

# CUIDADOS CONTINUADOS E CONTINUIDADE NOS CUIDADOS

COORDENAÇÃO DE

**ASSUNÇÃO NOGUEIRA, NARCISO MOURA e ZAIDA AZEREDO**



**TÍTULO**

Cuidados Continuados e Continuidade nos Cuidados

**COORDENAÇÃO**

Assunção Nogueira, Narciso Moura e Zaida Azeredo

**PROMOTOR**

IXUS - Formação e Consultadoria.

**EDIÇÃO**

Quântica Editora – Conteúdos Especializados, Lda.  
Praça da Corujeira n.º 38 . 4300-144 PORTO  
Tel: 220 939 053 · E-mail: geral@quanticaeditora.pt · www.quanticaeditora.pt

**CHANCELA**

Medicabook – Conteúdos Técnicos e Científicos

**DISTRIBUIÇÃO**

Booki – Conteúdos Especializados  
Tel. 220 104 872 · Fax 220 104 871 · E-mail: info@booki.pt · www.booki.pt

**REVISÃO**

IXUS - Formação e Consultadoria  
Quântica Editora – Conteúdos Especializados, Lda.

**IMPRESSÃO**

Dezembro, 2020

**DEPÓSITO LEGAL**

476212/20



A **cópia ilegal** viola os direitos dos autores.  
Os prejudicados somos todos nós.

Copyright © 2020 | Todos os direitos reservados à Quântica Editora – Conteúdos Especializados, Lda.  
com autorização da IXUS - Formação e Consultadoria.

A reprodução desta obra, no todo ou em parte, por fotocópia ou qualquer outro meio, seja eletrónico, mecânico ou outros, sem prévia autorização escrita do Editor e Promotor, é ilícita e passível de procedimento judicial contra o infrator.

Este livro encontra-se em conformidade com o novo Acordo Ortográfico de 1990, respeitando as suas indicações genéricas e assumindo algumas opções específicas.

CDU  
614 Saúde e higiene públicas.  
614.8 Acidentes. Riscos. Perigos. Prevenção de acidentes. Protecção pessoal. Segurança

ISBN  
Papel: 9789893310120  
E-book: 9789899017481

Catalogação da publicação  
Familia: Medicina e Saúde  
Subfamilia: Geriatria e Cuidados a Idosos

# ÍNDICE

Introdução .....	9
<b>1. CUIDADOS AO IDOSO E SUA QUALIDADE .....</b>	<b>12</b>
1.1. Identificação de indicadores de resultado relativos à qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados pelas unidades de Longa Duração e Manutenção: Um contributo .....	24
1.2. O índice da qualidade de vida no idoso internado numa unidade de cuidados continuados de Média Duração e de Reabilitação .....	27
1.3. Satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na equipa de apoio domiciliário do Centro de saúde de Ponta Delgada (Açores). .....	36
1.4. Impacto das intervenções do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação nos doentes internados numa unidade de Média Duração e Reabilitação: Antes e após .....	47
<b>2. CUIDADOS EM CONTEXTO FAMILIAR .....</b>	<b>58</b>
2.1. Cuidar idosos dependentes: Sobrecarga do Cuidador .....	60
2.2. Supervisão dos familiares cuidadores: Contributo para uma Enfermagem de qualidade .....	76
2.3. Impacte da autoeficácia dos familiares cuidadores de uma pessoa dependente: estudo exploratório .....	89
<b>3. IDOSO E BEM-ESTAR .....</b>	<b>100</b>
3.1. Envelhecimento e bem-estar, intervenção não farmacológica num grupo de idosos.....	102
3.2. Respirar melhor, viver melhor .....	114
3.3. Pé do idoso – Implicações nos eventos de queda .....	119
3.4. Prevenção da violência contra idosos: resultados preliminares de um inquérito de opinião .....	126
Os Coordenadores .....	134

# INTRODUÇÃO

---

Nas últimas décadas temos assistido a alterações demográficas, principalmente com acentuado envelhecimento da população, e a alterações do perfil de doença, com prevalência da doença crónica. Estas situações evoluem, ainda que tardiamente, para estados de incapacidade física e psicológica gerando necessidade de continuidade nos cuidados.

Os apoios aos idosos tornaram-se escassos quer pelas mudanças ocorridas na dinâmica e estrutura familiar quer pela falta de respostas atempadas de apoios de saúde e sociais na comunidade. A continuidade de cuidados, após uma alta hospitalar, tem sido uma preocupação dos gestores de saúde, e das diferentes sensibilidades políticas no Ministério da Saúde, pois o sucesso da recuperação do indivíduo depende da qualidade desta continuidade de cuidados.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surge com o Decreto Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, como uma resposta social e de cuidados de saúde organizada para fazer face aos doentes que apresentavam dependência e que por várias circunstâncias já não necessitavam de cuidados hospitalares mas que carecem, ainda, de cuidados de suporte para a sua recuperação, reabilitação, readaptação e reinserção no seu ambiente natural. A RNCCI dá também as mesmas respostas no domicílio do indivíduo através das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) dos Cuidados de Saúde Primários. Para além disso contempla ainda o acompanhamento de doentes com uma doença incurável, em estado avançado e em fim de vida.

Diz Petronilho (2007) que o êxito de um processo de continuidade de cuidados está relacionado com a utilização adequada de recursos. Para isso será prudente a equipa de saúde, que se entende como multidisciplinar, dever saber, o mais precoce possível, avaliar as necessidades do doente e do cuidador familiar de forma a programar e a desenvolver planos de cuidados eficazes para se evitarem as readmissões do doente por falta de preparação e/ou informação para a prestação de cuidados. Assim, desde a admissão do doente na Unidade de Cuidados Continuados, devem ser programados sessões de ensino e de treino com o doente e com o cuidador informal.

Este livro nasce da vontade de dar a conhecer algumas das produções científicas na área dos cuidados continuados, apresentados no Congresso Internacional de Cuidados Continuados, 2020, que se realizou no Auditório Paroquial de Mafamude, Vila Nova de Gaia em outubro do ano de 2020. Com esta pequena seleção de trabalhos, entre tantos de igual excelência, pretende-se dar uma perspetiva alargada das várias áreas dos Cuidados Continuados, com a finalidade poderem ser um contributo para a prática e despertarem inquietudes e questionamentos que certamente constituirão ideias a investigar constituindo, assim, mais valias para a prática quotidiana de um profissional que melhorarão a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos diferentes atores de cena.

O presente livro encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo os autores, dos diferentes trabalhos apresentados, dedicam-se a tratar os ***cuidados ao idoso e a sua qualidade***. Aqui descrevem-se indicadores de resultados relativos à qualidade dos cuidados de Enfermagem em unidades de longa duração e manutenção, referindo-se ao índice da qualidade de vida do idoso, na satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem e no impacto das intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação nos doentes internados numa unidade de Cuidados continuados.

O segundo capítulo é dedicado aos ***cuidados em contexto domiciliário***. Nele os autores dedicam a sua abordagem aos cuidadores informais e a toda a problemática de cuidar um doente com dependência no domicílio. Assim, é abordada a sobrecarga do cuidador, a supervisão dos familiares cuidadores, a satisfação dos utentes com os cuidados no domicílio, e o impacte da autoeficácia dos familiares cuidadores.

O terceiro capítulo designamos por ***Idoso e bem-estar*** onde foram incluídos quatro trabalhos de áreas distintas. Aqui serão abordados temas como a intervenção não farmacológica no bem-estar do idoso, a necessidade humana básica da respiração, o pé geriátrico nos eventos de quedas e a prevenção da violência contra os idosos.

Na qualidade de coordenadores deste livro gostaríamos de agradecer a todos os autores e coautores que contribuíram para que este livro fosse uma realidade, pela sua generosidade de partilha de conhecimento, o nosso muito OBRIGADO. Entre estes autores, do norte a sul do país incluindo as Ilhas, encontramos Professores Universitários e Estudantes, provenientes de diferentes instituições de ensino e profissionais de diversas áreas com predomínio em Enfermagem.

Esperamos que este livro venha a interessar não só a estudantes e a profissionais da área dos Cuidados Continuados, mas que seja uma mais valia aos profissionais que lidam direta ou indiretamente com doentes e familiares que usufruam ou venham a usufruir de Cuidados Continuados ou que necessitem de Continuidade nos Cuidados.

# 1.1.

## IDENTIFICAÇÃO DE INDICADORES DE RESULTADO RELATIVOS À QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS PELAS UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO: UM CONTRIBUTO

Sofia Azevedo Feitor<sup>1</sup>; Ana Rita Bonito Bastos Veiga<sup>2</sup>; Almarim José da Silva<sup>3</sup>; Vitor Manuel Lopes da Silva<sup>4</sup> & Maria de Fátima de Araújo Lopes Elias<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, *sophiefeitor@gmail.com*

<sup>2</sup> Enfermeira, Centro Social Paroquial Oliveira do Douro, *rita-bonito@hotmail.com*

<sup>3</sup> Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel, *almarimjsilva@hotmail.com*

<sup>4</sup> Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, UCC Coração D'ouro, *silva.vitor294@gmail.com*

<sup>5</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Pública, Mestre em Saúde Pública, Doutorada em Psicologia, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto, *araujo@esenf.pt*

---

### RESUMO

Medir a qualidade de cuidados em unidades de longa duração é um processo complexo. Os objetivos deste artigo são identificar quais os indicadores de resultado implementados nas unidades de longa duração a nível nacional e internacional, analisar a sua operacionalização e quais traduzem a qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi realizada uma pesquisa de documentos, relatórios e legislação e uma entrevista dirigida a gestores de unidades de longa duração no Porto e nos Açores. Os indicadores de resultado comumente implementados são a prevalência de quedas e a incidência de úlceras por pressão. A nível internacional, são implementados indicadores relativos ao autocuidado, infeção, polimedicação, entre outros. A medição dos cuidados de enfermagem nas unidades de longa duração é incompleta, não estando implementado o que está planeado a nível nacional. Há que incrementar a monitorização de novos indicadores e investir numa parametrização cuidada dos sistemas de informação, salvaguardando a sua operacionalização.

