



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **Capacitação para o uso do estatuto de cuidador informal: o papel do Enfermeiro de Saúde Familiar no suporte às famílias com membros dependentes**

Daniela Sofia Sousa Valente N<sup>o</sup>29180

Março, 2025



# **Capacitação para o uso do estatuto de cuidador informal: o papel do Enfermeiro de Saúde Familiar no suporte às famílias com membros dependentes**

Daniela Sofia Sousa Valente

## **Estágio com Relatório Final**

Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária- Área de Enfermagem de Saúde, 1<sup>a</sup> edição Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

março, 2025

“Ser resiliente vai muito além de ter força. Ser resiliente é ser flexível e saber adaptar-se até mesmo às dificuldades.”

Karyne Santiago

## **Agradecimentos**

A finalização desta etapa representa um culminar de um trabalho árduo que me levou ao desenvolvimento pessoal, profissional e acadêmico. A sua concretização só foi possível graças ao apoio incondicional de diversas pessoas que se revelaram fundamentais ao longo de todo o percurso, a quem manifesto a minha mais profunda gratidão.

À professora Ana Andrade pela disponibilidade, amabilidade, paciência e incentivo nesta etapa.

A todos os professores que lecionaram no curso de mestrado que me transmitiram todos os conhecimentos.

À enfermeira de família, enfermeira Sandra que sempre me apoiou, ajudou, incentivou, e nunca me deixou desistir nos momentos mais difíceis, uma pessoa excelente e que levo para a minha vida toda.

A toda a equipa da USF que sempre me acolheu bem, e que considero casa e colo.

A minha amiga e companheira de curso Patrícia Morais pelo apoio, pela amizade e por tudo e mais alguma coisa não tenho palavras, obrigada pela tua resiliência.

Também gostaria de agradecer aos meus colegas de trabalho, pelo apoio prestado e pela empatia que tiveram nesta fase.

À minha melhor amiga Carolina Almeida pelo apoio sempre, todos os dias, obrigada pela força e apoio nesta fase.

À minha família, que sempre me apoiou.

Aos meus colegas do curso de mestrado pela resiliência demonstrada e ajuda mútua.

Agora não menos importante, sendo estas as pessoas mais importantes da minha vida, aos meus pais e ao meu futuro marido, que foram os meus pilares para conseguir terminar esta etapa com sucesso, obrigado por tudo.

## **Resumo**

**Introdução:** O processo de envelhecimento implica mudanças inevitáveis, influenciadas por diversos fatores biopsicossociais, afetando os idosos de forma imprevisível. O aumento da dependência leva a que os cuidados sejam assumidos pelos familiares mais próximos, tornando-os cuidadores. Esta responsabilidade tem impacto na dinâmica familiar, sendo necessário planejar e implementar intervenções adequadas às especificidades da família. A introdução do cuidador informal é ainda desconhecida e cabe aos enfermeiros de família a capacitação dos cuidadores para a existência do mesmo. Partindo desta premissa foi realizado o presente relatório com a temática “Capacitação para o uso do estatuto de Cuidador Informal: o papel do Enfermeiro de Saúde Familiar no suporte às famílias com membros dependentes”.

**Objetivos:** Avaliar as famílias segundo o MDAIF; identificar as necessidades das mesmas no que respeita ao estatuto do Cuidador Informal, intervir numa perspetiva sistémica para a capacitação das famílias, nos seus processos de desenvolvimento.

**Métodos:** O presente estudo enquadra-se no projeto Family2Care aprovado pelo parecer de ética da ULS Viseu Dão Lafões. Foi utilizada como colheita de dados às cinco famílias a entrevista familiar sistémica bem como os instrumentos de avaliação familiar.

**Resultados:** Em todas as cinco famílias havia um desconhecimento relativamente ao estatuto de Cuidador Informal, havendo assim uma necessidade de as capacitar, tendo assim duas das cinco famílias iniciado o pedido do estatuto.

**Conclusão:** A proximidade e o conhecimento da família são elementos cruciais para o sucesso das intervenções aplicadas pelo enfermeiro de família, resultando em ganhos em saúde.

**Palavras-chave:** Cuidador Informal; Capacitação; Enfermagem Saúde Familiar.

## **Abstrat**

**Introduction:** The aging process entails inevitable changes, influenced by various biopsychosocial factors, affecting elderly individuals in unpredictable ways. Increased dependency leads to caregiving responsibilities being assumed by close family members, turning them into caregivers. This responsibility impacts family dynamics, making it necessary to plan and implement interventions tailored to the family's specific needs. The role of the informal caregiver is still not widely recognized, and it is up to family nurses to empower caregivers in this regard. Based on this premise, the present report was developed under the theme: *"Empowerment for the Use of the Informal Caregiver Status: The Role of the Family Health Nurse in Supporting Families with Dependent Members."*

**Objectives:** To assess families using the MDAIF; to identify their needs regarding the Informal Caregiver status; and to intervene from a systemic perspective to empower families in their development processes.

**Methods:** This study is part of the Family2Care project, approved by the ethics committee of ULS Viseu Dão Lafões. Data collection involved systemic family interviews with five families, along with family assessment instruments.

**Results:** In all five families, there was a lack of awareness regarding the Informal Caregiver status, highlighting the need for education on the subject. As a result, two out of the five families initiated the process of applying for this status.

**Conclusion:** Proximity to and knowledge of the family are crucial elements for the success of interventions carried out by family nurses, ultimately leading to health benefits.

**Keywords:** Informal Caregiver; Empowerment; Family Health Nursing.

## Sumario

|   |     |
|---|-----|
| Introdução .....  | 11  |
| 1.Caracterização do contexto clínico .....  | 14  |
| 2. Desenvolvimento de atividades na prática clínica especializada.....              | 18  |
| 3. Estudo de investigação – Capacitação para o uso do estatuto de cuidador informal | 19  |
| 3.1 Enquadramento teórico .....   | 19  |
| 3.1.3 Estatuto de cuidador informal e o Papel prestador de cuidados .....           | 27  |
| 3.2 Metodologia .....   | 32  |
| 3.3 Avaliação e intervenção familiar às famílias em estudo.....                     | 42  |
| 3.4 Resultados da prestação de cuidados as famílias .....                           | 90  |
| 4. Contributos para o desenvolvimento de competências.....                          | 94  |
| Referencias bibliográficas .....  | 100 |
| Anexos .....  | 106 |
| Anexo 1- Comissão de Ética family2care.....   | 107 |
| Anexo 2- Instrumento de colheita de Dados .....                                     | 109 |
| Anexo 3- Estádios do ciclo vital da família segundo Duvall.....                     | 140 |
| Anexo 4- Resultados da Avaliação familiar- Família 1 .....                          | 141 |
| Anexo 5- Resultados da Avaliação familiar- Família 2.....                           | 150 |
| Anexo 6- Resultados da Avaliação familiar- Família 3 .....                          | 159 |
| Anexo 7- Resultados da Avaliação familiar- Família 4.....                           | 168 |
| Anexo 8- Resultados da Avaliação familiar- Família 5.....                           | 177 |
| Anexo 9- Plano de Sessão de Formação + panfleto.....                                | 186 |
| Anexo 10- participação no congresso .....   | 188 |

## Lista de tabelas

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1- Grupo etário por idades .....                                     | 16 |
| Tabela 2- Programas de saúde da lista de utentes.....                       | 17 |
| Tabela 3- Dimensões do MDAIF da família 1 .....                             | 45 |
| Tabela 4- Intervenções Papel Prestador de Cuidados à família 1.....         | 50 |
| Tabela 5- Dimensões do MDAIF .....  | 54 |
| Tabela 6- Intervenções Papel Prestador de Cuidados à família 2.....         | 58 |
| Tabela 7- Dimensões MDAIF .....   | 62 |
| Tabela 8- Intervenções Satisfação Conjugal à família 3 .....                | 65 |
| Tabela 9- Intervenções Papel Prestador de Cuidados à família 3.....         | 68 |
| Tabela 10- Intervenções Processo Familiar à família 3.....                  | 71 |
| Tabela 11- Dimensões do MDAIF .....   | 74 |
| Tabela 12-Intervenções Papel Prestador de Cuidados à família 4.....         | 80 |
| Tabela 13- Dimensões do MDAIF .....   | 84 |
| Tabela 14- Intervenções Papel Prestador de Cuidados à família 5.....        | 89 |
| Tabela 15- Taxa de avaliação familiar relativa às 5 famílias avaliadas..... | 91 |
| Tabela 16- Taxa de prevalência relativa às 5 famílias avaliadas.....        | 93 |

## Lista de figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1- pirâmide etária dos utentes Inscritos na USF, retirado da fonte BI-CSP a data de 6-10-2024.....  | 15 |
| Figura 2- Esquema concetual da Teoria de Meleis, adaptado de Meleis (2010 p.56)..  | 22 |
| Figura 3- Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação (Adaptado de Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: ma abordagem colaborativa em enfermagem de família de Figueiredo, 2012, p. 104)..... | 36 |
| Figura 4- Genograma da família 1 .....   | 43 |
| Figura 5- Genograma família 2.....   | 52 |
| Figura 6- Genograma família 3.....   | 61 |
| Figura 7- Genograma família 4.....   | 73 |
| Figura 8- Genograma família 5.....   | 82 |

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

CI- Cuidador Informal

CMECESF- Curso Mestrado Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Saúde Familiar

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral de Saúde EEECESF- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Saúde Familiar

ESF- Enfermagem de Saúde Familiar

ICN- Conselho Internacional de Enfermeiros ou International Council of Nurses

MCAF- Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCIF- Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF- Unidade de Saúde Familiar

ULS- Unidade Local de Saúde

## Introdução

Em Portugal, a DGS definiu envelhecimento humano como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida, onde cada uma das estruturas na sua singularidade é implicada e infere implicações nas outras (DGS, 2006). A sociedade atual enfrenta desafios relacionados com o crescente aumento do envelhecimento populacional e o aumento de condições de saúde crónicas, tem levado a uma maior dependência de cuidados por parte de muitos idosos. Em resposta a essa realidade, surge a figura do cuidador informal, muitas vezes um familiar ou amigo próximo, que assume a responsabilidade de prestar apoio contínuo e personalizado ao utente dependente. No entanto, a capacitação desses cuidadores é essencial para garantir que o cuidado seja de qualidade e que a dignidade da pessoa cuidada seja preservada. As tarefas exercidas pelos cuidadores informais (CI) são múltiplas e podem ir do suporte emocional, apoio ou substituição total nas atividades de vida diária, gestão de terapêutica ou manuseamento de dispositivos. Estas funções podem atingir níveis de complexidade para os quais o cuidador não se considera preparado (Couto, Castro, & Caldas, 2016; Lacerda *et al.*, 2019; Pereira, & Soares, 2015; Souza *et al.*, 2015). Os profissionais de saúde devem estar atentos às necessidades das pessoas dependentes, mas também dos seus familiares cuidadores, que pela sua condição de cuidadores irão a longo prazo manifestar dificuldades. De modo a apoiar estes familiares, cabe ao enfermeiro de família compreender melhor as suas experiências anteriores, dificuldades sentidas e sentimentos, característica da profissão de enfermagem, pela sua proximidade. Para além da transmissão de competências práticas, o apoio aos cuidadores informais deve também envolver o reconhecimento do seu papel fundamental e a criação de condições que promovam o seu bem-estar, evitando sobrecargas emocionais e físicas.

Neste sentido, e com uma importância relevante, em Portugal foi aprovada a 6 de setembro de 2019 a lei nº 100/2019 do Estatuto do Cuidador Informal, que “regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio.”. Assim, “ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada;”, “aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal”; “usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada;” e “beneficiar do subsídio de apoio

ao cuidador informal principal, nos termos previstos neste Estatuto;” são alguns dos direitos do cuidador informal estabelecidos por esta lei que no ano de 2024 foi revista tendo algumas alterações significativas que beneficiam a pessoa que cuida.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (CMEC-ESF), da Escola Superior de Saúde de Viseu, foi elaborado este trabalho sobre a Capacitação para o uso do estatuto de cuidador informal: o papel do Enfermeiro de Saúde Familiar no suporte às famílias com membros dependentes, afim de concretizar o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, segundo o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), de acordo com o Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018), o presente relatório é o culminar do trabalho desenvolvido ao longo das unidades curriculares lecionadas e produto do trabalho desenvolvido ao longo do Estágio de natureza profissional com Relatório final.

