogo.</p> <p>Em suspeita de depressão, sugere-se aplicar a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG) e/ou encaminhar ao psicólogo.</p> <p>Em suspeita de ansiedade, aplicar a Escala de Ansiedade de Hamilton e/ou encaminhar ao psicólogo.</p>
		Data do mês?	1		
		Mês?	1		
		Ano?	1		
		Local que se encontra	1		
		Cidade que se encontra	1		
		Nomear 3 objetos (vaso, carro e janela) e pedir ao paciente que repita os três objetos	1		
		Após três minutos, pedir que o paciente repita os três objetos	1		
	Pontuação:				
	Depressão	Você se sente triste mais de 3 vezes na semana?	Sim	Não	
Você se sente amparado (acolhido) por seus familiares?		Sim	Não		
Como é o seu sono?		Intercalado Contínuo			
Você tem planos de vida para o futuro?		Sim	Não		
Ansiedade	Você sente uma "agonia" no peito?	Sim	Não		
Sexualidade	Como é o seu relacionamento com o seu companheiro?	Ótimo			
		Bom			
		Regular			
		Ruim			
FUNCIONALIDADE	MOBILIDADE/AMPLITUDE DE MOVIMENTO				Realizar avaliação com fisioterapia quando algum movimento estiver parcial ou totalmente comprometido.
	Membros superiores	"Toque a nuca com as mãos."	Não consegue	0	
			Parcialmente	1	
			Totalmente	2	
	Membros inferiores	Paciente deitado: "Puxe os joelhos para próximo da barriga".	Não consegue	0	
			Parcialmente	1	
			Totalmente	2	
	Global	Paciente deitado: "Abraze as pernas e em seguida estique o corpo totalmente".	Não consegue	0	
			Parcialmente	1	
			Totalmente	2	
	FORÇA MUSCULAR				
	Membros superiores	Paciente em pé com as mãos apoiadas na parede: "Dobre os braços para encostar a testa na parede e volte a posição inicial".	Não consegue	0	
			Parcialmente	1	
			Totalmente	2	
Membros inferiores	Paciente em pé, joelhos afastados e as mãos nos joelhos: "Agache-se até o seu limite e levante-se".	Não consegue	0		
		Parcialmente	1		
		Totalmente	2		

COORDENAÇÃO E EQUILÍBRIO			
Teste de coordenação e equilíbrio	Paciente inicia sentado: "Fique em pé e ande sobre a linha reta (3m), volte e sente-se em até 20 seg".	Não consegue	0
		Parcialmente	1
		Totalmente	2
RISCO DE QUEDAS			
Quedas anteriores	Não		0
	Sim		1
Medicamentos	Nenhum		0
	Tranquilizantes/sedativos		1
	Hipotensores (não diuréticos)		1
	Antiparkinsonianos		1
	Antidepressivos		1
	Outros medicamentos		1
Déficits sensoriais	Nenhum		0
	Alterações visuais		1
	Alterações auditivas		1
	Extremidades		1
Estado mental	Orientado		0
	Confuso		1
Deambulação	Normal		0
	Segura com ajuda		1
	Insegura com ou sem ajuda		1
	Impossível		1
ESCORE TOTAL			

Escore superior a 5 pontos, executar protocolo de prevenção de quedas.

AValiação GERAL DE SAÚDE	1. Alguma queixa inicial?		
	2. Patologias prévias		
	Diabetes		Problemas coração
	Hipertensão		Demência
	Colesterol alto		Câncer
	Artroses/artrites		Doença neurológica
	Insuficiência renal		Doença psiquiátrica
	3. Medicamentos em uso:		Dose atual