**Palavras-chave:** qualidade em saúde, cuidados continuados, cuidados de enfermagem, indicadores de resultado, Unidades de Longa Duração e Manutenção.

consideração dos antecedentes e da rotina diária do utente com demência no planeamento dos cuidados e avaliação individual de recursos e riscos. Na Holanda referem a percentagem de utentes que receberam a vacina do vírus influenza sazonal, percentagem de utentes que estiveram envolvidos num acidente relacionado com medicação nos últimos 30 dias e relativamente à satisfação do utente ou representante do mesmo incorporam, por meio de um questionário, aspetos como a qualidade dos cuidados prestados, qualidade das refeições, da informação dada, do apoio mental fornecido, da privacidade e do apoio telefónico por parte da equipa (OECD, 2013).

Quanto à monitorização e avaliação da qualidade nos cuidados de longa duração, os países da OECD adotam três abordagens principais, a imposição do controlo por regulamentação externa, o desenvolvimento de padrões para a prática de cuidados e monitorização de indicadores e estimulação da melhoria da qualidade através do uso de incentivos baseados no mercado, dirigidos a profissionais e utentes (OECD, 2013).

Em Portugal Continental, existem cinco ECR que monitorizam a qualidade dos cuidados prestados, a sua conformidade com as normas e ainda são responsáveis pela realização de auditorias anuais. Todas as ULDM têm de relatar à ECR os dados relativos aos indicadores de qualidade (Portaria nº 174/2014, de 10 setembro; Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

De seguida são apresentados os indicadores de resultado em vigor nas ULDM e UCC onde se procedeu às entrevistas a enfermeiros/gestores (Quadro I). Uma das UCC da Ilha de São Miguel não foi incluída na tabela por não implementar indicadores de qualidade. Indicadores relativos à reabilitação (mais ajustados às unidades de média duração e às unidades de convalescença) das UCC não foram contabilizados, visto que as unidades dos Açores não são divididas por tipologia.

**Quadro I** Indicadores de Resultado implementados nas ULDM e UCC onde foram realizadas as entrevistas.

Unidade	Indicadores de Resultado
ULDM (pública/privada) Porto 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de óbitos;</li> <li>• % de agudizações;</li> <li>• % de altas em segurança;</li> <li>• Prevalência de quedas;</li> <li>• Incidência de úlceras por pressão.</li> </ul>
ULDM (pública/privada) Porto 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalência de quedas;</li> <li>• Incidência de úlceras por pressão;</li> <li>• Taxa de ocupação;</li> <li>• % de óbitos;</li> <li>• % de agudizações;</li> </ul>

Unidade	Indicadores de Resultado
ULDM (pública) Porto 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalência de quedas;</li> <li>• Incidência de úlceras de pressão.</li> </ul>
UCC Ilha São Miguel 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de úlceras por pressão adquiridas.</li> </ul>
UCC Ilha São Miguel 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de referências para a psicologia;</li> <li>• Taxa de eficácia na prevenção do desenvolvimento de úlceras por pressão;</li> <li>• Taxa de eficácia na prevenção de quedas;</li> <li>• Taxa de eficácia da resposta social ao utente com alta clínica;</li> <li>• Prevalência de ITU;</li> <li>• % de utentes resistentes a agentes antimicrobianos;</li> <li>• % de utentes com risco de queda;</li> </ul>
UCC Ilha São Miguel 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de utentes com a escala de Glasgow aplicada;</li> <li>• % de utentes com a escala de Barthel aplicada;</li> <li>• % de utentes com o risco de queda determinado;</li> <li>• Taxa de cicatrização de feridas identificadas;</li> <li>• % de utentes com a escala de Braden aplicada;</li> <li>• Prevalência de ITU;</li> <li>• % anual de utentes com pelo menos uma avaliação do estado nutricional;</li> <li>• % de consultas de psicologia efetivadas;</li> <li>• % de utentes referenciados à consulta de psicologia com a mesma concretizada;</li> <li>• % de familiares/cuidadores informais com as necessidades de formação satisfeitas;</li> <li>• % de utentes internados por descanso do cuidador;</li> <li>• Taxa de utentes admitidos que realizaram rastreio de infeção/colonização por MRSA.</li> </ul>

Relativamente à operacionalização dos indicadores, os coordenadores das UCC da Ilha de São Miguel consideram que o programa informático de registos de enfermagem (MedicineOne) é um grande entrave à avaliação da qualidade da prestação de cuidados. Este não facilita a operacionalização dos indicadores, uma vez que os dados têm de ser trabalhados manualmente. Nas ULDM 1 e 3 do Porto, os dados também são extraídos do sistema informático, trabalhados manualmente e apresentados no relatório anual da instituição. A ULDM 2 contratualizou recentemente o programa informático Gucc o qual permite à coordenação eliminar ou acrescentar parâmetros a registar a qualquer altura, desde que feito o pedido à empresa. O Gucc permite também extrair diretamente os dados colhidos, analisá-los e emitir gráficos/tabelas.

Na perspetiva dos coordenadores das UCC 1, 2 e 3 e da ULDM 2, a informação de retorno produzida pelos indicadores estimula e tem um impacto positivo na condução de estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Na ULDM 1, 2 e 3 e na UCC 2 e 3, decorrente do relatório anual (que inclui a apresentação dos indicadores de resultado) é realizado um plano de formação interno com o propósito de melhorar os resultados obtidos no ano seguinte. Este é traçado tendo em conta

# 1.2. O ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO DA FUNDAÇÃO FERNANDO PESSOA

Catarina Martins<sup>1</sup>, Cristina Santos<sup>2</sup>, Joana Barroso<sup>3</sup> & Susana Bandeira<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Assistente Social, Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, [acmartins@ufp.edu.pt](mailto:acmartins@ufp.edu.pt)

<sup>2</sup> Assistente Social, Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, [cristinas@ufp.edu.pt](mailto:cristinas@ufp.edu.pt)

<sup>3</sup> Terapeuta Ocupacional, Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, [jbarroso@ufp.edu.pt](mailto:jbarroso@ufp.edu.pt)

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, [ssantos@ufp.edu.pt](mailto:ssantos@ufp.edu.pt)

---

## RESUMO

À medida que uma pessoa envelhece a vulnerabilidade aumenta, devido essencialmente às alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. Estas alterações levam a uma maior necessidade de cuidados de saúde, focando na promoção da autonomia e o acesso aos apoios sociais, sendo que para muitos idosos, a institucionalização é a única opção. Com a institucionalização surgem outros problemas como é o caso a diminuição da qualidade de vida, pois quando estes estão inseridos numa instituição têm novas rotinas e regras, bem como estão afastados das pessoas significativas e desenraizados do seu *habitat*.

**Palavras-chave:** qualidade de vida, idosos, internamento.

# 1.3. SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA EQUIPA DE APOIO INTEGRADO DOMICILIÁRIO DO CENTRO DE SAÚDE DE PONTA DELGADA (AÇORES)

Ana Cristina Medeiros Ponte<sup>1</sup> & Sofia Brum Cordeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira no Centro de Saúde de Ponta Delgada, Unidade de Saúde Ilha de São Miguel  
*ana.cm.ponte@azores.gov.pt*

<sup>2</sup> Enfermeira no Centro de Saúde de Ponta Delgada, Unidade de Saúde Ilha de São Miguel,  
*sofia.b.cordeiro@azores.gov.pt*

---

## RESUMO

**Introdução:** A avaliação da satisfação dos utentes é um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde. Este estudo visa avaliar o grau de satisfação dos utentes, em relação aos cuidados de enfermagem prestados pela Equipa de Apoio Integrado Domiciliário (EAID) do Centro de Saúde de Ponta Delgada.

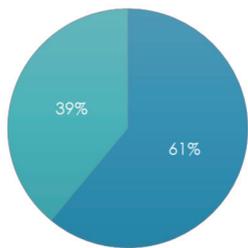
**Métodos:** Trata-se de um estudo de investigação do tipo descritivo, baseado numa abordagem quantitativa. Foi efetuada revisão bibliográfica e aplicado o Questionário SUCECS<sub>26</sub>: “Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida” (Ribeiro, 2003).

**Resultados:** Foram aplicados 282 questionários a utentes e prestadores de cuidados. Os resultados obtidos demonstraram elevada satisfação dos inquiridos (81,4%).