A escolha da temática, teve por base, o envelhecimento da população que recorre à unidade e a necessidade de avaliar e intervir em famílias com membros dependentes, considerando-se o estatuto do cuidador informal uma mais-valia para a prestação de cuidados, numa perspetiva de valorização enquanto prestador de cuidados permanentes.

A realização deste trabalho visou o desenvolvimento de competências de cuidado a família enquanto unidade de cuidados, bem como dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; promoção da liderança e colaboração nos processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), reconhecendo situações complexas e formular respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O estudo de investigação realizado a cinco famílias teve como objetivos avaliar as famílias segundo a matriz do MDAIF; identificar as necessidades das mesmas no que respeita ao estatuto do cuidador informal, intervir numa perspetiva sistémica para a capacitação das famílias, nos seus processos de desenvolvimento.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos: no primeiro capítulo faz-se uma contextualização do contexto clínico onde foi desenvolvido o estágio; no segundo capítulo apresenta-se o desenvolvimento das atividades de componente clínica, o terceiro capítulo

consiste no estudo de investigação, onde se insere o enquadramento teórico que serviu como base para o planeamento e a elaboração dos cuidados, no sentido de fundamentar e justificar a pertinência deste estudo, a metodologia utilizada e a descrição de prestação de cuidados às famílias, bem como os resultados obtidos, no quarto capítulo, descreve-se os contributos para o desenvolvimento das competências durante a componente clínica, numa reflexão relativamente ao contributo do percurso formativo para a aquisição de competências quer profissionais quer pessoais.

## 1. Caracterização do contexto clínico

A Unidade de saúde familiar (USF) onde foi realizado o estágio de natureza profissional com relatório final, é uma unidade funcional localizada numa pequena vila do distrito de Viseu, integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS), na região centro do país.

Esta foi constituída ao abrigo do despacho normativo nº10/2007, de acordo com o Decreto-Lei 73/2017 de 16 de agosto que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF. As USF são constituídas por equipas compostas por: médicos, enfermeiros e secretários clínicos que prestam cuidados de saúde à família e à pessoa de forma individualizada. Estas podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento (A, B e C) com diferenças significativas no grau de autonomia organizativa, funcional e técnica de cada modelo (decreto-lei nº 298/2007, 2007).

A USF iniciou atividade a 01 de outubro de 2024 passando de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados para USF Modelo B, pertencente à Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões. A área de influência da USF engloba as 9 freguesias, num total de 201,94 Km<sup>2</sup> Possui dois Polos Assistenciais de saúde, dotados de equipas de saúde familiar.

A equipa da USF é constituída por 19 profissionais: 7 médicos, 7 enfermeiros (4 enfermeiros de cuidados gerais e 3 enfermeiras especialistas (nas áreas de Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermagem Médico-Cirúrgica) e 5 secretários clínicos. Exercem ainda funções na USF duas assistentes operacionais.

A USF e os profissionais que a compõem têm como missão prestar cuidados de saúde à população nela inscrita, garantindo, a qualidade e a continuidade dos mesmos, assumindo um compromisso de melhoria da saúde e bem-estar da população, levando a um acesso equitativo promovendo a saúde de maneira integral e humanizada. A nível de visão pretende ser uma USF de referência, através do desempenho dos seus profissionais e satisfação dos utentes com os serviços prestados, com ganhos efetivos em saúde, oferecendo uma abordagem holística, que além da vertente de cuidados na doença e fragilidade, permitindo alargar os cuidados na área da prevenção e promoção da saúde em todas as fases de vida dos utentes. A USF apresenta como valores essenciais de funcionamento a Humanização, Transparência, Autonomia do Doente, Beneficência, Não Maleficência, Justiça e Equidade

A USF, em setembro de 2024, integrava 11284 utentes, sendo que 9125 (80,86%) têm atribuído médico de família e 2141(18,97%) ainda sem médico de família atribuído, tendo também 18 (0,15%) utentes sem médico de família, por opção. Após a mudança para Modelo

B, as listas de utentes das equipas de saúde familiar ficaram constituídas com mais de 1550 utentes e os que não possuíam médico de família foram integrados nas várias equipas de saúde familiar.

Numa perspetiva global e segundo os dados retirados do bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI- CSP), a pirâmide etária dos utentes inscritos apresenta uma percentagem de utentes jovens inferior relativamente aos utentes idosos. Relativamente ao sexo, existem 52,57% de mulheres e 47,42% de homens. O grupo etário mais prevalente é o dos 65-69 anos (cf. Figura 1)

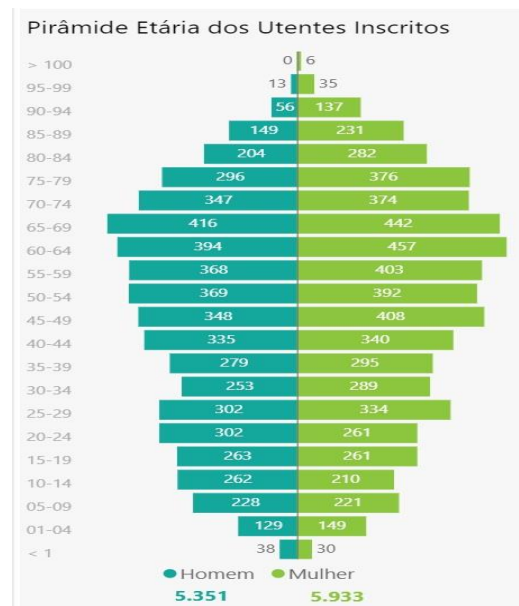


Figura 1- pirâmide etária dos utentes Inscritos na USF, retirado da fonte BI-CSP a data de 6-10-2024.

De acordo com os dados expressos na Tabela 1, o grupo etário mais prevalente (65,55%) é o dos 7-64 anos, seguido dos utentes com idade igual ou superior a 65 anos (29,81%) e as crianças com idade até aos 6 anos (inclusive) têm uma representatividade de 4,64%. O sexo feminino é superior em todos os grupos etários. A USF tem 15802 unidades ponderadas.

| Grupo etário | Masculino | Feminino | Total de utentes | Unidades Ponderadas | Média | %     |
|--------------|-----------|----------|------------------|---------------------|-------|-------|
| ≤ 6 anos     | 257       | 267      | 524              | 786                 | 0,046 | 4,64  |
| 7-64 anos    | 3613      | 3783     | 7396             | 7396                | 0,655 | 65,55 |
| 65-74 anos   | 763       | 816      | 1579             | 3158                | 0,139 | 13,99 |
| ≥75 anos     | 718       | 1067     | 1785             | 4462                | 0,158 | 15,82 |

|       |      |      |       |       |  |  |
|-------|------|------|-------|-------|--|--|
| Total | 5351 | 5933 | 11284 | 15802 |  |  |
|-------|------|------|-------|-------|--|--|

Tabela 1- Grupo etário por idades

### Caracterização da lista de utentes da enfermeira de família

Em julho de 2024, a lista de utentes da enfermeira de família era constituída por 1607 utentes, formado por 492 famílias, dos quais 750 são homens e 857 são mulheres, perfazendo 2220 unidades ponderadas. O grupo etário com maior destaque é o grupo de utentes entre os 60-64 anos, tendo este um total de 142 utentes (81 mulheres e 61 homens). É de realçar que existem poucos nascimentos, havendo apenas 7 crianças com idade inferior a um ano (4 meninas e 3 meninos) (cf. Gráfico 1). É notório um envelhecimento acentuado nesta lista de utentes.



Gráfico 1-Idade dos utentes da lista da Enfermeira de família

Os utentes estão afetos a diversos programas de saúde. É notório a prevalência de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial e que frequentam as respetivas consultas da equipa de saúde familiar (cf. Tabela 2)

Contudo, numa análise geral, percebeu-se que não existe nenhum utente afeto ao programa saúde da família.

| Programas de Saúde   | nº utentes |
|----------------------|------------|
| Saúde Infantil       | 189        |
| Saúde Juvenil        | 98         |
| Planeamento Familiar | 271        |

|                      |     |
|----------------------|-----|
| Saúde Materna        | 5   |
| Diabetes             | 170 |
| Hipertensão Arterial | 477 |
| Saúde de Adultos     | 163 |
| Saúde do idoso       | 240 |
| Dependentes          | 7   |

*Tabela 2- Programas de saúde da lista de utentes*

Após esta identificação de problemáticas, percebi que o envelhecimento era significativo e procurei de imediato verificar quais as necessidades mais prementes. Após a análise, e em consonância com a Enfermeira de família, verificámos que o papel do cuidador informal e a sua capacitação para o Estatuto do cuidador informal seria a área que necessitava de ser mais trabalhada.

Pude, ainda, perceber que os utentes dependentes, são cuidados pelas esposas/esposos ou filhos/filhas e que existe uma necessidade constante de capacitar os cuidadores para cuidar do membro da família que se encontra dependente, de forma a facilitar os cuidados, visando sempre a prestação de cuidados de qualidade.

## **2. Desenvolvimento de atividades na prática clínica especializada**

No decorrer deste capítulo pretende-se descrever as atividades realizadas no decorrer da componente clínica, tendo em vista à aquisição de competências. Foram assim desenvolvidas atividades durante o percurso de estágio de forma a adquirir todas as competências necessárias no âmbito da saúde familiar. No que concerne as competências comuns e específicas do EEECESF. As atividades remetem-se ao regulamento n.º 140/2019, da OE os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista sendo estas: a) “responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados; d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019, p. 4745). As atividades remetem, por um lado a prestação de cuidados às famílias e os seus membros individualmente e por outro lado adquirir competências no âmbito da liderança e colaboração nos processos de intervenção nas áreas de ESF, pretende-se assim gerir, articular e mobilizar os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, portanto, neste capítulo irei descrever as atividades realizadas, refletindo criticamente sobre a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do EEECESF.

Foram realizadas consultas de enfermagem tendo em conta não apenas o indivíduo, mas sim a família numa visão geral de todos os membros que a constituem. Foi iniciado o preenchimento do processo familiar através da avaliação das escalas existentes no programa informático Sclinico. Para iniciar esta nova fase, foram avaliadas as famílias com filhos nascidos durante o período de estágio. No intuito de haver uma maior adesão, visando uma mudança de paradigma e de práticas de enfermagem, foi realizada, anteriormente, uma formação à equipa sobre a importância da avaliação familiar e respetivos registos no sistema informático.

Com a necessidade identificada sobre a problemática do cuidador informal, houve uma manifestação de interesse, por parte da equipa, em ter mais conhecimentos sobre todo o processo. Neste sentido, foi desenvolvida uma formação em serviço sobre o cuidador e a sua capacitação para o estatuto do cuidador informal.

### **3. Estudo de investigação – Capacitação para o uso do estatuto de cuidador informal**

Neste capítulo irá ser apresentado o estudo de investigação realizado no âmbito da avaliação e intervenção familiar tendo por base a matriz operativa do MDAIF Tendo assim em vista a temática do meu relatório foi desenvolvido um estudo de cinco famílias que permite a capacitação das famílias tendo em vista a prestação de cuidados a família como unidade de cuidado. Neste sentido foi elaborado um plano metodológico para ser aplicado a todas as famílias, para uma uniformização de cuidados às famílias pertencentes ao estudo usando os mesmos métodos de recolha de dados.