	4. Alergias	Sim	Não	<p>Se esquema estiver incompleto, orientar e encaminhar para imunização.</p> <p>Se tiver incontinência ocasional, o idoso pode ser encaminhado ao médico ginecologista ou urologista ou geriatra.</p> <p>O maior escore apresentado em uma classificação (sozinho, com ajuda, não consegue) determina o nível de dependência para o autocuidado. Sozinho = independente Com ajuda = parcial Não consegue = dependente Escore total = 14</p> <p>Elaborar plano de cuidados.</p>	
	Quais:				
	5. Imunizações:				
	Vacina da gripe (Influenza)	Sim	Não		
	Antitetânica (dT)	Sim	Não		
	Pneumonia (pneumococos)	Sim	Não		
	6. Incontinência				
	Urina				
	Continente	Sim	Não		
	Continente ocasional	Sim	Não		
	Incontinente	Sim	Não		
	Evacuação				
	Continente	Sim	Não		
	Continente ocasional	Sim	Não		
	Incontinente	Sim	Não		
	7. Avaliação da Independência e Autocuidado				
	Você é capaz de:	Sozinho	Com ajuda		Não consegue
	Se vestir?	1	1		1
	Ir e utilizar o banheiro (banho e eliminações)?	1	1		1
	Sair da cama ou da cadeira?	1	1		1
	Subir ou descer escadas?	1	1		1
	Caminhar 50 metros no plano?	1	1		1
	Alimentar-se?	1	1		1
	Preparar suas refeições?	1	1		1
	Tomar os seus remédios na dose certa e horário certo?	1	1		1
	Fazer compras?	1	1		1
	Controlar o seu dinheiro?	1	1		1
Usar o telefone?	1	1	1		
Arrumar sua casa ou fazer trabalhos domésticos?	1	1	1		
Lavar e/ou passar roupas?	1	1	1		
Sair de casa sozinho usando algum transporte?	1	1	1		
ESCORE TOTAL					
ODONTOLOGIA	Possui dentes naturais?	Sim	Não	Alterações, encaminhar ao odontólogo.	
	Usa prótese dentária?	Sim	Não		
	Quando trocou a prótese?				
	Qual a frequência que você escova os dentes e a prótese?				
	Sente dificuldade para abrir e fechar a boca?	Sim	Não		
	As gengivas sangram?	Sim	Não		
	Sente dor de dente?	Sim	Não		
	Possui alguma ferida, caroço ou mancha na boca?	Sim	Não		

APÊNDICE C – ESTRUTURA DO ARQUIVO-PASTA

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO

Ordem de documentos para montagem do arquivo-pasta:

1. Capa;
2. Dados pessoais;
3. Admissão;
4. Anamnese;
5. Avaliação gerontológica;
6. Lista de antibiótico;
7. Prescrição médica;
8. Prescrição de enfermagem;
9. Folha de sinais vitais;
10. Folha de evolução de enfermagem;
11. Folha de evolução multiprofissional;
12. Exames.

Fonte: SOUZA (2014).

APÊNDICE D – CHECK-LIST DE SAÍDA DE PERTENCES

SOLARIUM RESIDENCIAL GERIÁTRICO		
RELAÇÃO DE MATERIAL / EQUIPAMENTO	SAÍDA	ENTRADA
Medicamentos		
Prescrição médica		
Suporte para dieta		
Frascos e equipos para dietas		
Fraldas (conforme o período que o cliente ficará fora do residencial)		
Material de higiene pessoal		
Sondas para aspiração		
Aspirador		
Cadeira de rodas		
Andador		
Óculos		
Roupas		
Sapatos		
Outros:		

Fonte: SOUZA (2014).