**Discussão:** Os resultados da presente investigação são corroborados pelos obtidos por diversos autores.

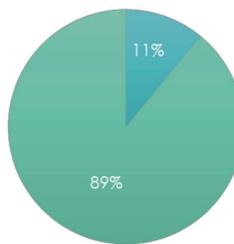
**Conclusões:** Este estudo acrescenta uma mais-valia para o conhecimento da satisfação dos utentes da EAID, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

**Palavras-chave:** indicador da qualidade, satisfação dos utentes, cuidados de enfermagem.



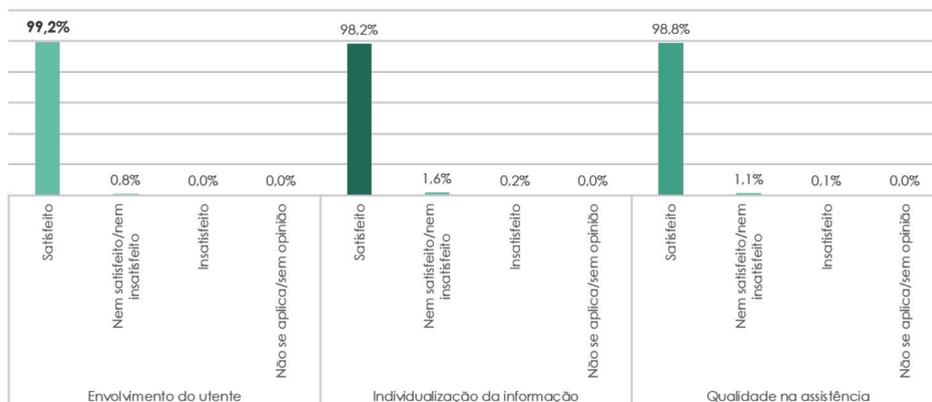
■ feminino ■ masculino

**Gráfico 1** Caracterização da amostra, de acordo com o sexo.

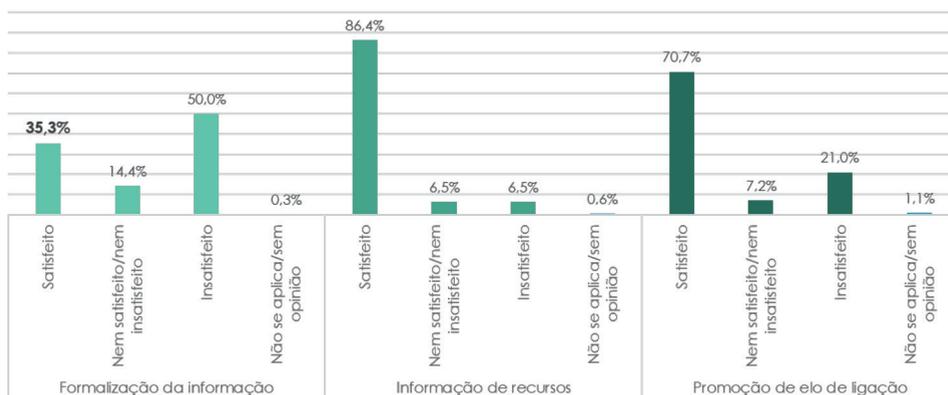


■ 0-18 anos ■ 19-64 anos ■ mais 65 anos

**Gráfico 2** Caracterização da amostra, de acordo com a faixa etária.



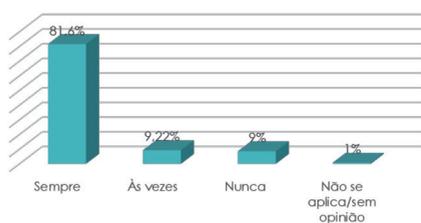
**Gráfico 3** Dimensões com maior grau de satisfação.



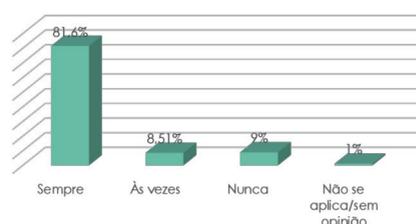
**Gráfico 4** Dimensões com menor grau de satisfação.

Assim, importa descrever quais as questões que obtiveram percentagens mais baixas e que foram responsáveis para que as dimensões apresentassem menor grau de satisfação.

Na dimensão “Informação de recursos”, constatamos que 96.1% da população foi informada sobre o horário de funcionamento do centro de saúde. No entanto, nesta dimensão, verificamos que 9% dos inquiridos refere nunca ter recebido informação sobre os serviços disponíveis (lares, serviços sociais, etc), conforme se observa no Gráfico 5. Também apenas 9% da população refere ter recebido informação sobre a forma de aceder aos serviços disponíveis (Gráfico 6).

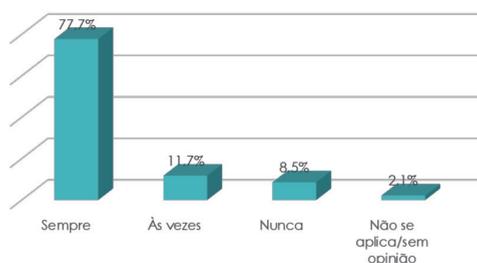


**Gráfico 5** Satisfação em relação à transmissão de informação sobre os serviços disponíveis.



**Gráfico 6** Satisfação em relação à transmissão de informação sobre a forma de aceder aos serviços.

Em relação à dimensão “Promoção do elo de ligação”, constata-se que 8.5% dos inquiridos refere não haver preocupação em envolver os familiares ou pessoas mais próximas nos cuidados prestados, tal como se observa no gráfico abaixo apresentado.



**Gráfico 7** Satisfação em relação à preocupação em envolver familiares ou pessoas mais próximas.

Por fim, na dimensão “Formalização da informação”, podemos verificar que 70% dos inquiridos refere nunca ter obtido qualquer informação escrita (Gráfico 8) e 30% revela nunca ter tido informação acerca dos direitos e deveres dos utentes do centro de saúde (Gráfico 9).

# 1.4. IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS DOENTES INTERNADOS NUMA UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO – ANTES E APÓS

Daniela Gomes Fernandes<sup>1</sup> & Patrícia Fernandes Ferreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, Hospital Escola da Universidade Fernando Pessoa, [danielag@ufp.edu.pt](mailto:danielag@ufp.edu.pt)

<sup>2</sup> Enfermeira, Hospital Escola da Universidade Fernando Pessoa, [ferreirap@ufp.edu.pt](mailto:ferreirap@ufp.edu.pt)

---

## RESUMO

Centrado no paradigma quantitativo e descritivo, com uma amostra de 15 utentes de uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), efetuou-se este estudo, através da elaboração de um instrumento de recolha de dados e de um programa de reabilitação.

As variáveis controladas do estudo são a força muscular, sensibilidade, dependência no autocuidado, equilíbrio e risco de quedas, com recurso a escalas validadas para a população portuguesa.

Os resultados obtidos mostram que, os participantes são maioritariamente idosos, do sexo feminino, com diagnóstico principal cerebrovascular. A função motora e a atividade física são domínios em que se verificam maiores percentagens de dependência. Os resultados revelam diferenças estatisticamente significativas e a indiscutível necessidade dos EEER nas UMDR da RNCCI, por via dos ganhos em saúde, dos cuidados diferenciados e significativos que prestam ao utente na reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Reabilitação, Intervenções, Independência.

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO			
Autocuidado	Mobilização articular Fortalecimento muscular	Treino de equilíbrio e marcha	Treino proprioceptivo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene Pessoal</li> <li>• Alimentação</li> <li>• Banho</li> <li>• Vestir/despir</li> <li>• Uso do sanitário</li> <li>• Controlo de esfíncteres</li> <li>• Mobilidade</li> <li>• Locomoção</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Cognição social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alongamentos</li> <li>• Mobilizações</li> <li>• Dissociação de cinturas</li> <li>• Ponte</li> <li>• Exs. sincronizados</li> <li>• Exs. isométricos</li> <li>• Push-ups</li> <li>• Alcance de objetos</li> <li>• Exs. da face</li> <li>• Exs. mentalizando movimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trocas posturais</li> <li>• Treino de marcha</li> <li>• Exs. em pé</li> <li>• Exs. de coordenação</li> <li>• Bola de pilates</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talas de <i>Margareth</i></li> <li>• Sentado, elevar bola com os pés</li> <li>• Exs. com bola picotada</li> <li>• Exs. com bolas de vários tamanhos e texturas</li> <li>• Transposição de obstáculos colocados no solo</li> </ul>

## Resultados

A apresentação inicia-se pela caracterização da amostra ao nível sociodemográfico: idade, nível de escolaridade, sexo e estado civil, seguindo-se a caracterização do estado clínico, incluindo diagnósticos de internamento, tempo imobilidade e independência funcional.

Os idosos da amostra eram na maioria do sexo feminino, com baixa escolaridade e viúvos. Na sua maioria com prestador de cuidados, sendo estes os filhos e com uma idade média de 74 anos. Com imobilidade em média há 3 meses, o diagnóstico principal do foro neurológico e provenientes dos hospitais/UCC.

O programa de reabilitação foi executado durante 6 dias por semana durante 3 meses, num total de 72 sessões. Efetuou-se uma avaliação individual da pessoa para definir qual o seu plano de reabilitação que podia contemplar exercitação músculo-articular, treino de marcha e equilíbrio, treino de autocuidados e proprioceptivo. O treino foi elaborado tendo em conta o programa pré-estabelecido, as necessidades e as expectativas do utente, de forma a atingir o máximo das suas potencialidades. No que diz respeito ao autocuidado a média dos dias intervenção de enfermagem de reabilitação nos doentes internados foi de 39,05 dias. Todos os utentes necessitavam de treino na higiene pessoal, banho, alimentação, vestir, uso do sanitário, mobilidade/locomoção, no entanto, apenas 7 utentes com necessidade de treino para controlo de esfíncteres. Para o treino de fortalecimento muscular/mobilização articular o enfermeiro de reabilitação dispendeu em média de 35,17 dias de intervenção nos doentes internados. Os exercícios mais executados neste âmbito foram os alongamentos, as mobilizações passivas, ativas ou ativas-assistidas, as automobilizações, os push-ups e a ponte, seguidos de exercícios isométricos, exercícios músculo-articulares, exercícios mentalizando movimento, dissociação de cinturas e exercícios