#### **3.1 Enquadramento teórico**

O enquadramento teórico pretende, por um lado, enunciar a importância da família e da saúde familiar, por outro lado explicar a importância do estatuto do cuidador informal bem como o papel prestador de cuidados e a sua capacitação por parte do enfermeiro de família na prestação de cuidados as famílias com membros dependentes

##### **3.1.1 Família, saúde familiar e enfermagem de saúde familiar**

Segundo a OMS (2002), o conceito de família surge associado ao conceito de bem-estar, isto é, interligado à promoção da saúde e redução da doença. Nesta linha, a família assenta o início da existência humana decorrente de crenças e significados adquiridos pelos indivíduos mediante o processo de socialização, tendo a família um papel fulcral de cuidado e suporte aos seus membros (OMS, 2002). Para Hanson (2005), família consiste em duas ou mais pessoas que dependem umas das outras para apoio emocional, físico e económico, porém este conceito tem evoluído ao longo dos anos e para Figueiredo 2012, “família, enquanto unidade sistémica, detém um espaço singular de suporte à saúde dos seus membros, sendo dotada de capacidade auto-organizativa. A sua compreensão deve considerar quer a historicidade quer o contexto familiar, ampliando o foco de observação do indivíduo para a família, entendendo a sua “complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade” (Figueiredo, 2012, p. 2). A família é constituída por um grupo de pessoas que se juntam pela necessidade de ter uma relação afetiva e apresentam relações complexas, dinâmicas e contextuais. Revela-se uma

unidade de transformação com capacidade de autodeterminação e auto-organização ao longo do desenvolvimento, promovendo a construção da sua própria identidade (Figueiredo, 2012).

Segundo a ICN (2015, p. 143) “família é um grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes.” Mais recentemente família é vista como um grupo de indivíduos unidos por laços afetivos, coabitando no mesmo lar e com uma identidade individual.

Por sua vez, a OE (2011) realça que a família é um todo coletivo e uma unidade, composta por um grupo de seres humanos conectados pela consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal.

Esta definição vai de encontro àquilo que as autoras Wright e Leahey (2012) defendem ao enunciar que a família é “quem eles dizem que são”, isto é, independentemente da relação sanguínea, emocional ou legal, uma família pode ser constituída por elementos relevantes para a pessoa. Neste sentido, a família deve ser abordada atendendo à historicidade familiar e ao contexto, ultrapassando as definições acopladas à consanguinidade e afinidade (Figueiredo, 2009),

Ao longo dos anos houve mudanças significativas nas configurações familiares que emergiram das alterações sociais, o divórcio entre casais, a diversidade sexual, a gravidez na adolescência, a fertilização assistida entre outros são situações que promovem a criação de novas configurações familiares, como as famílias reconstituídas (famílias com filhos de relacionamentos anteriores) e as famílias monoparentais (a presença de uma figura parental e de uma ou mais crianças) homossexuais (famílias com elementos do mesmo sexo), no entanto existem outros tipos de família que não emergem das alterações sociais destaca-se assim a família alargada (caracterizada pela presença de várias gerações na mesma habitação), coabitação (pessoas sem relação conjugal que vivem na mesma casa), institucional (grupo de pessoas que vivem na mesma instituição, como lar de idosos, orfanatos, entre outros), e nuclear (elementos de casal com filhos adotados ou biológicos) (Figueiredo, 2012).

A família tem funções importantes dentro do núcleo familiar que se baseiam na transmissão de conhecimentos, contribuindo para a sociedade através do desenvolvimento dos seus membros, as funções familiares têm em vista a segurança e proteção dos seus membros, bem como a transmissão de valores éticos e cívicos. No entanto é também necessário capacitar o núcleo familiar no que diz respeito a parte económica, reprodutiva, nutricional, afetiva e de apoio mútuo. Para Ratti et al. (2005), referente ao processo de socialização, acrescentam que a

família é a ponte entre o indivíduo e a sociedade, uma vez que permite a cada membro a compreensão sobre o mundo e o seu lugar. O sistema familiar é o espaço onde os indivíduos aprendem a ter comportamentos para promoção de saúde ou para a prestação de cuidados de saúde em situação de doença (Figueiredo, 2012). Esta visão da família enquanto sistema, permite perceber que cada família é única ou parte de algo maior.

O conceito de saúde familiar é considerado como um estado dinâmico e em constante mudança de bem-estar que engloba vários fatores, podendo sofrer alterações ao longo do tempo. A saúde familiar envolve a transmissão de recursos e práticas ao longo das gerações, fazendo com que o funcionamento da família influencie a saúde e a qualidade de vida dos seus membros (Boettcher *et al.*, 2020; Shuey *et al.*, 2021; Yahirun *et al.*, 2020).

É neste contexto, que se torna fundamental a identificação da família, como a compreensão da sua estrutura, funcionalidade do sistema, como os seus problemas, mas também dos seus pontos fortes, que são instrumentos essenciais para desenvolvimento de práticas e intervenções específicas por parte das equipas de saúde (Figueiredo, 2012).

A saúde familiar é a capacidade da família em se manter organizada e funcional de modo a se adaptar as necessidades que cada membro necessita, é influenciada pela capacidade de adequar estratégias para a adaptação às transições familiares. As transições familiares são constituídas por 8 etapas que emergem ao longo do processo co-evolutivo da família. Estas podem ser normativas ou acidentais. As transições normativas são fases que são esperadas ao longo do ciclo vital, desde a formação do casal até à saída dos filhos de casa. As transições acidentais são caracterizadas por fases que decorrem da alteração do bem-estar dos membros da família decorrentes de acontecimentos imprevisíveis, como uma doença aguda, crónica ou terminal que geram stress (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2010).

Na Teoria das Transições de Afaf Meleis, a transição é entendida pelo conjunto de respostas moldadas pela experiência individual, condição humana e ambiental, expectativas, significados, conhecimento e pelo impacto que a mudança tem no bem-estar (Meleis, 2010). Assim sendo, uma transição é um processo organizado que envolve uma rutura da vida tal e qual como ela era, segundo Meleis (2010) A perceção do evento de transição, pode ser de saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença), desenvolvimental (relacionadas com as mudanças no ciclo vital) organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intra organizacionais) e situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), estas influenciam as respostas e reações ao acontecimento, podendo ser influenciado por fatores facilitadores ou

dificultadores (cf. Figura 2). A transição pode acontecer ao longo do tempo, no entanto, é necessário a identificação de fatores que possam ser sujeitos a avaliação e intervenção do enfermeiro com a finalidade de ter resultados saudáveis tais como o desenvolvimento de confiança. A teoria que pressupõe várias componentes relacionadas entre si: tipos e padrões das transições, propriedades de experiências de transição, condições da transição facilitadoras e inibidoras, indicadores de processo, indicadores de resultado, e terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010). É neste enquadramento que surge a enfermagem de saúde familiar, que presta cuidados de saúde à família, como um todo, um sistema e como uma parte integrante da sociedade, tendo como objetivo promover, manter e restaurar a saúde da família e do indivíduo.

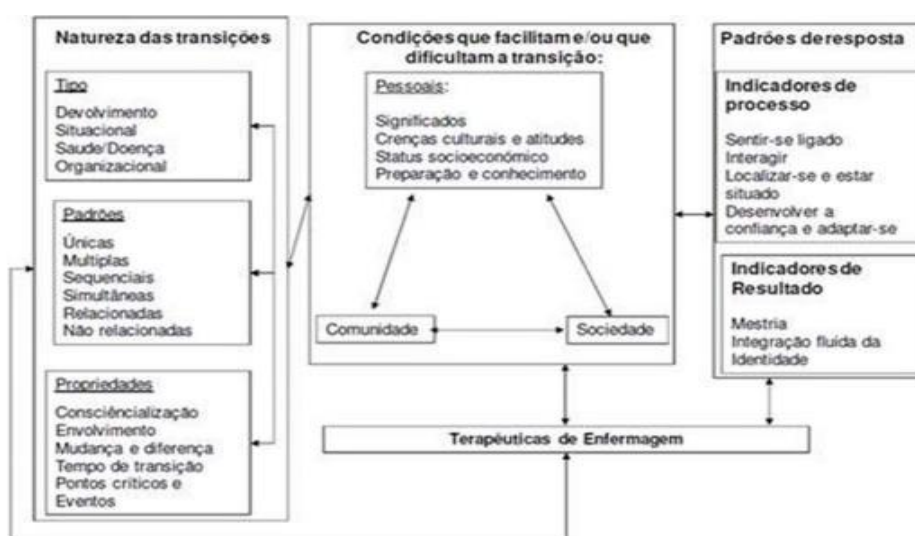


Figura 2- Esquema conceitual da Teoria de Meleis, adaptado de Meleis (2010 p.56)

A Enfermagem de Saúde familiar (Figueiredo 2012, pp3) é entendida como um “campo disciplinar da Enfermagem com um corpo de conhecimento específico”. Esta tem-se desenvolvido no domínio teórico através do surgimento de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar que destacam a família enquanto objeto de estudo (Figueiredo, 2012), em consonância com a criação e consolidação do SNS em Portugal, nos últimos quarenta anos. Essa evolução parece refletir a importância crescente dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde centrados nas famílias. Neste contexto, os enfermeiros têm a responsabilidade de compreender as famílias, de modo a avaliar a saúde familiar e o estado de saúde dos seus membros, bem como as mudanças que ocorrem implementando planos de cuidados adequados e individualizados. A enfermagem de saúde familiar está orientada para capacitar as famílias nos diferentes processos de transição, favorecendo as suas respostas aos potenciais ou reais problemas de saúde com que se deparam (Figueiredo, 2012). Para Wright e Leahey (2012), a enfermagem de saúde familiar diferencia-se da enfermagem de cuidados gerais, pela forma como conceptualiza a família, sendo esta não apenas um contexto ou recurso, mas o foco de

toda a prestação de cuidados de saúde. Neste seguimento, a OE (2010) destaca que o enfermeiro de família coopera na junção entre a família e os seus membros, os profissionais e os recursos comunitários, uma vez que lhe compete intervir, cuidar e prestar cuidados gerais e específicos nas diferentes etapas do ciclo vital do indivíduo e da família, em articulação com outros profissionais de saúde, sempre que necessário.

Em Portugal, o Enfermeiro de Família, desempenha um papel crucial em conformidade com o artigo 2º do Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto. Integra-se nas equipas multiprofissionais de saúde e assumem a responsabilidade pela saúde familiar e bem-estar dos seus membros em todas as fases da vida e em diversos contextos. Ele deve fornecer cuidados gerais, abrangendo desde a prevenção primária até à terciária, em coordenação com outros profissionais de saúde, de acordo com as leis aplicáveis. O papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde familiar, assente num processo interpessoal significativo e terapêutico, é preponderante no acompanhamento e interação com as famílias: no reconhecimento das suas necessidades, características e intenções, identificação de diagnósticos de enfermagem e conceção de estratégias de intervenção que potenciem a adaptação e capacitação da família em questão (Figueiredo, 2012).

Em 2018, atendendo à premente necessidade de especificação de competências dos enfermeiros especialistas, a OE deu continuidade ao regulamento, surgindo a Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EC-ESF) associada a duas competências específicas. Desta forma, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em EC-ESF encontram-se explanadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado em Diário da República (OE, 2019a) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar de acordo com Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018 (OE, 2018). A primeira competência específica enunciada remete para todos os pressupostos mencionados anteriormente, relativos à ESF, ditando que ao EEECESF compete cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, promovendo a sua capacitação e focando-se na mesma como um todo e nos seus membros, individualmente, englobando as suas transições. A segunda competência, não menos importante que a primeira, refere que o EEECESF deve liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF, sendo capaz de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família. No ano de 2023 é expresso legalmente, no Decreto-Lei nº 103 de 7 de novembro, que as USF devem integrar na sua constituição

enfermeiros que sejam detentores do título de especialista em ESF (Presidência do Conselho de Ministros, 2023b), evidenciando que urge a necessidade de garantir cuidados de Enfermagem especializados às famílias naquele que é o contexto de saúde (CSP) privilegiado para o efeito. Assim, mantém-se a necessidade de os enfermeiros de família darem visibilidade à sua profissão, no que se refere ao desenvolvimento das suas competências específicas, já que persiste a ideia do modelo biomédico associado aos cuidados de saúde. A ESF ruma ao encontro de respostas aos problemas reais e/ou potenciais das famílias, considerando-as sempre como parceiras dos cuidados, procurando evidenciar aquelas que são as suas forças e as dos seus membros e objetivando suportá-los na busca por soluções para os problemas identificados (Bértolo, 2021). Este conceito permite então desenvolver o cuidar da família como forma de identificar os pontos fortes, incentivando a promoção da saúde e minimizando os fatores desencadeantes de bem-estar. Avaliar a estrutura de uma família é orientador, pois permite a explicitação de quem a integra, qual o tipo de vínculos entre os membros em comparação com elementos fora do sistema e também perceber o contexto em que vivem (Rodrigues, 2020).