ANEXOS

ANEXO A – ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Index	Posso fazer sozinho (a)	Posso fazer com ajuda de alguém (b)	Não posso fazer de jeito nenhum (c)
Beber de uma xícara	4	0	0
Comer	6	0	0
Vestir a parte superior do corpo. Fechar botões.	5	3	0
Vestir a parte inferior do corpo. Colocar meias e calçados. Fechar botões, zíper, amarra calçado.	7	4	0
Colocar membro artificial ou aparelho ortopédico.	0	-2	0 (não se aplica, pois não usa)
Pentear-se	5	0	0
Lavar-se ou banhar-se	6	0	0
Controle de urina	10 Não apresenta episódios de incontinência (por uma semana, pelo menos). Ou usa sozinho sondas de alívio.	5 Incontinência ocasional (máximo uma perda em 24h) Ou necessita de ajuda para o uso de sonda	0 (incontinente, uso de sonda sem habilidade para manejar, dependência total para higiene, fraldas, etc)
Se apresenta incontinência urinária*	0 Toma sozinho as providências de higiene, fralda, outros dispositivos, medicamentos	0 Precisa de auxílio em alguma das providências	0 Não se aplica (quando não é incontinente)
Controle das excreções intestinais	10 Não apresenta episódios de incontinência. Se faz uso de supositório, enema, faz sozinho	5 Incontinência ocasional (máximo 1x/semana). Necessita de ajuda para o uso de enemas)	0 (incontinente total; colostomia)
Se apresenta incontinência intestinal	0 Toma sozinho suas providências de higiene, fralda, troca de bolsa de colostomia	0 Precisa de auxílio em algum dos aspectos	0 Não se aplica (quando não é incontinente)
Uso do vaso sanitário	15 Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda	7 Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.	0
Ir e sair do banheiro	6	3	0
Entrar e sair da banheira ou chuveiro	1	0	0
Andar 50 metros no plano (meia quadra)	15 Caminhar sem ajuda, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.	10	0
Subir e descer um andar de escadas	10	5	0
Se não andar: movimentar a cadeira de rodas	5	0	0 (não se aplica, pois não usa)
Resultado do Index de Barthel (Shah et al apud Cid-Ruzafa, Damián-Moreno, 1997)			
(A) Independente	100		
(B) Dependência leve (escassa)	91-99		
(C) Dependência moderada	61-90		
(D) Dependência severa	21-60		
(E) Dependência total	0-20		

Fonte: KATZ et al. (1963).

ANEXO B – ESCALA DE BARTHEL

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO	
ALIMENTAÇÃO		
incapacidade	0	
precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada	5	
independente	10	
BANHO		
dependente	0	
independente (ou no chuveiro)	5	
ATIVIDADES ROTINEIRAS		
precisa de ajuda com a higiene pessoal	0	
independente rosto/cabelo/barbear	5	
VESTIR-SE		
dependente	0	
precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho	5	
independente	10	
INTESTINO		
incontinente	0	
acidente ocasional	5	
continente	10	
SISTEMA URINÁRIO		
incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo	0	
acidente ocasional	5	
continente	10	
TOTAL		

Fonte: MAHONEY; BARTHEL (1965).

**ANEXO C – ESCALA PARA DETERMINAÇÃO DA COMPETÊNCIA DO
DIABÉTICO PARA O AUTOCUIDADO – ECDAC. SUBESCALA III – CAPACIDADE
MOTIVACIONAL, EMOCIONAL PARA O AUTOCUIDADO**

Nº da questão	Itens	Sempre (a)	Muitas vezes (b)	Poucas vezes (c)	Nunca (d)
1	Senhor(a) gosta de si?	4	3	2	1
2	Pensa primeiro em si?	4	3	2	1
3	Considera-se um peso [para alguém]?	1	2	3	4
4	Considera-se incapaz de ajudar outras pessoas na realização de alguma coisa?	1	2	3	4
5	Faz as coisas que são necessárias para se manter saudável?	4	3	2	1
6	Tem vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar seu estado de saúde?	4	3	2	1
7	Interessa-se em conhecer sua condição de saúde?	4	3	2	1
8	Preocupa-se em comer apenas os alimentos que o mantêm saudável?	4	3	2	1
9	Precisa de ajuda de outros para fazer os cuidados necessários a sua saúde?	1	2	3	4
10	Considera as recomendações que lhe são dadas para ter uma vida saudável [ou para conviver com a sua doença]?	4	3	2	1
11	Aceita sua condição de saúde [ou situação de portador de doença crônica]?	4	3	2	1
Subtotal					
					Total

Fonte: Adaptada de Nunes (1982)

ANEXO D – ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

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

ANEXO E – ESCALA DE MORSE – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Item	Escala	Pontuação
História de quedas (nesta internação/urgência ou nos últimos 3 meses)	Não 0 Sim 20	
Diagnóstico(s) médico(s) (>2 patologias)	Não 0 Sim 15	
Ajuda na marcha Nenhuma/Ajuda cuidador/acamado Bengala/canadiana/andarilho Apoio nos móveis	0 15 20	
Terapêutica intravenosa/cateter permanente	Não 0 Sim 20	
Postura no andar e na transferência Normal/cadeira de rodas/acamado Com dificuldade, mas sem ajuda (debilitado) Incapaz, sem ajuda	0 10 20	
ESTADO MENTAL Orientado Dificuldade de orientação	0 15	
TOTAL		
Classificação do nível de risco	Recomendações	
0 – 24: sem risco	Nenhuma. Bons cuidados de enfermagem básicos.	
25 – 50: baixo risco	Implementar precauções padronizadas contra queda	
>50: alto risco	Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas	

Fonte: MORSE; MORSE; TYLKO (1989).