## 2.1. CUIDAR DE IDOSOS DEPENDENTES: SOBRECARGA DO CUIDADOR

Margarida Ferreira<sup>1</sup>; Carlos Ferreira<sup>2</sup>; Raquel Reis<sup>3</sup>; Amélia Monteiro<sup>4</sup>;  
& Assunção Nogueira<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Prof. Doutora; Professora Auxiliar; Faculdade de Ciências da Saúde-UFP, *mmferreira@ufp.edu.pt*

<sup>2</sup> Mestre; Enfermeiro chefe no HML; *carlosm.monteiroferreira@gmail.com*

<sup>3</sup> Enfermeira; Unidade Cuidados Continuados Integrados Média Duração e Reabilitação de S. Pedro. *raquel\_reis15@hotmail.com*

<sup>4</sup> Mestre; Professora Assistente; Faculdade de Ciências da Saúde-Universidade Fernando Pessoa. *ajose@ufp.edu.pt*

<sup>5</sup> Prof. Doutora; CESPU, *assuncao.nogueira@ipsn.cespu.pt*

---

### RESUMO

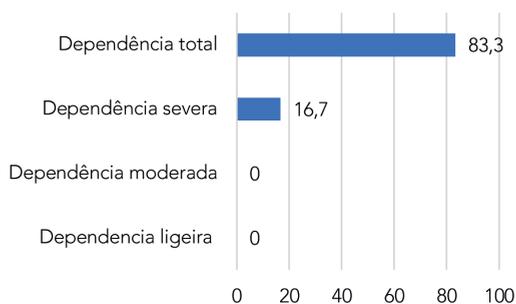
**Introdução:** A sociedade tem sido cenário de mudanças reveladoras de transformações sociais, na qual a estrutura populacional é determinada pelo envelhecimento demográfico, realidade que se caracteriza pelo declínio na capacidade funcional e necessidade de cuidados ao idoso. O cuidador informal surge quando a pessoa idosa necessita de apoio nas atividades de vida diária, no entanto, enfrenta desafios de âmbito físico, social, familiar, psicológico e financeiro, relacionados com o estado de saúde do idoso, insuficiência de respostas e/ou duração do cuidado informal, podendo culminar em sobrecarga.

**Objetivo:** avaliar a sobrecarga sentida pelos cuidadores informais em contexto domiciliário.

**Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal, realizado numa amostra em “bola de neve”, constituída por 60 cuidadores informais de idosos dependentes, apoiado num Questionário de Avaliação da Sobrecarga do CI (QASCI) e Índice de Barthel, tendo os dados sido submetidos a análise descritiva, com recurso ao SPSS.

**Resultados/Discussão:** Os resultados exibem que os CI são na maioria do género feminino (77%), idade média de 50 anos, totalidade casados e maioritariamente desempregados (80%). Os resultados patenteiam que é na família que se encontra a primeira linha de apoio, sendo que 90% dos cuidadores são filhos ou noras, prestam cuidados entre 1 a 5 anos (83%), 21 a 40 horas semanais. Tendo em conta os

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez ABVD (alimentação, transferência, toalete, uso de WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário). Da observação do Gráfico 1, Índice de Barthel, podemos atestar que 83.3% dos idosos encontram-se totalmente dependentes e 16.7% severamente dependentes nas ABVD.



**Gráfico 1** Grau de dependência do idoso.

### Sobrecarga do cuidador informal

Analisando os diferentes fatores do QUASCI para os CI, segundo os dados apresentados na tabela 4, os quatro fatores negativos ordenados por ordem decrescente de score são: Sobrecarga Financeira (SF), (M=69.2); Sobrecarga Emocional (SE) (M=60.4); Implicações na Vida Pessoal (IVP)(M=56.4); Reações e Exigências (RE)(M=20.2).

No que diz respeito aos três fatores positivos a sua ordenação de forma decrescente é a seguinte: Mecanismo de Eficácia e Controlo (MEC)(M=50); Satisfação com o Papel e com o Familiar (SPF) (M=5); Suporte Familiar (SupF)(M=0).

Atendendo aos pontos de corte do QASCI e ao nível de avaliação da sobrecarga do CI sugeridos pela autora, verifica-se na Tabela 4 que a média de sobrecarga obtida para os fatores, SE (M=60.4), IVP (56.4) e SF(M=69.2), são indicativos de uma sobrecarga grave para os CI em geral que integram a amostra deste estudo.

Com média entre os 25 e 50, indicativas de uma sobrecarga moderada, situa-se o fator com subescala negativa MEC (50.0). Com média entre 1 e 25, indicativa de uma sobrecarga ligeira, situam-se os fatores RE (20.2) e SPF (5.0). Finalmente com o valor 0 correspondente a ausência de sobrecarga, situa-se o fator SupF.

Na prevalência de sobrecarga ligeira, consideram-se as subescalas com médias entre 1 e 25, identificando-se o fator positivo SPF (média = 5.0) e RE (20.2).

## 2.2. A SUPERVISÃO DOS FAMILIARES CUIDADORES: CONTRIBUTO PARA UMA ENFERMAGEM DE QUALIDADE

André Manuel Pacheco Barbosa Leão<sup>1</sup> & Susana Carla Ribeiro de Sousa Regadas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - ACeS Grande Porto VI - Porto Oriental; Pós-Graduado em Supervisão Clínica em Enfermagem; [aleao@arsnorte.min-saude.pt](mailto:aleao@arsnorte.min-saude.pt)

<sup>2</sup> Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Mestre em Bioética; Enfermeira especialista em médico-cirúrgica - ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte; Pós-Graduada em Supervisão Clínica em Enfermagem; [sregadas@arsnorte.min-saude.pt](mailto:sregadas@arsnorte.min-saude.pt)

---

### RESUMO

**Enquadramento:** A Supervisão Clínica (SC) assume um papel capital no desenvolvimento de uma Enfermagem mais significativa para as pessoas, designadamente na assunção do papel do Familiar Cuidador (FC).

**Metodologia:** Recorre-se a um estudo de caso, permitindo o estabelecimento de uma correlação biunívoca entre áxis e práxis e oferecendo concomitantemente subsídios para investigações futuras.

**Resultados:** O envelhecimento demográfico constitui um fenómeno de expressão crescente em Portugal e no mundo. O aumento da esperança de vida associado à maior prevalência de comorbilidades, conduz à proliferação de pessoas dependentes no autocuidado (AC). O ónus desses cuidados recai mormente sobre a família, emergindo o papel de FC, que experiencia deste modo uma transição do tipo situacional.

**Conclusão:** A SC pode assumir um papel basilar nesta dinâmica, auxiliando nas dificuldades de adaptação à nova função, sendo essencial a intervenção sistematizada dos enfermeiros através das funções formativa, normativa e restaurativa, no processo supervisiivo.

**Palavras-chave:** Supervisão, Familiares Cuidadores, Enfermagem, Qualidade.

**Quadro 2** Intervenções de Enfermagem face ao Modelo de Supervisão de Proctor.

Função	Intervenções de Enfermagem
<b>Formativa</b> (Melo, <i>et al.</i> , 2014; Teixeira, <i>et al.</i> , 2016; Hashemi, <i>et al.</i> , 2018; Mitchell, <i>et al.</i> , 2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ensinar sobre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; processo patológico;</li> <li>&gt; gestão de complicações;</li> <li>&gt; avaliação, monitorização e gestão da dor;</li> <li>&gt; gestão do regime terapêutico;</li> <li>&gt; uso de dispositivos/equipamentos médicos;</li> </ul> </li> <li>• ensinar/instruir sobre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; assistência nos diferentes domínios do AC (tomar banho, alimentar-se, vestir-se ou despir-se, transferir-se, virar-se, eliminação intestinal, eliminação urinária);</li> <li>&gt; avaliação de integridade cutânea.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Normativa</b> (Melo, <i>et al.</i> , 2014; Teixeira, <i>et al.</i> , 2016; Hashemi, <i>et al.</i> , 2018; Mitchell, <i>et al.</i> , 2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avaliar a capacidade física e cognitiva do cuidador</li> <li>• treinar sobre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; avaliação, monitorização e gestão da dor;</li> <li>&gt; gestão do regime terapêutico;</li> <li>&gt; assistência nos diferentes domínios do AC (tomar banho, alimentar-se, vestir-se ou despir-se, transferir-se, virar-se, eliminação intestinal, eliminação urinária);</li> <li>&gt; avaliação de integridade cutânea.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Suporte</b> (Borges, 2013; Melo, <i>et al.</i> , 2014; Teixeira, 2015; Abreu, 2016; Teixeira, 2016; Melo, <i>et al.</i> , 2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• facilitar a expressão de expectativas associadas ao papel;</li> <li>• encorajar partilha de crenças;</li> <li>• ensinar o familiar cuidador sobre estratégias de coping;</li> <li>• encorajar a expressão das alterações na vida do familiar cuidador associadas à assunção do papel;</li> <li>• encorajar a partilha de dificuldades associadas ao papel;</li> <li>• apoiar o cuidador familiar na resolução/minimização nas dificuldades sentidas;</li> <li>• apoiar o processo de tomada de decisão;</li> <li>• promover e encorajar a partilha de pensamentos e sentimentos, para a melhor compreensão do papel de cuidador familiar;</li> <li>• encorajar a aceitação de novos desafios;</li> <li>• encorajar a identificar as suas forças (qualidades);</li> <li>• reforçar as forças (qualidades) pessoais identificadas;</li> <li>• identificar progressos;</li> <li>• assistir a identificar as respostas positivas;</li> <li>• explorar sucessos prévios;</li> <li>• promover o sono do familiar cuidador,</li> <li>• promover estratégias de AC do familiar cuidador;</li> <li>• avaliar necessidade de suporte profissional, social, familiar;</li> <li>• avaliar e identificar fatores que interfiram com a sobrecarga física, emocional e social do cuidador;</li> <li>• promover suporte emocional e psicossocial;</li> <li>• valorizar o desempenho do cuidador;</li> <li>• reforçar capacidades;</li> <li>• orientar para terapia de grupo;</li> <li>• reforçar a autonomia.</li> </ul>

## 2.3. IMPACTE DA AUTOEFICÁCIA DOS FAMILIARES CUIDADORES DE UMA PESSOA DEPENDENTE: ESTUDO EXPLORATÓRIO

André Manuel Pacheco Barbosa Leão<sup>1</sup> & Susana Carla Ribeiro de Sousa Regadas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - ACeS Grande Porto VI - Porto Oriental; Pós-Graduado em Supervisão Clínica em Enfermagem; *aleao@arsnorte.min-saude.pt*

<sup>2</sup> Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Mestre em Bioética; Enfermeira especialista em médico-cirúrgica - ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte; Pós-Graduada em Supervisão Clínica em Enfermagem; *sregadas@arsnorte.min-saude.pt*

---

### RESUMO

**Problemática:** A perceção da autoeficácia (PAE) do familiar cuidador (FC) deve ser entendida como um condicionalismo e um padrão de resposta às transições vivenciadas no exercício do papel de cuidador, e como tal inerente à qualidade e continuidade assistencial.