Dada a complexidade em realizar uma avaliação familiar, devem ser utilizados modelos e instrumentos estruturantes que orientem, de forma clara, tanto a recolha de dados, como o planeamento das intervenções (Hanson & Kaakinem, 2005; Caniço et al., 2010; Wright & Leahey, 2018; Henriques & Santos, 2019). Assim, a fim de serem prestados cuidados especializados de Enfermagem às famílias, que visem ultrapassar desafios, os enfermeiros necessitam de ferramentas de trabalho que permitam a compreensão das dinâmicas internas e externas das famílias e dos seus membros (Henriques & Santos, 2019). Os modelos, as teorias e os instrumentos de enfermagem são estruturantes para compreender e conferir sentido à prática, culminando num exercício profissional rigoroso baseado em pressupostos científicos e filosóficos sustentados (OE, 2023).

### 3.1.2 Envelhecimento e transições para o envelhecimento

O envelhecimento é um processo universal, progressivo e gradual (Neri 2001). Trata-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, para a qual contribuem diversos fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. Ainda assim, nos países em desenvolvimento o limite da idade da reforma é com frequência utilizado pelos governos para estabelecer um padrão para a definição de idoso, embora possa ser variável, em função da profissão, país, sistema social ou cultura (OMS, 2014). O gradual aumento do envelhecimento da população é não só vivenciado em Portugal, como no mundo inteiro. Envelhecer é, por sua vez, traduzido pela longevidade das pessoas e pelo seu compromisso com a vida, contudo a idade acarreta uma maior necessidade de cuidados nas diversas equipas multidisciplinares. “O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade Portuguesa determina novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas mais adequadas” (Direção Geral da Saúde, 2004, p.1). O processo de envelhecimento e a progressiva instalação da dependência no idoso é um processo exigente e desafiante para as famílias e/ou cuidadores, bem como para os serviços de saúde. Efetivamente o envelhecimento e as doenças que lhe estão associadas, contribuem para limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando as pessoas gradualmente dependentes dos outros, sendo o papel de cuidador frequentemente assumido por familiares. Atentando à perspectiva familiar sistémica, o envelhecimento afeta a composição familiar, o domicílio e as relações intergeracionais (Saad, 2016). Ainda de acordo com a teoria da Afaf Meleis, o envelhecimento assume-se como uma transição desenvolvimental para o indivíduo, uma vez que permite compreender os elementos associados ao processo de transição, nomeadamente no que se refere à transição para o envelhecimento.

O ciclo vital evolutivo da família é dinâmico e as fragilidades reveladas no estado de saúde da pessoa dependente, desencadeiam um processo de transição trazendo para a família sofrimento físico e emocional, sendo que os momentos de transição constituem zonas de vulnerabilidade e de potencial crescimento (Relvas, 2006). As transições são um processo de mudança que implica adaptação, Meleis (2010) refere o papel de enfermagem como facilitador na experiência e nos processos das pessoas vivenciando transições, onde a saúde e a perceção de bem-estar são o resultado. De grande riqueza conceptual, a utilização da Teoria das Transições de Meleis, além de facilitar questões de pesquisa, orienta a ação de enfermagem de modo eficaz, antes, durante e após a transição. A experiência da transição concilia cinco

propriedades: (i) a consciencialização, que é o (re) conhecimento da transição e traduz o grau de conformidade entre o conhecimento do processo e as respostas; (ii) o compromisso, do indivíduo no processo de transição; (iii) a mudança e diferença, que prevê que, ainda que a transição seja mudança, nem todas as mudanças geram transição, e esta é uma propriedade essencial na transição. Por outro lado, a diferença traduz sentimentos diferentes, expectativas divergentes ou não atendidas; (iv) o intervalo de tempo, isto é, todas as transições caracterizam-se por um fluxo temporal com um ponto final identificável nos primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, que os enfermeiros devem acompanhar para que se obtenham ganhos em saúde; e, por fim, (v) acontecimentos e pontos críticos, representam eventos marcantes desencadeadores das transições (Meleis, citado em Santos, *et al.*, 2015).

A transição para o papel de cuidador é uma situação complexa que exige aprendizagem de conhecimentos, aquisição de novas competências e alterações emocionais e psicossociais, pois quando surge a necessidade de cuidar de uma forma inesperada ocorre um choque de transição, podendo manifestar-se em sentimentos de ansiedade e stress. Esta situação, dentro da família, obriga ao desempenho de duplos ou triplos papéis como filho e cuidador, ou esposa, cuidadora e mãe, o que implica o equilíbrio das próprias necessidades com as do familiar dependente e uma reorganização da própria identidade (Meleis, 2010). Existe assim a necessidade de capacitar o cuidador com conhecimentos suficientes para a prestação de cuidados ao utente em situação de doença de forma a ajudá-lo e a preservar o bem-estar. Para que a tarefa de ser cuidador seja facilitada, este necessita de ter à disposição recursos e informações que permitam, àqueles a quem prestam cuidados, minimizar algumas das suas limitações e, resolver problemas práticos, e/ou ajudar na realização de tarefas quotidianas, aliviando-lhes a sua sobrecarga (Monteiro, 2010). Segundo Shuy (2000) os cuidadores familiares passam por um processo adaptativo até ao alcance de uma harmonia do cuidar.

O processo de envelhecimento exige maior apoio e mais cuidado, advindo da família, no acompanhamento da vivência do idoso, na identificação de possíveis dificuldades e na promoção de melhores condições de vida. Derivado destas necessidades, alguns idosos tendem a manifestar ansiedade no processo de adaptação às mudanças em relação à incapacidade funcional, uma vez que esta obriga a reorganizações dos papéis familiares que outrora não desenvolviam (Rabelo & Neri, 2015). Por sua vez existe a necessidade de perceber quais as limitações da pessoa dependente e de quais os cuidados que ela necessita de terceiros.

A perda de autonomia, não significa a incapacidade de tomar decisões por parte da pessoa dependente. A Teoria do autocuidado de Dorothea Orem é baseada na ideia de que o ser humano

tem a capacidade de cuidar de si mesmo e que é responsável pela sua própria saúde (Orem, 2001), sendo assim o autocuidado é entendido como as atividades que o indivíduo desempenha autonomamente para manter a vida, saúde e bem-estar. De acordo com esta teoria, quando a pessoa não é capaz de realizar as atividades de autocuidado de forma autônoma é necessário a intervenção de diversas equipas para colmatar as necessidades básicas da pessoa cuidada, havendo a necessidade de compensar as limitações através da enfermagem familiar. O grau de dependência de cada indivíduo é quantificado através de escalas de avaliação, que permitem avaliar o grau de dependência da pessoa cuidada para a realização das atividades de vida diária. O índice de Barthel, avalia a capacidade da pessoa realizar 10 atividades básicas: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965) e o Índice de Katz que avalia a capacidade da pessoa em realizar seis atividades básicas do dia-a-dia, como alimentação, banho, vestir-se, usar o banheiro, locomoção e continência. O objetivo, da aplicação destas escalas, é perceber quais as limitações da pessoa cuidada, e as reais necessidades das famílias, tendo sempre em conta a melhoria da vida da pessoa idosa e das famílias, de modo a garantir que “ninguém seja deixado para trás” e que cada pessoa possa cumprir o seu potencial com dignidade e igualdade.

### **3.1.3 Estatuto de cuidador informal e o Papel prestador de cuidados**

Segundo Leme e Silva (1996; p. 95) cuidador informal, é definido como “uma legião de conjugues, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como sua maior arma sua disponibilidade e boa vontade”. Face ao exposto é importante salientar o papel da família no cuidado da pessoa dependente. São normalmente familiares próximos que prestam cuidados, a tempo parcial ou total, à pessoa dependente com dificuldades no autocuidado, facilitando o seu bem-estar e auxiliando nas diferentes tarefas de vida diária.

Os cuidadores informais desempenham uma variedade de tarefas, incluindo a satisfação das necessidades físicas e emocionais da pessoa de quem cuida, tipicamente cuidados de eliminação e higiene, mobilidade, transferências (transferir-se da cama para uma cadeira ou ir à casa de banho), vestir e despir, cuidados associados à alimentação, medicação, ou seja, assegura os autocuidados. Estes representam um papel e uma responsabilidade que é acrescentada a outros papéis e responsabilidades, necessitando de apoio por parte dos ESF que

devem fazer o diagnóstico das necessidades e promover formações, para que os cuidadores tenham a informação necessária não só para a prestação de cuidados, mas também para as ajudas existentes na comunidade (estatuto de cuidador informal) (Peres *et al.*, 2022). Esta foi a premissa da realização do presente estudo, com recurso à metodologia de planeamento em saúde.

A população de cuidadores informais tem crescido de forma sistemática, pela necessidade criada pelo aumento da esperança média de vida, do envelhecimento e da prevalência das doenças crónicas, em consequência do avanço dos processos terapêuticos e pela melhoria das condições socioeconómicas das populações (Dixe *et al.*, 2019). Esta realidade é um dos maiores desafios a nível da saúde, social e político, que pressupõe medidas urgentes para melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes no autocuidado e dos seus cuidadores familiares/informais. A existência de um elevado número de pessoas, especialmente, idosos que não conseguem realizar as suas atividades de vida diária sozinhos pressupõe a ajuda de cuidadores familiares/informais para a sua concretização (Koker *et al.*, 2023).

Os cuidados informais tornaram-se, assim, uma parte importante, se não mesmo essencial, dos cuidados atuais para uma população envelhecida, devido às mudanças nos cuidados de saúde. Em 2019, foi publicado em diário da república, a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprovou o Estatuto do Cuidador Informal. Consagra os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada e prevê que a regulamentação dos termos e manutenção do reconhecimento do estatuto do cuidador informal seja feita pelo membro do Governo responsável pela área da solidariedade e segurança social. Assim, no seu Artigo 2.º, considera:

a) “Cuidador informal principal” o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada, cumprindo os deveres referidos e usufruindo dos direitos referidos no artigo 5 e 6.º do Estatuto;

b) “Cuidador informal não principal” considera-se o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada;

c) “Pessoa cuidada” pessoa que necessita de cuidados permanentes por se encontrar em situação de dependência, tendo de ser titular de complemento por dependência de 2.º grau ou de subsídio por assistência de terceira pessoa, ou titular de complemento por dependência de 1.º grau, desde que se encontre, transitoriamente, acamado ou a necessitar de cuidados permanentes, mediante avaliação específica do sistema de verificação de incapacidades permanentes, do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.);

d) “Reconhecimento de cuidador informal” este reconhecimento é da competência do Instituto de Segurança Social, mediante requerimento e consentimento da pessoa cuidada (sempre que possível), entidades competentes do SNS ou serviços de Ação social das autarquias que sinalizem a pessoa cuidada e o respetivo cuidador informal, articulando-se com os serviços competentes da segurança social;

O estatuto de cuidador informal também integra medidas de apoio aos cuidadores informais, que permitem a este ter uma participação ativa na elaboração dos planos de intervenção específicos, aconselhamento e acompanhamento, capacitação, incluindo a formação para o desenvolvimento de competências no cuidado a pessoa cuidada. Contudo, quando o cuidador não se sente capaz de prestar cuidados de qualidade, o artigo 7.º define como objetivo específico o descanso do cuidador informal. A referenciação da pessoa cuidada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nomeadamente para uma unidade de internamento, sendo que estas instituições devem assegurar uma resposta adequada; encaminhamento da pessoa cuidada para estabelecimento de apoio social ou serviços de apoio domiciliário.

A implementação desta medida de apoio permite aliviar os altos níveis de stress e sobrecarga do cuidador. Esta sobrecarga é avaliada pela escala de Zarit, que tem como objetivo identificar os fatores que levam à exaustão do cuidador para, posteriormente, se poder proporcionar respostas adequadas às suas necessidades. Nesta perspetiva, torna-se fundamental a avaliação do consenso, conflito e saturação do papel de prestador de cuidados. Relativamente ao consenso, este está relacionado com as expetativas associadas ao papel e a aceitação destas pelos membros da família (Figueiredo, 2012). O conflito de papel surge quando as expetativas relacionadas com o desempenho deste são incompatíveis com os restantes papeis (Figueiredo, 2012). A saturação relaciona-se com a falta de recursos ou energia para desempenhar as tarefas inerentes ao papel de prestador de cuidados (Figueiredo, 2012).