Os itens na Escala são pontuados da seguinte maneira:

Historial de quedas: este item é pontuado com 25 pontos se o doente tiver caído durante o internamento hospitalar atual, ou se, anteriormente à admissão, tiver havido um histórico imediato de quedas, tais como as decorrentes de ataques ou de só andar com ajuda. Se o doente não tiver caído, o item é pontuado com 0 ponto. Nota: se um doente tiver caído pela primeira vez, sua pontuação aumenta imediatamente para 25.

Diagnóstico(s) médico(s): este item é pontuado com 15 pontos se houver registos de mais do que um diagnóstico médico feito ao doente; caso contrário, pontue com 0.

Ajuda para marcha: este item é pontuado com 0 se o doente andar sem nenhuma ajuda (mesmo que seja assistido por um enfermeiro), andar de cadeira de rodas ou se permanecer deitado e nunca sair da cama. Se o doente usar muletas, canadianas ou uma bengala, este item pontua com 15 pontos; se o doente se deslocar apoiando-se em uma peça de mobiliário, pontue este item com 30 pontos.

Terapêutica intravenosa: este item é pontuado com 20 pontos, se o doente tiver um dispositivo intravenoso ou tiver inserido “lock” de heparina; caso contrário; pontue com 0 pontos.

Postura no andar e na transferência: um andar normal caracteriza-se por o doente andar com a cabeça levantada, balançar os braços livremente dos lados do corpo e dar passos largos sem hesitação. Este tipo de andar é pontuado com 0 pontos.

Com um andar debilitado, pontue com 10 pontos: o doente anda curvado, mas é capaz de levantar a cabeça enquanto anda, sem perder o equilíbrio. Os passos são curtos e o doente pode arrastar os pés.

Com um andar dependente de ajuda, pontue com 20 pontos: o doente tem dificuldade em se levantar da cadeira, tenta pôr-se de pé apoiando-se nos braços da cadeira ou balanceando-se (isto é, fazendo várias tentativas para se levantar). O doente põe a cabeça para baixo e olha para o chão. Como o doente não tem muito equilíbrio, agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou a ajudas técnicas para andar. Não consegue andar sem ajuda.

Estado mental: ao usar essa escala, o estado mental é avaliado com base na autoavaliação que o próprio doente faz da sua capacidade de se deslocar. Pergunte ao doente: “*Consegue ir à casa de banho sozinho ou precisa de ajuda?*” Se a resposta do doente, em relação ao juízo que faz da sua capacidade, for consistente, considera-se o doente “normal” e pontua-se com 0 ponto. Se a resposta do doente não for consistente com as instruções dadas pelos enfermeiros ou se a resposta do doente não for realista, então se considera que o doente sobrevaloriza suas capacidades e se esquece de suas limitações. Nesse caso, é pontuado com 15 pontos.

Pontuação e nível de risco: A pontuação é então somada e registada na ficha do doente. Em seguida, são identificados o nível de risco e as respectivas ações recomendadas (por exemplo, não são necessárias intervenções, recomendam-se intervenções padrão de prevenção de quedas ou intervenções de prevenção de alto risco).

Nota importante: a Escala de Morse deverá ser adequada a cada centro ou unidade de saúde, de modo que as estratégias de prevenção das quedas tenham como alvo os doentes em maior risco. Por outras palavras, as pontuações correspondentes a cada nível de risco podem ser diferentes conforme a escala está sendo utilizada em um hospital de cuidados de doenças graves, em um lar ou em uma unidade de reabilitação. Além disso, em uma mesma instalação, as escalas de cada unidade podem diferenciar-se entre si.