**Objetivos:**

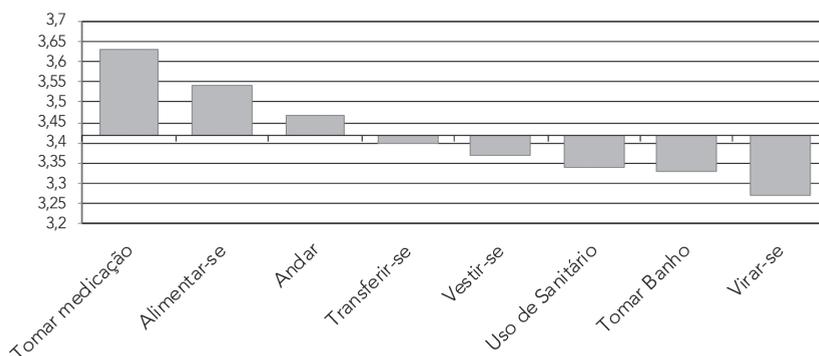
- Conhecer a PAE dos FC de pessoas dependentes;
- Explorar a relação entre a PAE e as características dos FC e das pessoas dependentes.

**Material e métodos:** Metodologia quantitativa, descritiva, transversal e com uma amostragem de conveniência. Recolha de dados por formulário no domicílio.

**Resultados:** Na globalidade, os FC percecionam-se como “competentes”, e tendem a ter níveis mais altos de PAE quando cuidam há mais tempo. Contudo, revelaram uma PAE mais baixa quanto maior a dependência da pessoa cuidada.

**Conclusões:** Considerando os domínios de competência, referidos por Schumacher e colaboradores (2000), os FC sentiam-se mais competentes na “acessibilidade aos recursos” e com menor PAE no “monitorizar”, “ajustar” e “providenciar cuidados”.

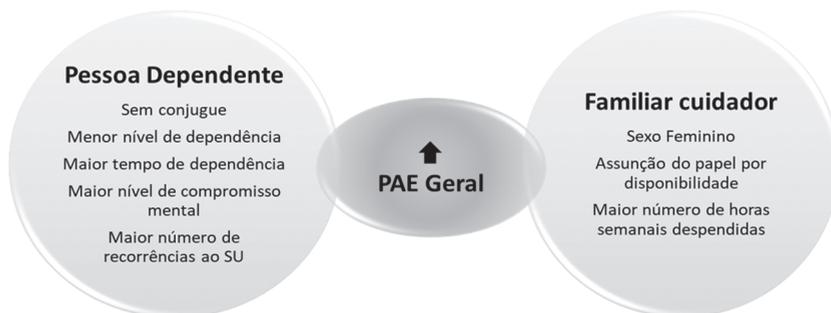
**Palavras-chave:** Perceção da Autoeficácia, Familiar Cuidador, Enfermagem.



**Figura 1** Comparação da Percepção de Autoeficácia dos FC, face a cada tipo de Autocuidado.

Observando a Figura 1, que nos permite uma “leitura macro”, é possível concluir que apenas em três (3) domínios da dependência dos familiares cuidados – tomar a medicação, alimentar-se e andar – a PAE dos FC é superior ao valor médio geral apurado. Por oposição, em todos os outros domínios os valores encontrados são menores que o nosso valor de referência. Aqui vale a pena destacar dimensões como o virar-se/posicionar-se, o tomar banho e o uso do sanitário. A dependência no transferir-se, virar-se ou tomar banho aponta para familiares “altamente dependentes” e, muitas vezes “acamados”. Curiosamente, é face a estes domínios de dependência que os FC se percebem como “menos competentes”. De acordo com Andrade (2009: 195), “à medida que o grau de dependência aumenta, o cuidador vai tendo consciência da degeneração da pessoa cuidada, sentindo-se inseguro, gerando um sentimento de impotência” ou menor competência para as atividades de “tomar conta” (ICN, 2011).

Naquilo que se reporta à influência das variáveis relativas ao familiar dependente sobre a PAE dos FC (Figura 2), os resultados deste estudo, apontam, ainda, para o facto de quando os FC tomam conta de uma pessoa com compromisso dos processos mentais, tendem a evidenciar maior PAE. Este facto pode decorrer daquilo que pode ser entendido como “menor exigência nos cuidados”, por parte do dependente (Pereira, 2011). Tomar conta há mais tempo, até pelo tempo que a construção da competência exige, parece promover a PAE dos FC. Por outro lado, os familiares dependentes com maior número de episódios de recurso aos “serviços de urgência” são cuidados por FC com níveis mais elevados de PAE. Este resultado, muito provavelmente, derivará da circunstância destes FC serem “mais competentes” na monitorização e vigilância dos seus familiares dependentes.



**Figura 2** Relação entre as principais variáveis (relativas à pessoa com dependência e ao FC) em estudo e a PAE geral dos FC.

Relativamente às características do FC (Figura 2), inferimos que os FC que assumem o papel de cuidador por “disponibilidade” e que ocupam “mais horas” na prestação de cuidados, são aqueles com níveis mais elevados de PAE. Como já tivemos oportunidade de referir, a construção da perceção da autoeficácia e, porque não dizê-lo, da competência, decorrerá da maior intensidade de experiências dos FC. Tal como em outros estudos, também aqui obtivemos um grande número de FC que eram mulheres. Talvez devido aquilo que socialmente está atribuída às mulheres e a algumas das suas experiências de vida, são os FC do sexo feminino que têm maior PAE.

## Conclusões

Na sociedade atual, o número de pessoas que prestam cuidados a um membro da família tem aumentado de forma exponencial, à medida que uma grande parte da população envelhece.

Neste contexto, tendo presente o papel fundamental que os familiares cuidadores desenvolvem na prestação de cuidados, emergem cada vez mais investigações sobre os fatores que podem estar associados com a capacidade de lidar com as exigências do cuidado, tendo a autoeficácia sido identificada como um fator importante na capacidade de adaptação dos indivíduos para lidar com a prestação de cuidados.

De acordo com os resultados apurados neste estudo, é importante, desde logo, salientar que, grosso modo, os FC se sentem como “muito competentes” no desempenho do seu papel.

Considerando os nove domínios de competência ou processos de cuidar descritos por Schumacher e colaboradores (2000), foi possível inferir que o domínio em que os FC se sentiam mais competentes dizia respeito à “acessibilidade aos recursos”, nomeadamente humanos, para assistir o seu familiar.

## 3.1. ENVELHECIMENTO E BEM-ESTAR: INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA NUM GRUPO DE IDOSOS

Ana Luísa Cordeiro Vicente<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Doutorada pela Universidade da Estremadura, Psicóloga na Clínica Delicate Age Saúde e Bem Estar, Portimão [aluisavicente@gmail.com](mailto:aluisavicente@gmail.com)

---

### RESUMO

Com o declínio progressivo das suas capacidades, principalmente a nível psicológico, e também devido ao impacto do envelhecimento, o idoso vai alterando os seus hábitos e rotinas diárias, substituindo-as por ocupações e atividades que exigem um menor grau de funcionamento. Assim, é importante não só prevenir a deterioração física e funcional como também as perdas a nível cognitivo e psicológico. A literatura sugere que as terapias não farmacológicas possuem um efeito positivo no desempenho cognitivo do idoso, na diminuição da sintomatologia depressiva, na melhoria ou manutenção da sua funcionalidade, bem como na melhoria da sua qualidade de vida diária. Objetivou-se neste estudo, observar o impacto relativamente à preservação e melhoria dos domínios cognitivos, sintomatologia depressiva e manutenção ao nível da motricidade através de terapias não farmacológicas, em cinco idosos de diferentes nacionalidades, em que a língua falada é maioritariamente o inglês e que se encontram a residir em Portimão. Utilizou-se cinco instrumentos de avaliação, *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), *Índice Lawton-Brody* e *Índice de Barthel*, antes e após a implementação das terapias não farmacológicas com a duração de 10 semanas, variando a periodicidade de cada uma das terapias. As terapias não farmacológicas realizadas durante este período, incluíam atividades de estimulação cognitiva, reminiscência, exercício físico e arteterapia. Todos os participantes realizaram 20 sessões de estimulação cognitiva, 10 sessões de terapia de reminiscência, 20 sessões de exercício físico e 10 de arteterapia. Os resultados demonstraram que a implementação das dife-

participantes. Relativamente à aplicação das escalas de Lawton-Brody e Barthel não ocorreu mudanças significativas nos valores apresentados, com exceção do aumento de um valor nos participantes A e B relativamente ao nível de independência da pessoa para a realização de determinadas atividades básicas de vida diária, através do Índice de Barthel.