Assim, cabe aos enfermeiros o repto de, independentemente do contexto no qual contactam com as famílias, compreender as diversas dimensões envolvidas no processo de

prestação de cuidados e implementar intervenções que prestam ajudas efetivas às famílias. A necessidade de transmissão de conhecimentos e aprendizagens aos cuidadores de forma a capacitar para tomarem conta dos seus familiares e de si mesmos, garantindo a continuidade de cuidados e, assim, obter ganhos em saúde quer a nível físico, psicológico, do bem-estar e na satisfação dos cuidados. (Martins & Santos, 2020).

As maiores dificuldades apontadas e relatadas pelos cuidados prendem-se com os cuidados à pessoa, em particular, a falta de informação e a falta de apoio (Sousa, Gonçalves, Braz e Sousa, 2021). Muitos dos cuidadores informais sentem ainda, a necessidade de uma formação adequada, aumentando assim os riscos de sobrecarga emocional, física, social e financeira, sobretudo porque ter a cargo uma pessoa dependente exige cuidados especiais, com acentuada variação de tarefas (Mendes *et al.*, 2019). Os cuidadores informais, relatam ainda dificuldades com a sua própria saúde, nomeadamente: dificuldades físicas, tais como, cansaço físico geral, dores lombares e membros inferiores, com conseqüente agravamento das condições musculares e ortopédicas (Marques, Teixeira & Souza, 2012). Nesta linha de pensamento, torna-se essencial a intervenção através de projetos de intervenção dirigidas à capacitação e descanso do cuidador: estratégias de coping familiar; apoios familiares, social e autocuidados bem como a capacitação pelos profissionais de referência, no que diz respeito à formação e informação, bem como às medidas de apoio ao cuidador informal. É de extrema relevância a implementação de intervenções de enfermagem capazes de promover de forma efetiva e eficaz a adaptação da família apoiando-a, consciente que as necessidades da mesma vão-se alterando ao longo do exercício do seu papel. Os Enfermeiros devem refletir sobre as intervenções implementadas que melhor facilitem o processo de adaptação da família cuidadora, face a uma situação de imprevisibilidade e de incerteza gerada pela situação de dependência.

Tal como refere Relvas (2006) o ciclo vital evolutivo da família é dinâmico, pelo que a vivência da pessoa idosa constitui por si só uma transição familiar. Quando a esta fase de vida se associa a fragilidade e a dependência para executar atividades do dia a dia pode desencadear sofrimento físico e emocional. Os eventos que exigem a redefinição ou definição de papéis da pessoa ou família, nomeadamente assumir o papel de prestador de cuidados, constituem uma transição situacional (Meleis *et al.*, 2000). Esta transição implica novas formas de promover o equilíbrio do sistema familiar e por sua vez encarar as novas necessidades de resolução, superação de problemas e de conflitos de modo a resolvê-los e superá-los. Portanto, é crucial analisar os aspetos funcionais da família como um sistema, e identificar o membro responsável pela prestação de cuidados, sendo que, em ESF, a prestação de cuidados é vista como um

processo de interação que envolve uma reorganização das funções familiares e do próprio funcionamento da família. Embora a tarefa de cuidar de um familiar dependente seja encarada como um dever ou um ato compassivo (Lacerda *et al.*, 2019), a perspectiva de assumir o papel de cuidador constitui sempre um momento de crise, pois implica uma alteração no rumo de vida (Figueiredo, 2007). Por outro lado, a exigência e complexidade, das tarefas podem ser geradoras de sobrecarga física, psicológica e isolamento social (Rodríguez-González *et al.*, 2017). Deste modo, entende-se que a relação dinâmica familiar pode apresentar-se como insatisfatória, sendo prejudicial na saúde dos seus membros. A reconstrução relacional intra e inter sistemas, associada às mudanças características desta etapa, constituem desafios importantes para as famílias, destacando-se as questões da conjugalidade, do envelhecimento e redefinição relacional (Figueiredo *et al.*, 2011). Uma das consequências de assumir o papel de prestador de cuidados é a mudança das relações sociais e familiares, em que os membros tentam reorganizar esses relacionamentos para normalizar a situação, através da divisão de tarefas para cada membro da família, o que leva a um melhor funcionamento familiar (Moral-Fernández *et al.*, 2018)

Com o crescente envelhecimento da população e o aumento do número de pessoas dependentes no domicílio, os cuidadores informais têm um papel cada mais relevante, assumindo-se como parceiros nos cuidados a par das equipas de saúde (Martins & Santos, 2020). As alterações demográficas e as modificações nas políticas e dinâmicas de funcionamento dos diferentes serviços de saúde, têm contribuído para o surgimento de alterações na forma como são prestados os cuidados aos cidadãos idosos, em situações de limitação funcional ou dependência de outrem, privilegiando-se a permanência no seu meio habitual, sendo considerada a resposta que melhor satisfaz as suas necessidades (Ewen *et al.*, 2017).

O papel de prestador de cuidados (PPC) representa o padrão estabelecido na família para apoiar o membro que necessita de ajuda no autocuidado. Este pode manifestar-se por comportamentos normativos, regulados pelos valores da família em interação com os da sociedade, acerca de como a família deve proceder quando um dos seus membros é dependente (Figueiredo, 2012). Ser prestador de cuidados é uma missão complexa e multifacetada. Deve-se realizar uma abordagem sintética, mas suficientemente abrangente, de modo a compreendermos o processo na sua globalidade, salientando que a prestação de cuidados assume diferentes conceitos. Segundo Figueiredo (2007, p. 103) cuidador formal é “o

profissional que é contratado para a prestação de cuidados” e cuidador informal integra “os familiares, amigos, vizinhos ou voluntários que prestam cuidados de forma não remunerada”.

Em suma, cabe à família mobilizar as suas capacidades, recursos, conhecimentos, necessidades e disponibilidade face ao desafio com que se depara, e ao enfermeiro de família identificar junto com as famílias as suas necessidades particulares, face ao contexto específico de cada situação. Perante a singularidade das famílias e a finalidade de capacitar a família na adaptação ao papel de prestadora de cuidados em situações de dependência, a intervenção o mais precoce possível, é essencial de acordo com as necessidades e os diagnósticos de enfermagem identificados. A articulação com outros profissionais, mobilizando os recursos de acordo com a especificidade das famílias, é fundamental no sentido do melhor encaminhamento e com a finalidade de obter ganhos em saúde.

### **3.2 Metodologia**

#### **Contextualização do estudo**

O estudo realizado no Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final, no âmbito do curso de Mestrado tem uma estratégia que facilita a aprendizagem sustentada na prática clínica e na tomada de decisões benéficas para o utente/família sustentadas na avaliação e intervenção familiar. A abordagem sistémica das famílias e a prestação de cuidados de enfermagem dirigidos as famílias e focados no cuidado à família, vão de acordo ao estipulado no Regulamento n.º 428/2018 de 16 de junho; no Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto e no Regulamento n.º 367/2015 de 29 junho 2015.

Considerando a população desta unidade e particularmente da lista de utentes da enfermeira de família, fazia todo o sentido a abordagem da problemática da dependência do idoso, tendo esta um impacto significativo no dia-a-dia das famílias, bem como no papel do enfermeiro nesta fase de transição.

Este trabalho tem como finalidade capacitar os cuidadores para o usufruto do estatuto do cuidador informal e dos seus potenciais benefícios, bem como intervir, capacitar e apoiar as famílias na reestruturação das suas dinâmicas, identificando as suas forças e recursos de modo a alcançar ganhos em saúde.

### **Tipo de estudo**

Atendendo as necessidades e aos objetivos, a metodologia utilizada foi a dos estudos de casos como forma de estudar a família como unidade de cuidados, identificando as necessidades e recursos da família e a investigação-ação como estratégia de resolução de problemas. Este estudo enquadra-se no projeto Family2care (Anexo 1) que tem como objetivo analisar o processo de cuidados de enfermagem à família, utilizando como referencial teórico o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Anexo 2). Optei por esta metodologia como forma de “conhecer” os fenómenos existentes na vida real, analisando várias famílias em simultâneo, definida por Coutinho, Sousa, Dias, Bessa, Ferreira e Vieira (2009), como uma metodologia de investigação que inclui simultaneamente investigação (ou compreensão) e ação (ou mudança), num processo cíclico, que alterna entre planificação, ação, observação (avaliação) e reflexão (teorização), induzindo um aperfeiçoamento pela experiência (conhecimento) obtida dos ciclos anteriores. Entende-se assim, que a intervenção ou ação permite ajudar a resolver o problema e transformar a situação anterior como meio reflexivo.

O contributo do Enfermeiro de Família na avaliação e intervenção de um conjunto de famílias e a investigação-ação são uma estratégia prática, orientada para a necessidade de resolver problemas reais. Os planos de intervenção de enfermagem como resultado de uma atividade cooperativa com a família, permitem mudanças na realidade (capacitação da família e do prestador de cuidados) e no acesso a novas descobertas relativas à problemática da família (investigação), podendo conduzir à redefinição de práticas e ampliar o conhecimento.

A população alvo do estudo compreendeu famílias inscritas na USF, pertencentes a lista de utentes da enfermeira de família. Aquando da realização da sua caracterização foi feita uma análise de todos os utentes dependentes classificados no programa de “Dependentes”. Constatei que existiam 7 famílias com um membro dependente. Para uma melhor seleção foram definidos critérios de inclusão e exclusão:

Como critérios de inclusão defini:

- ✓ Famílias cuja pessoa dependente tenha 65 ou mais anos;
- ✓ Famílias a residir na área geográfica de abrangência da USF;
- ✓ Famílias cujo cuidador é um elemento da família;
- ✓ Famílias em que o membro idoso tem uma dependência em grau moderado ou elevado (de acordo com escala de Barthel);
- ✓ Famílias que não usufruem de estatuto de cuidador informal.

Como critérios de exclusão:

- ✓ Famílias que já usufruem de estatuto de cuidador informal;
- ✓ Famílias cujo membro dependente não tenha dependência moderada ou elevada;
- ✓ Famílias cujo membro dependente não resida exclusivamente nesta área de residência.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionadas 5 famílias.

Após este processo de identificação e seleção das famílias que constituem a amostra, procedeu-se a uma primeira abordagem à família, via contacto telefónico e outras através da visita domiciliária, por estes necessitarem de cuidados ao domicílio. Este contacto teve como propósito fornecer informações relativamente ao estudo, solicitando a participação das mesmas, verificando a disponibilidade das famílias para facultarem as informações necessárias para este estudo. Foram então feitas a todas as famílias 2 visitas domiciliárias e 3 contactos telefónicos.

Este estudo baseia-se na premissa de que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar enquanto prestador de cuidados de saúde de proximidade, constitui assim um recurso que permite a capacitação dos cuidadores e famílias, bem como responder às exigências do exercício do papel de cuidar.

Os objetivos gerais são: capacitar os cuidadores no que diz respeito a prestação de cuidados ao utente dependente e capacitar os cuidadores informais para usufruírem do estatuto de cuidador informal.

A abrangência destes objetivos gerais conduziu à elaboração dos seguintes objetivos específicos: Avaliar as famílias com membro idoso dependente, identificar as suas necessidades, utilizando como referencial teórico o MDAIF; Formular diagnósticos de enfermagem, considerando as necessidades identificadas; Elaborar um plano de cuidados, em conjunto com a família, delineando intervenções de enfermagem; Implementar as intervenções de enfermagem às famílias com membro idoso dependente de acordo com necessidades identificadas na avaliação familiar; informar acerca do estatuto de cuidador informal, explicando benefícios, direitos, deveres; Ajudar na iniciação do processo de pedido de estatuto de cuidador informal.

O papel dos cuidadores, das famílias e da comunidade na construção de ambientes favoráveis à saúde dos utentes dependentes e dos cuidadores é fundamental, traduzindo-se claramente numa necessidade, de promoção e incentivo das famílias a usufruírem do estatuto de cuidador informal e dos seus benefícios. Contribui, ainda, para a capacitação de cada

cuidador no sentido de que reconheçam o direito a respostas de saúde e às suas reais necessidades. Cada cuidador/Família deve ser capaz de reconhecer o quanto o seu comportamento influencia a saúde de si próprio e daquele de quem cuida. Para que tal seja possível é necessário capacitar as famílias, sendo que para isso é importante o esclarecimento das dúvidas referentes ao estatuto do cuidador informal e aos cuidados prestados ao utente dependente.

### **Instrumentos de Avaliação e de recolha de dados**

A avaliação familiar é de grande complexidade, esta deve estar assente na utilização de uma estrutura clara que forneça informações das diferentes dimensões e contextos familiares, identificando recursos, forças e necessidades da família, bem como o planeamento das intervenções centradas na família enquanto alvo de cuidados. Assim sendo, é importante a formulação de um processo de cuidados, respeitando as etapas (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010) que permitem um planeamento, uma intervenção e uma avaliação das ações de saúde.

O processo de cuidados tem, por base o planeamento que engloba a aplicação do MDAIF. Foram utilizados como instrumentos de avaliação o Genograma, o ecomapa, a escala de Graffar adaptado, a escala Faces II, o APGAR familiar de Smilkstein,, o índice de Barthel, a escala de Zarit e a lista de verificação ambiental do risco de queda no domicílio.

Para a avaliação e intervenção familiar nas diferentes dimensões do MDAIF, foi utilizada a entrevista familiar sistémica “essencial para promover os cuidados de enfermagem no âmbito da saúde familiar, pois permite um processo terapêutico com foco nas forças e recursos da família” (Figueiredo, 2012). A entrevista familiar sistémica engloba quatro etapas, o acolhimento, a avaliação, a intervenção e a finalização, que permitem o conhecimento do funcionamento familiar, momento em que o enfermeiro assume um papel de participante na co-construção recursiva do sistema familiar (Figueiredo, 2012).

O MDAIF enquanto modelo de Enfermagem, detém quer o MCAF como o MCIF como fontes teóricas e sustenta-se no Pensamento Sistémico. Wright e Leahey (2012) desenvolveram o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), adaptado da avaliação familiar de Tomm e Sanders (1983) cuja estrutura compreende uma avaliação da família em três categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional, subdividindo-se em várias subcategorias. Assim, associado ao MCAF encontra-se o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) onde são

explanados três fatores que servem como base para o planeamento das intervenções: o nível de funcionamento da família, o nível de competência do enfermeiro e os recursos disponíveis (Wright & Leahey, 2012). Para além deste, as autoras sugerem intervenções específicas direcionadas ao domínio cognitivo, nomeadamente o elogio às forças da família e dos seus membros e a promoção da literacia dos mesmos para, desta forma, favorecer a capacidade de resolução de problemas inerentes a família.

O MDAIF constitui-se como um referencial teórico e operativo, desenvolvido através de um estudo de investigação-ação no norte de Portugal (Figueiredo, 2009). O MDAIF está orientado com base em princípios e definições, que são a linha orientadora do processo de enfermagem. Pretende ser um modelo orientador dos cuidados de enfermagem e ajudar no desenvolvimento de práticas centradas na família, em contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Figueiredo, 2009). Apresenta como conceitos centrais que lhe dão identidade enquanto referencial teórico como: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família (Figueiredo, 2012). O MDAIF organiza as áreas de atenção dos cuidados de enfermagem em domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões de avaliação e intervenção familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional (figura 1). Estas dimensões funcionam como um guia prático dos enfermeiros de família, cabendo a cada enfermeiro a decisão de quais as áreas em que a família necessita de ser capacitada.

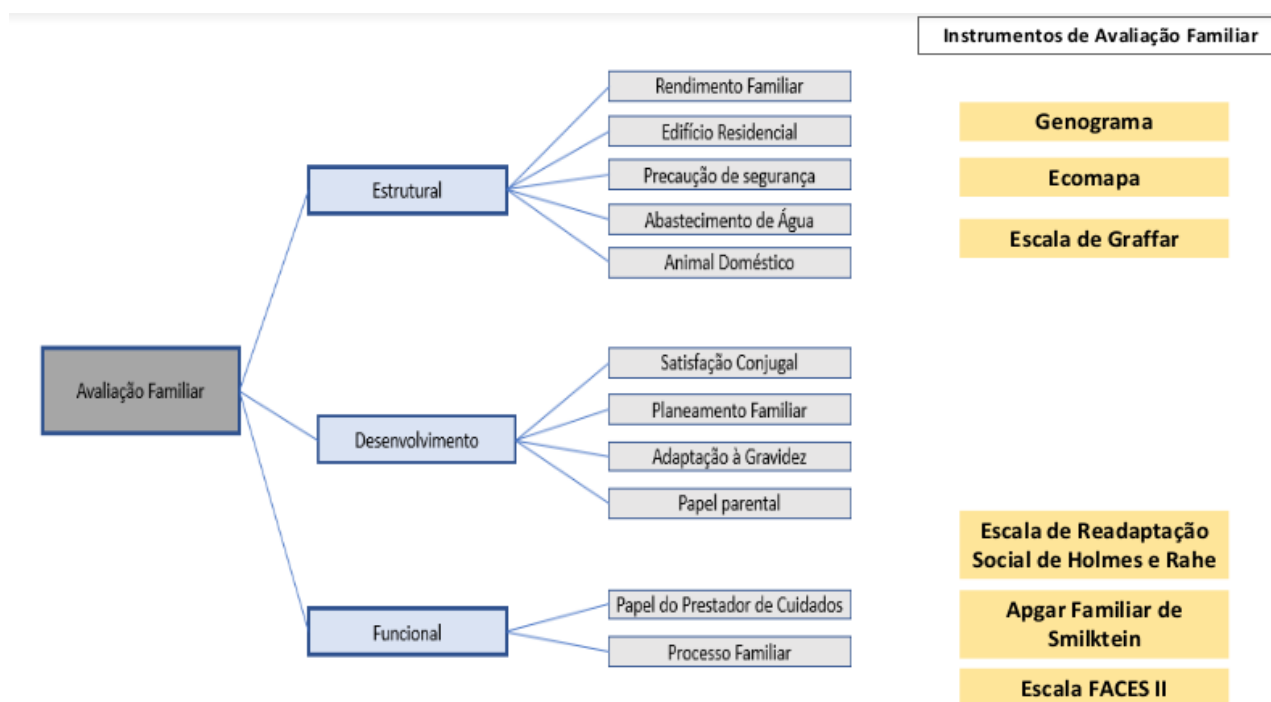


Figura 3- Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação (Adaptado de Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: ma abordagem colaborativa em enfermagem de família de Figueiredo, 2012, p. 104)

### **Genograma**

O genograma utilizado como instrumento de avaliação das famílias apresenta informação acerca do sistema familiar, representando uma rápida visualização da composição e complexidade da família em termos transgeracionais. É uma versão mais robusta e detalhada de uma árvore genealógica convencional porque esquematiza e descreve os relacionamentos, padrões hereditários e comportamentais dos membros de uma família e como esses padrões impactam na vida de cada pessoa da família. Como diagrama visual, simplifica a compreensão da composição e dos vínculos entre membros e “facilita interpretações das experiências familiares, interligando o passado, presente e futuro familiar” (Figueiredo, 2012, p. 16). Com a representação de pelo menos três gerações seguidas ou sequenciais, permite a identificação de forças e recursos da família.

### **Escala de Graffar adaptada**

É um método de estratificação social na qual se avalia as condições socioeconômicas da família, permitindo assim identificar a classe social, bem como as condições de risco. A escala baseia-se num conjunto de 5 critérios tais como: profissão do chefe de família, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita. Para cada dos 5 critérios a escala descreve cinco itens, e para cada item uma pontuação que varia de um a cinco pontos. Numa primeira fase é atribuída a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados, e numa segunda fase servir-se da soma destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade.

As famílias são classificadas em cinco escalões: classe I/Alta 5-9; classe II/Média alta 10-13; classe III/ Média 14-17; classe IV/Média baixa 18-21; classe V/Baixa 22-25. Com a identificação da classe social da família, é possível perceber se o seu estatuto socioeconómico como determinante de saúde, se constitui um recurso de saúde de acesso à manutenção do seu próprio bem-estar.

### **Escala Faces II**

A Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II (Olson, Portner & Bell 1982) é um questionário de autoavaliação que mede o funcionamento familiar em duas dimensões, a coesão e a adaptabilidade, de acordo com o Modelo Circunflexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson (1982).

Permite classificar as famílias em quatro tipos: equilibradas, moderadamente equilibradas, meio-termo e extremas, através de como os membros da família percebem as próprias vivências no seio familiar.

A dimensão da coesão mede os laços emocionais entre cada membro e os restantes, avaliando deste modo, o grau de separação ou ligação de cada elemento à família, enquanto a dimensão da adaptabilidade avalia a capacidade que o sistema conjugal ou familiar tem de mudar, em termos de estrutura, regras ou papéis, em resposta a determinada situação ou a acontecimento stressante. A análise das pontuações é reveladora dos sistemas familiares sendo que pontuações altas em ambas as dimensões determinam famílias equilibradas e pontuações baixas determinam sistemas familiares desequilibrados. Neste sentido, a utilização deste instrumento pretende demonstrar que as famílias equilibradas são mais funcionais, em comparação com as famílias com pontuações mais extremas. Em 1995 a escala foi adaptada para a população portuguesa, composta por 13 itens da coesão e 14 da adaptabilidade, tendo estas cotações negativas associadas. Segundo Figueiredo (2012), as famílias são categorizadas em 4 tipos gerais: extrema, intermediárias, moderadamente equilibradas e equilibradas. A etapa do ciclo vital influencia os resultados, assim como aspetos étnicos e culturais.

#### **APGAR Familiar de Smilkstein**

A Escala do APGAR Familiar de Smilkstein quantifica a percepção que o indivíduo tem da sua família ou das pessoas com quem vive habitualmente, permitindo uma reflexão da satisfação de cada membro da família, esta é definida pelo acrónimo APGAR, sendo o A adaptação que se define pela satisfação da família quando há necessidade de recursos; P participação define-se pela tomada de decisões e com a comunicação familiar no que diz respeito a resolução de problemas; G crescimento define-se pela partilha e liberdade no ambiente familiar, bem como com as mudanças de papéis; A afeição define-se pela forma como são compartilhadas as emoções e qual a satisfação emocional no contexto familiar; R resolução define-se pelo tempo que os membros da família partilham e qual a satisfação destes. O questionário do APGAR Familiar é constituído por cinco perguntas relativas às funções familiares, com três possibilidades de resposta cada uma, sendo que a pontuação varia de zero a dois pontos. O somatório total varia entre zero a dez pontos e a caracterização das famílias resulta em: família altamente funcional (7-10), família com moderada disfunção (4-6) ou família com disfunção acentuada (0-3).

### **Índice de Barthel**

O Índice de Barthel, validado para a população portuguesa, é “um instrumento com um nível de fidelidade elevado (...) que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas de uma forma objetiva nos serviços de saúde, nomeadamente no contexto comunitário (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007, p. 1). A sua aplicação permite medir a capacidade funcional do indivíduo para a realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. Cada atividade apresenta dois a quatro níveis de dependência, em que zero (0) corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com cinco (5), 10 ou 15 pontos, consoante os vários níveis de diferenciação em cada item. A soma da pontuação atribuída aos 10 itens pode variar de zero (0) - totalmente dependente, a 100 - totalmente independente, com intervalos de cinco (5) pontos. A sua cotação global oscila de acordo com os seguintes pontos de corte: totalmente dependente: < 20 pontos; severamente dependente: 20 - 35 pontos; moderadamente dependente: 40 - 55 pontos; ligeiramente dependente: 60 - 85 pontos; independente: 90 - 100 pontos. A aplicação desta escala revela qual a necessidade de cuidados do indivíduo de acordo com as atividades em que demonstram maior incapacidade.