**Quadro 1** Avaliação pré e pós intervenção da cognição, sintomatologia depressiva e nível de independência da pessoa para a realização de determinadas atividades.

Participantes	A	B	C	D	E	
Género	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	
Idade (anos)	81	91	83	94	73	
Nacionalidade	Holandesa	Canadiense	Inglesa	Inglesa	Angolana	
Escolaridade	Ensino Primário	Licenciatura	Ensino Secundário	Licenciatura	Licenciatura	
Estado Civil	Viúva	Viúva	Viúva	Viúva	Divorciada	
Filhos	Dois	Nenhum	Um	Um	Um	
Observações	Utiliza cadeira de rodas	Dificuldades de locomoção; presença de tremor de repouso.	Dificuldades de locomoção	Utiliza cadeira de rodas	Sem problemas de locomoção	
<b>Testes aplicados antes</b>						<b>Médias</b>
MMSE	26	13	14	23	26	20.4
MoCa	18	9	9	17	20	14.6
GDS-15	5	6	7	5	5	5.6
Índice Lawton-Brody	30	60	55	30	90	53
Índice de Barthel	1	1	3	3	6	2.8
<b>Testes aplicados depois</b>						<b>Médias</b>
MMSE	26	16	17	23	26	21.6
MoCa	19	12	11	19	21	16.4
GDS-15	4	5	5	3	3	4.0
Índice Lawton-Brody	30	60	55	30	90	53
Índice de Barthel	2	2	3	3	6	3.2

Após a implementação do projeto de intervenção, com um programa que incluía terapia de reminiscência, atividade física, arteterapia e estimulação cognitiva, em ido-

## 3.2. RESPIRAR MELHOR, VIVER MELHOR

Ana Marques<sup>1</sup> & Andreia Pereira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Coração D'Ouro, *afmarques@arsnorte.min-saude.pt*

<sup>2</sup> Enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Coração D'Ouro, *andrea.p.pereira@arsnorte.min-saude.pt*

---

### RESUMO

**Contexto:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma das principais causas de internamentos hospitalares de idosos, e por este fato torna-se imperioso o desenvolvimento de um projeto estruturado de intervenção em indivíduos com mais de 65 anos e com DPOC.

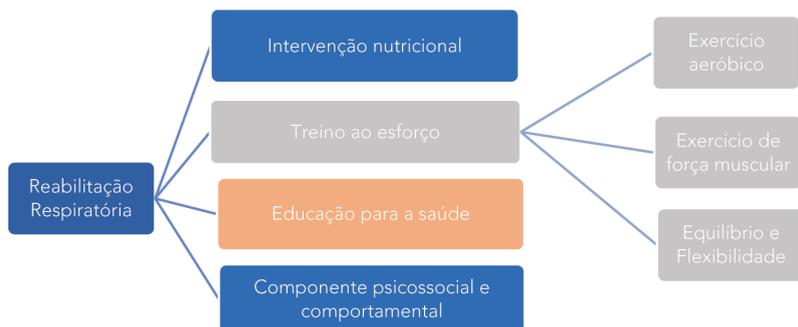
**Objetivo:** Aumentar a acessibilidade dos idosos com DPOC a cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória.

**Métodos:** Relato de projeto, organizado de acordo com a metodologia do projeto: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, divulgação de resultados e avaliação.

**Resultados:** O Projeto Respirar Melhor Viver Melhor permitiu intervenção em 10% dos utentes com DPOC da área de abrangência da UCC Coração D'Ouro.

**Conclusões:** A intervenção educacional estruturada em utentes idosos com DPOC melhorou a autogestão da doença e promoveu adesão a comportamentos de saúde.

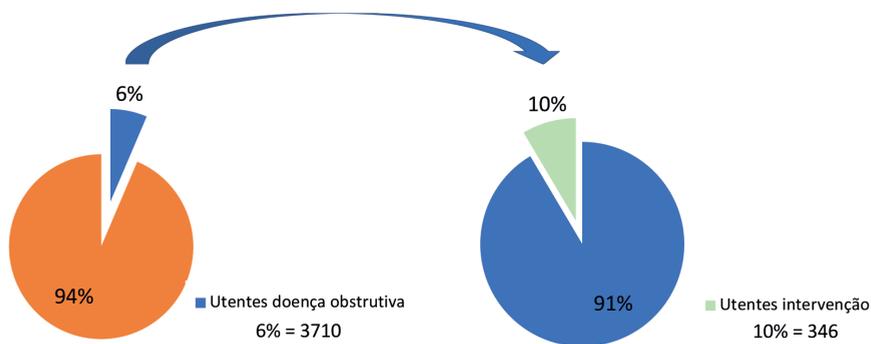
**Palavras-chave:** Idoso, DPOC, Gestão terapêutica.



**Fluxograma 1** Contextualização do PRMVM.

O PRMVM está inserido no programa nacional para as doenças respiratórias e tem como principal finalidade capacitar os utentes para a gestão eficaz da DPOC. Os objetivos são a redução da sintomatologia associada, a promoção da gestão do regime terapêutico, a melhoria da capacidade funcional, a promoção da vida social e contato com os profissionais de saúde e redução dos custos com recurso de saúde.

A população alvo foram os utentes da área de abrangência da UCC Coração D'Ouro com o diagnóstico de DPOC.

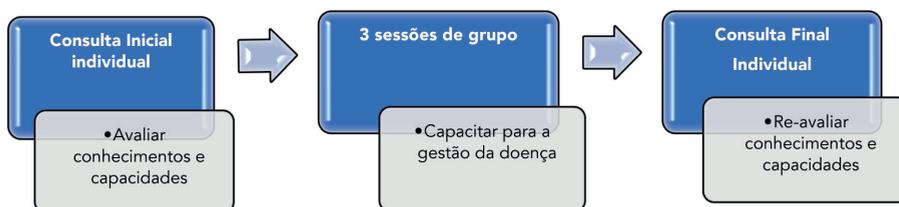


**Gráfico 1** Prevalência da doença obstrutiva na área de intervenção do PRMVM em 2019.

O PRMVM desenvolve-se em três momentos distintos em que existe intervenção individualizada e em grupo.

Na consulta inicial é feita uma avaliação inicial individual onde é feita uma avaliação do conhecimento sobre a doença, dispneia, limpeza das vias aéreas e técnicas de conservação de energia. Proceder-se também à avaliação da dispneia funcional, capacidade de expetorar e tolerância à atividade física. Efetua-se a avaliação do regime terapêutico, da adesão a vacinação (gripe e vacina pneumónica) e avaliação de

parâmetros vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, peso e saturação de oxigênio em repouso).



**Fluxograma 2** Desenvolvimento do PRMVM.

O programa educativo é concretizado em três sessões de grupo.

Na primeira sessão é abordado o conceito e fisiopatologia da DPOC e asma, as terapêuticas farmacológicas e a utilização de inaladores.

Na segunda sessão são ensinadas técnicas de conservação de energia, a higiene brônquica e a importância da vacinação. São realizados exercícios de reeducação respiratória abdominal, diafragmática e costal e técnicas de incentivo da tosse e técnicas de limpeza das vias aéreas.

A terceira sessão o ensino incide nas técnicas de reeducação funcional, conselhos nutricionais e prática de uma sessão de relaxamento. Nesta sessão pratica-se também técnicas de controlo da respiração, técnicas de correção postural, técnicas de fortalecimento dos músculos respiratórios.

Termina com uma consulta final individual onde é efetuada a reavaliação dos conhecimentos e capacidades adquiridas, procede-se a avaliação da satisfação dos utentes em participar no projeto.

Como indicadores de resultados foram utilizados: Proporção de utentes com asma ou DPOC, com intervenção na UCC; Taxa de resolução da ineficácia /compromisso na gestão do regime terapêutico; Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos com essas patologias.

A avaliação dos mesmos foi realizada com recurso ao Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF).

## Resultados

O PRMVM permitiu intervenção em 10% dos utentes com DPOC da área de abrangência da UCC Coração D'Ouro.

## 3.3. O PÉ DO IDOSO – IMPLICAÇÕES NOS EVENTOS DE QUEDA

Liliana Marta Mirra de Araújo Avidos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Prof. Adjunto Principal do Instituto Politécnico de Saúde Norte, Membro do *Research Group for Artificial Intelligence and The Health* da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, CESPU, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Portugal. Coordenadora do departamento de Formação contínua da Associação Portuguesa de Podologia, APP - Formação, [liliana.avidos@ipsn.cespu.pt](mailto:liliana.avidos@ipsn.cespu.pt)

---

### RESUMO

**Introdução:** Segundo a Organização das Nações Unidas, o envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade. Na dimensão biológica, o envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e fisiológico, acompanhado por modificações morfológicas e funcionais, dentre elas encontram-se as estruturas anatômicas e fisiológicas dos pés. Os pés são por excelência a estrutura de suporte de todo o organismo, participando também ativamente na mobilidade, sendo o garante da locomoção, do equilíbrio e da motricidade que permitem ao indivíduo a sua independência locomotora.

Já relativamente às quedas, a Organização Mundial da Saúde indica que os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar.

**Objetivos:** Tendo em conta a importância dos pés no equilíbrio postural e o impacto social, económico decorrente nas quedas em idosos, pretendeu-se com este artigo realizar uma revisão sistematizada da literatura acerca da problemática do Pé do idoso e na possível relação entre os problemas nos pés decorrentes do envelhecimento e a prevalência de quedas em idosos.