### **Escala de Braden**

A escala de Braden faz uma avaliação pormenorizada do risco do utente em desenvolver uma úlcera por pressão através da perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento. É avaliada segundo o risco tendo uma pontuação de 6 a 23 pontos, sendo que valores abaixo de 12 tem um risco elevado, entre 13-18 medio risco e 19 a 23 risco baixo para desenvolver úlcera por pressão. A escala de Braden tem uma vertente preventiva, pois permite uma avaliação do utente de forma a adotar medidas adaptativas para diminuir o risco de desenvolver úlcera de pressão. Esta escala é usada meramente em pessoas acamadas ou com mobilidade reduzida.

### **Lista de verificação Ambiental- risco de queda no domicílio (fatores extrínsecos)**

A lista de verificação ambiental- risco de queda no domicílio, foi usada com o intuito de perceber quais as condições domiciliarias dos utentes, tendo uma vertente preventiva no que diz respeito ao risco de queda e aos fatores extrínsecos do domicílio. Avalia o pavimento,

iluminação, escadas, degraus, cozinha, instalações sanitárias, sala, quarto, vestuário e calçado e o exterior da casa, tendo apenas 2 opções de resposta (sim ou não).

Foi adaptada do documento “Your Home Safety Checklist” produzido pelo Departamento de Saúde do Governo da Austrália Oeste, no âmbito do Programa de Prevenção de Quedas “Stay on your feet”, 2013 (<https://doh.getquickmail.com/stockpdfs/7926-soyfwa-home-safety-checklist.pdf>), contudo foi adaptada e validada para Portugal por Isabel Maria Dionísio Costa na sua dissertação de mestrado (Adaptação e validação para português do questionário Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC)) apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra em 2013.

Esta lista é preenchida pelo enfermeiro de forma a detetar fatores que levem a um aumento do risco de queda e posteriormente intervir e capacitar a família e os cuidadores para a prevenção de quedas das pessoas com mobilidade mais reduzida. Esta

### **Escala de Zarit**

A Escala de Sobrecarga do Cuidador (escala de zarit) foi validada para a população portuguesa por Carlos Alberto da Cruz Sequeira e posteriormente por outros investigadores, permite uma avaliação da sobrecarga do prestador de cuidados, tendo esta informações acerca da vida social, pessoal, financeira, emocional e do tipo de relacionamento. A escala é composta por 22 itens e cada um é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca (=1); quase nunca (=2); às vezes (=3); muitas vezes (=4) e quase sempre (=5). O score global varia entre 22 e 110, sendo que o maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: inferior a 46 - sem sobrecarga; entre 46 a 56 - sobrecarga ligeira; superior a 56 - sobrecarga intensa (Sequeira 2010).

Para além dos instrumentos de avaliação, foi também utilizada a entrevista familiar sistémica que permite entender de maneira mais profunda o sistema familiar, tendo esta como princípios: A neutralidade que pressupõe uma posição de imparcialidade que se traduz na curiosidade face à realidade de cada membro da família, partindo do pressuposto que o problema não tem um responsável (Figueiredo, 2012), A circularidade pode ser definida como a capacidade do profissional em orientar a entrevista aos elementos da família, com base no feedback dos membros da família face às informações que o profissional solicita acerca das relações e diferenças (Figueiredo, 2022; Figueiredo, 2023). A hipotetização deriva do conceito de hipótese, que é gerada pelo profissional acerca do problema, sendo uma suposição baseada

num determinado raciocínio, sem referência à verdade e que deve ser reformulada, se incorreta, com base na informação colhida e validada com a família (Figueiredo 2023).

A EFS desenvolve-se ao longo de diferentes etapas: o acolhimento, a avaliação, a intervenção e a finalização. O acolhimento deve ser estabelecido num ambiente terapêutico que promova o relacionamento positivo com os membros da família. Posteriormente, deve ser identificada a necessidade de intervenção através da avaliação, sendo possível compreender a relação entre a interação familiar e o problema, explorando os objetivos comuns. Com base nestas informações, e havendo necessidade, o enfermeiro deverá implementar as intervenções de acordo com o problema identificado. Finalmente, a finalização da consulta prevê a avaliação dos resultados em conjunto com a família (Figueiredo, 2022).

Na avaliação e intervenção familiar utilizaram-se, em complementaridade, técnicas transversais, que permitiram conhecer e aprofundar as dinâmicas familiares, de acordo com as perspetivas dos seus membros e considerando as suas próprias narrativas. A necessidade da aplicação de diversos tipos de questões como as questões de intervenção que tem como objetivos promover uma mudança significativa no funcionamento familiar, questões lineares tem o objetivo a definição do problema, permitindo identificar quais as visões de cada membro da família, questões estratégicas que confrontam a família com os comportamentos dos seus membros e qual a reação uns dos outros, questões reflexivas centram-se em promover nos visões sobre novas formas de interagir questões circulares, identificam os Padrões que ligam os membros da família ((Figueiredo, 2012)

### **Considerações éticas**

O estudo desenvolvido enquadra-se no projeto family2care, com parecer favorável da Comissão de Ética da ULS Viseu Dão Lafões (Anexo1).

A recolha e tratamento de dados das famílias tem em conta, o direito à intimidade e ao anonimato das famílias em estudo tendo sido providenciado um consentimento informado a cada família.

O contacto com as famílias foi previamente agendado e decorreu de modo presencial no contexto de visita domiciliária acompanhado pelo enfermeiro de família e através do contacto telefónico, previamente também agendado com a família.

O uso dos dados da pesquisa e resultados são anónimos sendo utilizados siglas e famílias numeradas de 1 a 5.

### 3.3 Avaliação e intervenção familiar às famílias em estudo

#### AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA 1

##### Dimensão estrutural

A Família 1 é constituída por uma idosa e a sua filha a vivenciarem uma fase de envelhecimento e uma transição de saúde-doença. É composta por L de 95 anos e por M de 66 anos.

De acordo com Duvall (1977), a família encontra-se na fase VIII do ciclo vital designada de “Família Idosa” ou progenitores na 3ª idade (Anexo 3). A L é viúva há 35 anos, tem três filhos era trabalhadora agrícola. A M também é viúva, tem dois filhos e é a prestadora de cuidados da sua mãe. Os irmãos ajudam esporadicamente, mas têm uma relação forte.

A L encontra-se em grau de grave dependência com uma pontuação de 60 segundo na escala de Barthel, a idosa deambula com o andador pela casa, permanece sentada no cadeirão por períodos, necessita de ajuda nas atividades de vida diária tais como a mobilização noturna, higiene diária, uso do wc e na execução de refeições, consegue comer pela própria mão, orientada no tempo e no espaço com discurso coerente. A L tem diversas patologias tais como insuficiência cardíaca, hipotireoidismo, hipercolestolemia, glaucoma, obesidade, hipertensão arterial e doença renal crónica. A família tem apoio do centro de saúde que se desloca a casa quando necessário ou solicitado pela prestadora de cuidados da L. De acordo com a escala de Graffar adaptada e considerando o elemento da família com maior nível de qualificação, considerou-se a M com uma pontuação de 17 que equivale a uma classe média. O genograma encontra-se abaixo representado e são resultados das respostas referentes a composição familiar (Figura 4).



chega “ aquela gaiata vem alegrar a casa, vem me agarrar e diz bisa beijinho, é um amor Enfermeira”. A M referencia que sempre cuidou da mãe e que os irmãos lhe dão muito apoio nesta função, e a valorizam, dando-lhe todo o apoio necessário. “(...) *ajudam-me em tudo, são o meu maior apoio. (...)*”, “(...) *os vizinhos também são uns queridos quando necessito de sair lá fica alguém em casa com ela*”.

O apoio e os recursos que a comunidade, correspondem a um suporte contínuo, regular e constante, indissociado do sentimento de solidariedade ou dever moral (Araújo *et al.*, 2010), verificando-se a existência efetiva de apoio da Família 1. Este tipo de apoio figura-se como extremamente importante para os idosos, pois fá-los sentirem-se amados e valorizados, prevalecendo o sentido de pertença à família e diminuindo o risco de isolamento (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009). A L refere relativamente às filhas “*Devo-lhe tudo, sei que a minha filha vai estar aqui sempre para me ajudar e todos os meus filhos ajudam, só que a que está aqui é que me dá mais apoio e ajuda.*”.

No que se refere aos sistemas mais amplos a L e M tem um vínculo forte com o hospital, que frequentam quando a senhor L necessita de consultas , com a USF um vínculo forte, especialmente com a equipa de saúde família que as visita no domicilio aquando da necessidade de cuidados médicos e de enfermagem da L, L e M mantém um vínculo forte com os vizinhos que se disponibilizam para ficar com a L sempre que necessário, já com a igreja/ religião a L tem um vinculo forte, pois referencia que apesar de não ir a missa, vê-a na televisão e reza vários terços por dia e a M um vinculo fraco devido a morte do marido.

A família 1 pertence à classe social média e posiciona-se, nas subescalas; profissão, instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência no grau 4 da escala de notação social da família (Graffar Adaptado). Ambos os membros têm o quarto ano de escolaridade, a L está reformada e a M tem uma pensão de viuvez e apresentam a habitação de grau 2 no tipo de habitação Anexo 4. No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família 1 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa utilizada, estas estão representadas na tabela 3 abaixo apresentada.

| Estrutural   | Desenvolvimento | Funcional  |
|--|-----------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendimento familiar</li> <li>• Edifício residencial</li> <li>• Precaução de segurança</li> <li>• Abastecimento de água</li> <li>• Animal doméstico</li> </ul> |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel prestador de cuidados</li> <li>• Processo Familiar</li> </ul> |

Tabela 3- Dimensões do MDAIF da família 1

No que concerne a área de atenção rendimento familiar, os membros desta família tinham conhecimento sobre gestão do rendimento familiar de acordo com as despesas familiares, que apesar de esta se apresentar no nível 3- classe media-baixa da escala de graffar adaptado, a família conseguia gerir o dinheiro de forma correta, para isso foram feitas questões a família de forma a fazer uma avaliação mais precisa da gestão do rendimento, questionada a família sobre como fazem face as despesas mensais? A família diz que apesar dos rendimentos não serem extravagantes conseguem gerir o dinheiro, “ não pagamos renda só isso já é uma ajuda “e “cultivamos aquilo que pudemos, temos árvores de fruto o que facilita muito”, também questionados relativamente aos imprevistos que poderiam sugerir, a L refere “ sabe poupei muito durante a minha vida, antigamente não se gastava como agora” , após avaliar o conhecimento e a capacidade da família para gerir o rendimento, temos um **Rendimento familiar não insuficiente**.

Na área de atenção Edifício residencial e avaliando a habitação da família, esta foi considerada espaçosa e confortável está num nível 2 na escala de graffar, por ser uma moradia com 4 quartos, uma cozinha com todos os eletrodomésticos necessários, uma lavandaria, 2 casas de banho completas, sala de estar e sala de jantar, possui ainda garagem e um espaço exterior espaçoso, a moradia contém aquecimento central e gás por botija que se encontra fora da residência e em local arejado e ventilado. Efetuadas as várias visitas domiciliárias a casa está evidentemente higienizada e limpa, tendo a família, mas propriamente a M noção da importância do governo e da higiene da habitação. Assim conclui-se que a família 1 vive num **Edifício residencial seguro e não negligenciado**.

Na área de atenção Precaução de segurança, sendo os critérios de diagnóstico a existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de

equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás (Figueiredo, 2012). A casa tem aquecimento central e o gás é através de botija que se encontra fora da residência. Aquando da visita domiciliária percebi que havia necessidade de intervir/ ensinar no que diz respeito ao espaço, aos tapetes, nesta avaliação das barreiras arquitetónicas foi aplicada a lista de verificação ambiental do risco de queda no domicílio de Costa (2013), tendo-se verificado que existem muitos móveis na habitação e que a deslocação da L com o andarilho tornasse mais difícil, outro aspeto a considerar são os tapetes e o chão na residência (Anexo 4) tendo um Diagnóstico: **Precaução de segurança não demonstrada** relacionada com Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas Não Demonstrado e comportamento de adesão não demonstrado. Com o objetivo de melhorar o conhecimento da família sobre as estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas referentes ao edifício residencial foram realizadas algumas intervenções necessárias para ajudar a família, sendo assim foi marcada uma reunião com a filha da M com o intuito de lhe explicar quais as ações necessárias para melhor o bem-estar e a segurança da L. Assim sendo foi explicado a filha que havia necessidade de eliminar os tapetes/carpets que se encontram nas divisões da casa ou, em alternativa, adquirir uma rede/fita antiderrapante para colocar por baixo dos tapetes/carpets para estes não se enrolarem ou moverem, foi também explicada a necessidade de remover alguns móveis para a deslocação ser mais favorável, tentando deixar a sala mais desocupada.