**Métodos:** A colheita de dados foi realizada no período de 05 a 20 de março de 2020, e utilizou-se para a pesquisa as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e National Library of Medicine (PUBMED). Foi inicialmente definido como critério de in-

mobilidade articular do pé, nomeadamente sagital, ou seja, articulação TT e 1ª MTF, mas também da SBT, aumenta a instabilidade postural e consequentemente incrementa o risco de quedas.

Contudo, nem só a reduzida mobilidade articular dos pés está relacionada com a instabilidade postural, outros autores buscaram encontrar outros fatores nos pés que possam contribuir para maior risco de quedas, entre estes, destacamos um estudo recente (Menz, Auhl, & Spink, 2018) no qual foram analisados dados de 146 idosos com antecedentes de quedas e os quais foram inquiridos relativamente às suas condições de saúde dos pés. Os resultados foram altamente conclusivos e relataram que a presença de hallux valgus, deformidades nos dedos e dores nos pés foram altamente preditivos de quedas, a tal ponto que os autores sugerem que num eventual programa dirigido à diminuição de risco de quedas em idosos, os problemas dos pés tenham de ser tidos em conta e que qualquer intervenção terapêutica no sentido de minorar a prevalência de quedas, passe também pelos cuidados de saúde dos pés.

Um estudo em larga escala, com 1375 participantes tentou encontrar uma relação entre a dor, postura e função dos pés e as quedas em idosos, os seus achados relataram uma relação muito significativa entre a dor nos pés, bem como a postura pronada (plana) e a prevalência de quedas em idosos (Awale *et al.*, 2017). Nesta linha de pensamento, o *American College of Foot and Ankle Surgeons*, lançou uma brochura dirigida à comunidade geriátrica, intitulada Prevent Trips, Slips & Falls, na qual declara perentoriamente a necessidade do cuidado de saúde dos pés na prevenção das quedas em idosos (Seniors: How Healthy Feet Can Reduce Your Risk of Falling – Foot Health Facts, n.d.) Fig 1.



**Figura 1** Recomendações à comunidade geriátrica no âmbito de um programa de prevenção de quedas. Adaptado de (Seniors: How Healthy Feet Can Reduce Your Risk of Falling – Foot Health Facts, n.d)

## 3.4. PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM INQUÉRITO DE OPINIÃO

Assunção Nogueira<sup>1</sup>, Zaida Azeredo<sup>2</sup> & Lurdes Teixeira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutorada, Professora Adjunta Principal da ESSVS, CESPU, Investigadora na unidade de investigação IINFACTS, CESPU, [assuncao.nogueira@ipsn.cespu.pt](mailto:assuncao.nogueira@ipsn.cespu.pt)

<sup>2</sup> Médica de CL Geral/Medicina Familiar, Doutorada em Saúde Comunitária, Coordenadora da RECI/ Piaget, [zaida.reci@gmail.com](mailto:zaida.reci@gmail.com)

<sup>3</sup> Socióloga, Doutorada, Professora Adjunta Principal da ESSVS, CESPU, Investigadora na unidade de investigação IINFACTS, CESPU, [lurdes.teixeira@ipsn.cespu.pt](mailto:lurdes.teixeira@ipsn.cespu.pt)

---

### RESUMO

**Introdução:** A Violência contra idosos está a aumentar e a assumir uma agressividade outrora pouco comum. Subjacente a este fenómeno multifatorial, estão, entre outros fatores, o aumento da esperança média de vida ao nascer, a longevidade, o isolamento/ solidão dos idosos, alterações na estrutura familiar e alterações socioeconómicas.

**Objetivo:** Conhecer a opinião da população sobre a prevenção da violência sobre idosos.

**Metodologia:** Foram interrogadas 208 pessoas que aceitaram colaborar e possuíam as condições físicas e mentais para o fazerem. Foi uma amostra de conveniência obtida através de um inquérito de rua. O instrumento utilizado possuía diversas perguntas abertas entre as quais uma sobre prevenção de violência sobre idosos. Foi aplicado após ter sido testado. Foram respeitados os princípios éticos e de confidencialidade.

**Resultados:** Foram inquiridas 208 pessoas, de ambos os sexos, com idade entre os 15 e os 94 anos. Média de idades 36 anos. A maioria (69,2 %) são mulheres, 77,2 % não co-habita com idosos, porém 70,8 % convivem com idosos. Entre as medidas preventivas de violência contra idosos que foram sugeridas citamos: i) Maior vigilância por entidades públicas competentes, nomeadamente PSP/ GNR, Segurança Social e Profissionais de Saúde (13 %), com visita domiciliária frequente (4,8%); ii) Haver legislação mais punitiva para quem prevarica (12,5%);iii) Denunciar-se os casos quando se tem conhecimento deles ( 10,6%). Mas para tal há necessidade de informar e sensibilizar

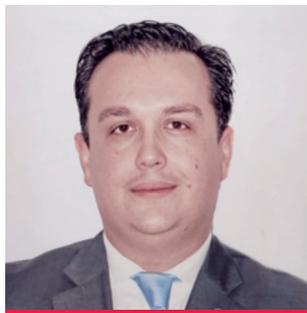
## OS CORDENADORES



### **Assunção Nogueira**

Doutorada em Educação, Mestre em Ciências da Enfermagem, CESE em Enfermagem Comunitária. Professor Adjunto Principal na ESSVS, IPSN na CESPÚ e Investigadora no IINFACTS na CESPÚ. Na ESSVS, desempenhou várias funções das quais a coordenação de ano e Regências de várias UCs, no Curso de Licenciatura em Enfermagem e no Mestrado de Enfermagem Comunitária. Foi Presidente do Conselho Pedagógico de 2015 a 2019, e Vice-Presidente de 2019 até à data. Foi Coordenadora Pedagógica das Pós-Graduações de Saúde Familiar e da Avaliação, Prevenção e Tratamento de Feridas. Professora convidada no IESFAFE. Tem vários artigos e capítulos de livro publicados, assim como tem feito várias comunicações integradas em eventos científicos sobre as áreas do seu interesse: Envelhecimento, Cuidados Familiares e Saúde e Intervenção Comunitária.

## OS COORDENADORES



### **Narciso Moura**

Doutor em Ciências Sociais e Licenciatura em Serviço Social. Assistente Social. Formação especializada na área da Gestão e Políticas de Saúde e Auditoria Interna da Qualidade. Diretor do “O Lar do Comércio”. Presidente da Comissão Científica da Sociedade Portuguesa de Alcoologia, Vice-presidente da Associação Nacional Interdisciplinar de Economia Social. É Presidente da Associação de Desenvolvimento do Noroeste Peninsular. Integrou várias comissões científicas e palestrou em diversos eventos na área da saúde e social; integrou a organização de vários eventos científicos; foi responsável pelo Serviço Social (Adultos) do Centro de Referência das Doenças Metabólicas e Hereditárias e exerceu funções como Assistente Social no Centro Hospitalar de São João-Porto; Consultor no desenvolvimento de projetos de empreendedorismo social, gestão de equipamento técnico social, cuidados continuados e paliativos. Formador na área do Trabalho Social e Recursos Humanos, certificado pelo IEFP.



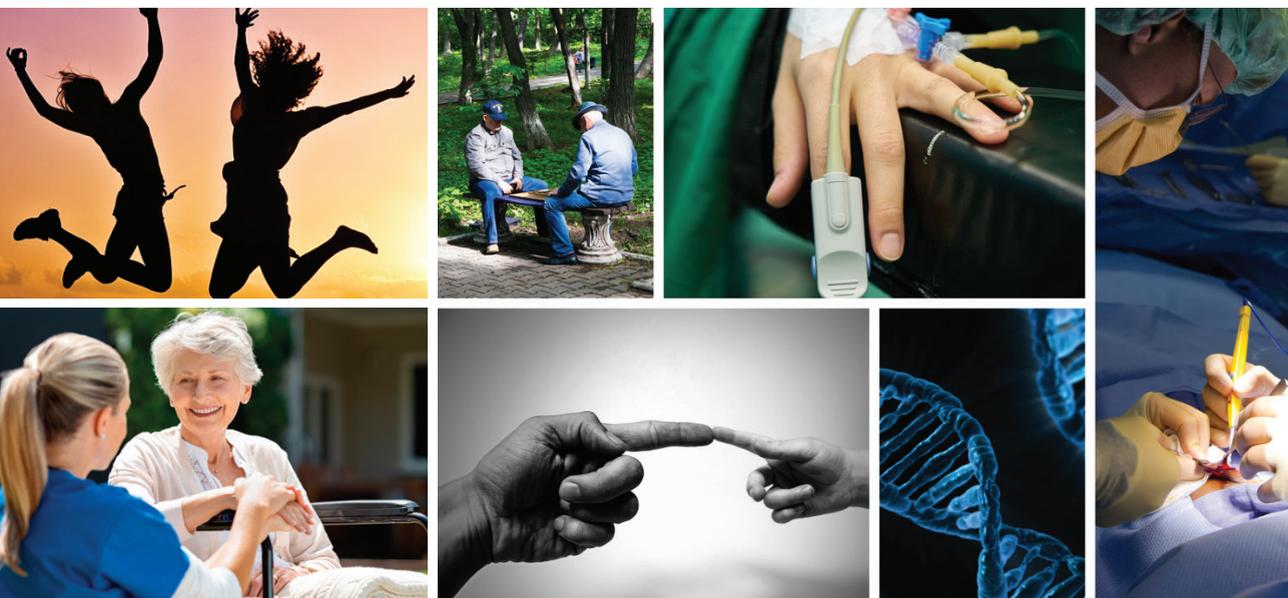
### **Zaira Azeredo**

Licenciada em Medicina pela Universidade do Porto, É Medica de Medicina Geral e Familiar no Porto. Mestre em Gerontologia Social Aplicada pela Universidade de Barcelona. Doutorada em Saúde Comunitária pelo ICBAS. Possui duas pós-graduações em Geriatria e Gerontologia respetivamente pela UAL e pelo ISPA. Coordenadora da RECI (Research Unit in Education and Community Intervention)/Piaget está envolvida em alguns projectos de investigação, nacionais e internacionais, nomeadamente na area da Gerontologia/ Geriatria (ex. fragilidade, solidão e violência). Possui numerosas publicações e comunicações de cariz nacional e internacional.

# ixUS

formação e consultadoria, lda.

## Formação Certificada na Área da Saúde e das Ciências Sociais



*“A Competência  
pelo Conhecimento”*



Conheça a nossa oferta formativa em  
**[www.ixus.pt](http://www.ixus.pt)**

**Ixus, Formação e Consultadoria**

Telf.: 225371779 | Telm: 965097847 | E-mail: [forma@ixus.pt](mailto:forma@ixus.pt)



Participe nos nossos programas



**#MISSÃO  
COMPRESSÃO**

[www.missao-compressao.pt](http://www.missao-compressao.pt)



**desperta**

Campanha de sensibilização  
para o pé diabético

[www.despertaparaopediabetico.pt](http://www.despertaparaopediabetico.pt)



**DINAMIZAR**

# URGO MEDICAL

A gama Urgostart, incluindo Urgostart Plus, é o único tratamento que demonstrou reduzir o tempo de cicatrização de úlceras vasculares, úlceras de pé diabético e úlceras por pressão, graças à sua tecnologia única: a matriz cicatrizante TLC-NOSF (Octasulfato de Sacarose)

## UM ANO DE RECONHECIMENTOS

MARÇO 2018	AGOSTO 2018	JANEIRO 2019	MAIO 2019
<p><b>JULHO 2018</b> Prémio de produto mais inovador em Espanha</p>	<p><b>DEZEMBRO 2018</b> Prix Galien em França</p>	<p><b>MARÇO 2019</b> "Produto mais inovador"</p>	<p><b>JULHO 2019</b> Recomendação Nacional</p>

### CICATRIZAÇÃO DINÂMICA

#### UrgoStart plus

Modulador de metaloproteases:  
Octasulfato de Sacarose

Penso que desbrida e cicatriza ao mesmo tempo para reduzir o tempo de cicatrização

**PRODUTO**    **TAMANHO**    **U/C**    **LOTE**    **CÓDIGO**

UrgoStart plus	10x10	10	382	O1021
UrgoStart plus	15x15	10	384	O1022

**PRODUTO**    **TAMANHO**    **U/C**    **LOTE**    **CÓDIGO**

UrgoStart plus	8x8	10	386	O1023
UrgoStart plus	10x10	10	386	O1024
UrgoStart plus	13x13	10	387	O1025
UrgoStart plus	15x15	10	388	O1026

**PRODUTO**    **TAMANHO**    **U/C**    **LOTE**    **CÓDIGO**

UrgoStart	10x10	10	382	O1020
-----------	-------	----	-----	-------

### COMBATE A INFECÇÃO LOCAL

#### UrgoClean Ag

Material de penso com prata:  
Fibras poliacrilato com núcleo acrílico ciprata

O penso de prata com ação antibiótica e de limpeza para combater a infeção local de forma completa

**PRODUTO**    **TAMANHO**    **U/C**    **LOTE**    **CÓDIGO**

UrgoClean Ag	10x10	10	240	F836
UrgoClean Ag	15x15	10	241	F837

#### UrgoTul Ag

Material de penso com prata: Impregnado com prata

O penso de malha flexível com prata para adaptar-se aos contornos das feridas

**PRODUTO**    **TAMANHO**    **U/C**    **LOTE**    **CÓDIGO**

UrgoTul Ag	10x12	16	222	P1003
UrgoTul Ag	15x20	10	223	I1142

**FIBRAS DE POLIACRILATO DE AMÔNIO**  
Ação eletrostática para uma limpeza contínua da ferida<sup>2</sup>

**TLC-AG**  
Ação antimicrobiana<sup>3</sup>

**FIBRAS DE POLIACRILATO DE AMÔNIO**  
Absorve, retém e actua sobre as causas do exsudado

**FIBRAS DE POLIACRILATO DE AMÔNIO**  
Rompe mecanicamente o biofilme<sup>4</sup>

### PREVENÇÃO

#### Corpitol

Prevenção de úlceras por pressão (UPP)

- Prevenção de UPP
- Tratamento e prevenção do eczema cutâneo reversível
- Proteção das zonas de risco da pele

**TAMANHO**    **U/C**    **REF.**

Corpitol 20 ml	1	552337
Corpitol 50 ml	1	552338
Corpitol 100 ml	1	552339

#### Corpitol emulsion

Prevenção e tratamento dos transtornos de coesão cutânea de origem vascular

- Peles em risco de sofrer ou voltar a sofrer uma úlcera vascular: pele hipovascularizada e frágil
- Pele perilesão das úlceras vasculares: dermatite ocre, pele com eczema
- Hiperqueratose, eritema

**TAMANHO**    **U/C**    **REF.**

Emulsion 100 ml	1	504365
Lathe 40 gr	1	505045

### TERAPIA COMPRESSIVA DUAL

#### UrgoK2

Latex Free

Sistema de compressão dual de 40 mmHg

Kit de ligaduras multicamada de compressão dual: combina as vantagens de uma ligadura de curta tração e uma de longa tração

**PRODUTO**    **TAMANHO**    **U/C**    **REF.**

UrgoK2	18-25cm	1	192370
UrgoK2	25-32cm	1	192371

#### UrgoK2 Lite

Latex free

Sistema de compressão dual reduzida de 20 mmHg

Kit de ligaduras multicamada de compressão dual: combina as vantagens de uma ligadura de curta tração e uma de longa tração

**PRODUTO**    **TAMANHO**    **U/C**    **REF.**

UrgoK2 Lite	18-25cm	1	192601
UrgoK2 Lite	25-32cm	1	192602

### MANTÉM A FERIDA LIMPA E FACILITA A CICATRIZAÇÃO

#### UrgoClean

Mecha

Material de penso desbridante:  
Fibras de poliacrilato com núcleo acrílico

**PRODUTO**    **TAMANHO**    **U/C**    **LOTE**    **CÓDIGO**

UrgoClean	10x10	10	20	F819
UrgoClean	15x15	10	21	F820
UrgoClean	15x20	10	22	F821
UrgoClean	5x40	5	23	F822

### ESPUMAS CICATRIZANTES PARA GESTÃO DO EXSUDADO

#### UrgoTul Absorb

Border

Espumas de poliuretano:  
Espuma poliuretano 3 camadas, interface lipofílica s/rebordo

**PRODUTO**    **TAMANHO**    **U/C**    **LOTE**    **CÓDIGO**

UrgoTul Absorb	10x10	10	122	E676
UrgoTul Absorb	13x12	16	123	E677
UrgoTul Absorb	15x15	10	125	E679
UrgoTul Absorb	15x20	10	126	E831

#### UrgoTul Absorb

Border Sacrum

Espumas de poliuretano:  
Espuma poliuretano mais de 3 camadas interface lipofílica p/releio sacro-coccígea c/rebordo

**PRODUTO**    **TAMANHO**    **U/C**    **LOTE**    **CÓDIGO**

UrgoTul Absorb	8x8	10	175	E732
UrgoTul Absorb	10x10	10	176	E733
UrgoTul Absorb	13x13	10	177	E734
UrgoTul Absorb	15x15	10	180	E737
UrgoTul Absorb	15x20	10	182	E739

#### UrgoTul Absorb

Talan

Espumas de poliuretano:  
Espuma poliuretano 3 camadas p/calcâneo s/rebordo

**PRODUTO**    **TAMANHO**    **U/C**    **LOTE**    **CÓDIGO**

UrgoTul Absorb	12x19	10	89	E642
----------------	-------	----	----	------

# CUIDADOS CONTINUADOS E CONTINUIDADE NOS CUIDADOS

COORDENAÇÃO DE

**ASSUNÇÃO NOGUEIRA, NARCISO MOURA e ZAIDA AZEREDO**

## SOBRE A OBRA

O ser humano vive em frágil harmonia com o seu ecossistema havendo múltiplos fatores que a podem desequilibrar, conduzindo muitas vezes a doenças. Desses fatores, a maior parte são modificáveis pelo próprio Homem, havendo, por isso, necessidade de O educar no sentido de os tornar mais salutogêneos. Porém alguns como a hereditariedade e a idade não são modificáveis, pelo menos à luz da ciência atual. É assim que o envelhecimento, sobretudo a partir da idade em que se atinge o planalto do desenvolvimento (cerca dos 30 anos) vai progressivamente tornando cada vez mais difícil a vivência harmónica do Homem com o seu meio (interno e externo) causando, então doença.

Por outro lado, e tendo em atenção o afirmado, o envelhecimento da população aumenta a necessidade de um maior número de cuidadores que devido a diversas alterações sociodemográficas e a alterações no padrão de doenças são em menor número e com menor disponibilidade para cuidar. Surge, assim a necessidade de cuidados complementares aos prestados pela família.

Sendo esta problemática de grande complexidade e abrangência procurou-se, com este livro aflorar alguns temas atuais e pertinentes que exigem uma reflexão profunda, bem como adicionais investigações.

Também disponível em formato e-book



[www.medicabook.pt](http://www.medicabook.pt)

**ixUS**

formação e consultadoria, lda.

**medicabook**