Na nova visita ao domicílio, constatou-se que a Família tinha adotado as seguintes estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas sugeridas: eliminaram alguns tapetes e noutros houve a colocação de um antiderrapante, nos móveis houve um melhoramento do espaço e pude constatar que existe mais espaço livre para a L caminhar com o andarilho, pelo que passamos a um diagnóstico **Precaução de Segurança Demonstrada, por conhecimento e comportamento de adesão demonstrado**.

Na área de atenção abastecimento de água, a família 1 é abastecida pelo sistema de rede pública, contudo também tem sistema de rede de águas privado, que é usado para as regas. Foi questionada a família relativamente ao controle da água que a família diz fazer com alguma regularidade visto que só a usam para efeito de regas, contudo foi explicado a família a necessidade de controlo da água e a não utilização desta para uso privado, “*só usamos a água de poço para regar, jamais em casa*”, mas “*fizemos mais ou menos a 2 anos a análise da água e estava tudo bem*”. Assim sendo conhecimento demonstrado sobre o controlo da qualidade da

água ou conhecimento demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água, tendo um diagnóstico de **Abastecimento de água adequado**

Na área de atenção Animal Doméstico a família 1 não possui nenhum animal doméstico de momento *“tivemos um cão que morreu acerca de um ano, ele era a companhia da minha mãe”* *“deitava-se ao meu colo e cá estava todo o dia a dormir”*, neste contexto não existe necessidade de avaliação desta área de atenção.

Ao nível da Avaliação estrutural esta constitui-se uma força e recusa da família 1, edifício residencial seguro e não negligenciado, com uma precaução de segurança não demonstrada por ausência de barreiras arquitetónicas (existência de tapetes, muito mobiliário, escadas) abastecimento de água adequado.

### Dimensão funcional

Para Figueiredo (2012), a avaliação funcional apresenta duas grandes áreas de atenção: o Papel de Prestador de Cuidados (incluindo o conhecimento de papel, a adoção de comportamentos de adesão, o consenso, o conflito e a saturação de papel) e o Processo Familiar (que inclui a comunicação, o coping, a interação de papéis familiares, bem como a relação dinâmica e as crenças). Nesta área foi aplicado o índice de Barthel já referenciado na avaliação estrutural o nível de dependência da L é de um score de 60 com uma grave dependência, foi aplicada também a escala de Braden (anexo 4) que nos revelou o risco de desenvolver úlcera de pressão, dando um valor de 17- médio risco

Para avaliação da sobrecarga do cuidador, foi aplicada à M a escala de Zarit (anexo 4), tendo sido obtido um score de 55- sobrecarga ligeira.

### **Papel prestador de cuidados.**

Tal como evidenciado no início da descrição do processo de cuidados à família 1 a M assume o papel de prestadora de cuidados da mãe a L, sendo que esta apresenta dependência grave para o autocuidado. Assim, no que diz respeito à Dimensão Funcional e no que se refere ao Papel do Prestador de Cuidados, foram avaliadas todas as áreas de conhecimento e aprendizagem de habilidades da prestadora de cuidados face ao exercício do seu papel, através de questões lineares. Perante todos os autocuidados, foi avaliado se a M costuma realizar o autocuidado e assim avaliadas as especificidades referentes ao conhecimento e aprendizagens

de habilidade do papel, para além disso foi avaliada a necessidade de a M melhorar alguma técnica relacionada ao cuidado da L. No que concerne a cuidado referente a higiene a M refere “*dou-lhe banho no chuveiro 2 vezes por semana, contudo todos os dias lhe faço a higiene, ela ainda dá uma ajudinha, deixo-a sentada na cadeira de banho e ela penteio o cabelo, lava os dentes*”, no que se refere ao autocuidado do vestuário “*depois de lhe prestar os cuidados de higiene, deixo-a vestida e a noite sento-a na cama e visto-lhe o pijama*” e quanto à forma como veste e calça a L e ao tipo de roupa/calçado que prefere refere “*a minha mãe gosta de estar confortável, agora no inverno gosta de vestir camisola interior e 2 pares de meias e pantufas fechadas*” (...) “*ela lá vai ajudando peço-lhe os braços e as pernas e ela ajuda imenso*”. Referente ao autocuidado uso sanitário a M explica que a L usa fralda cueca só por precaução, contudo ela vai sempre a casa de banho com ajuda “*ela põe-se de pé, segura-se as barras e eu só lhe puxo a fralda cueca abaixo de resto ela vai a sanita sozinha e consegue limpar-se*”. No autocuidado de comer e beber é a M quem confeciona todas as refeições, contudo a L consegue comer sozinha e vai ajudando a filha a confecionar algumas refeições, já no que diz respeito a hidratação a M referencia que a L não gosta nada de água e que no inverno lhe dá chá e no verão faz muita gelatina para que ela se hidrate. Quanto ao Autocuidado Sono-Repouso, diz “*(...) costumamos ir as duas para a cama depois da novela, ou seja, lá para as 22h30 vamos dormir*” (...) “*normalmente acorda lá para as 7h, 8h, contudo a uns dias que tem acordado as 5h e não dorme mais*” (...) *Costuma fazer uma sesta a tarde ao fim do almoço*”. Explorando o exercício do papel no Autocuidado Atividade Recreativa e atividade física a L refere “*gosto de ver televisão, ver as minhas novelas e as vezes jogamos as cartas as duas para passar o tempo*” “*a minha mãe costuma caminhar pela casa antes do almoço e depois da sesta, sendo que no verão vai lá para fora caminhar um pouco pela manhã, isto porque a obrigo, porque por ela ficava sentada apenas*”(…) “*agora comprei com a minha irmã uma espécie de bicicleta que só tem os pedais para ela movimentar os pés*”. No que diz respeito à Autovigilância, a M menciona que está atenta à evolução clínica da mãe “*(...) como ela é hipertensa, normalmente uma vez por semana vejo-lhe a tensão (...)*”, questionada relativamente a pele, a M refere que todos os dias depois da higiene coloca creme na pele da mãe, e tem noção que tem de ter cuidado para ela não ganhar úlceras de pressão ou macerações, refere também que está capacitada para o uso noturno de oxigénio da mãe, contudo a M enaltece o apoio da equipa de saúde familiar no que diz respeito a vigilância da mãe. Por último, relativo à gestão do regime terapêutico a M demonstra conhecimento e capacidade nesta área, sendo capaz de referir o nome de todos os fármacos prescritos a L, bem como a sua indicação terapêutica e os horários definidos para toma.

A M relata não ter dificuldades nas tarefas relativas aos autocuidados mencionando, várias vezes, que já são alguns anos como cuidadora e que já está habituada, referente a todos os autocuidados foi evidente que a M age em conformidade com o conhecimento e habilidades demonstradas, promovendo e assegurando os autocuidados de forma eficiente e consciente.

Inerente ao Papel de Prestador de Cuidados, foi também avaliado, junto da M, o Consenso, Conflito e Saturação do Papel. Começando pela avaliação do Consenso do Papel, foi questionada a M “Quando a sua mãe começou a necessitar de cuidados quem decidiu que seria a A prestadora de cuidados? A M refere” *fui eu que me voluntariei para ficar com a minha mãe, após a morte do meu marido eu estava sozinha e achei que deveria eu assumir essa responsabilidade, sendo que os meus irmãos não podiam, decidimos que seria eu com a ajuda deles*(...) “ *a minha mãe cuidou de mim e dos meus irmãos e fez tudo por nós, não iria ficar tranquila em colocá-la num lar*” sendo o facto de a M valorizar o esforço da mãe e o amor que ela lhe deu, revela-se como uma crença facilitadora na transição para prestadora de cuidados.

Quando perguntada sobre a existência de negociação de tarefas face à necessidade de cuidados a L, atualmente, a mesma diz “(...) *andava um pouco cansada*” (...) “*falei com os meus irmãos se caso necessário eles podiam ficar 1 ou 2 dias com a mãe? A minha irmã logo se pôs disponível para me ajudar*” evidenciando a capacidade de renegociação das tarefas com a família extensa (irmãos). Questionei a M relativamente a probabilidade de mudança do grau de dependência da L, a M mantém-se tranquila e refere “*vamos andando o dia a dia, mas o que for necessário farei, não posso falar do futuro e de como irei reagir, contudo farei sempre o melhor para a minha mãe*”. Relativamente ao conflito do papel, percebe-se que a M não tem qualquer sentimento negativo no que diz respeito aos cuidados a L. Por fim para avaliar a saturação do papel foi usada a escala de zarit (anexo 4) que nos da perceção do cuidador relativamente a sobrecarga deste perante os cuidados, no caso da M tem uma sobrecarga ligeira. Assim, considerou-se o Papel de Prestador de Cuidados Não Adequado relacionado com Saturação do Papel SIM, pretendendo-se que a prestadora de cuidados diminuísse a sensação de desconforto psicológico (medo, ansiedade) e físico. As intervenções realizadas centraram-se na seguinte tabela:

| <b>Intervenções MDAIF</b>  | <b>Estratégias</b>  | <b>Resultados</b>   |
|--|---|---|
| -Promover a comunicação expressiva das emoções;<br>-Avaliar a saturação do papel;<br>-Promover estratégias de coping | - Capacitar para estatuto de cuidador informal e o seu usufruto;<br>- Informar sobre a possibilidade de referência para a RNCCI e | -Houve uma capacitação da M para o pedido de estatuto de cuidador informal, até a data já foi aberto o processo e |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>para o papel;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);</li> <li>-Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);</li> <li>- Negociar a adoção de estratégias que permitam usufruir de atividades de lazer;</li> <li>-Incentivar atividades de lazer;</li> <li>-Requerer serviços de saúde;</li> <li>Orientar para serviços sociais;</li> <li>Requerer serviço social.</li> </ul> | <p>integrar a rede através da do descanso do cuidador;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecimento dos direitos e recursos disponíveis através de contacto com assistente social;</li> <li>-Incentivo à realização de atividades que proporcionem prazer nos momentos de maior ansiedade (cultivar momentos de relaxamento, conversar com amigos, realizar passeio matinal e durante a tarde, sair para ir às compras);</li> <li>-Incentivo ao reconhecimento que a prestação de cuidados constitui uma tarefa desgastante, pelo que tem o direito em se sentir cansada e pedir ajuda;</li> <li>-Elogio dos progressos realizados e apoio das decisões tomadas;</li> </ul> | <p>verificado os direitos e deveres, aguardamos resposta dos serviços sociais;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não houve necessidade de referência, mas os ensinamentos foram feitos e a L foi capacitada;</li> <li>- A M passou a calendarizar atividades de lazer pelo menos 2 vezes por semana;</li> </ul> |
|--|--|--|

Tabela 4- Intervenções Papel Prestador de Cuidados à família 1

No que concerne ao estatuto de cuidador informal, foi questionada, a prestadora de cuidados, acerca do estatuto e se sabia quais os benefícios. Demonstrou algum desconhecimento e M, foi informada de todos os benefícios, direitos e deveres e medidas de apoio.

Foi pedida colaboração à equipa da UCC, que fez a articulação com o serviço social, de forma a ajudar esta família, após explicitação dos critérios necessários e fornecida toda a informação necessária. Como sabemos todos os processos demoram o seu tempo e até à data final deste estágio, o processo ainda não estava concluído.

A cuidadora M ainda não usufrui do estatuto de cuidador informal, contudo foram feitos os respetivos ensinamentos, havendo uma capacitação da mesma para a existência do estatuto e seus benefícios.

### **Processo Familiar**

No que diz respeito ao Processo Familiar, percebeu-se que a família 1 conversa sobre os seus problemas e resolvem tudo aquilo que está mal. Para além disso, sentem-se ambos muito satisfeitos com a forma como têm gerido as situações de stress, relatando que quando

estão nesse tipo de situações, “refletimos antes de falar” demonstrando capacidade de adoção de estratégias de coping. A Família 1 neste momento não identifica problemas familiares. No que se refere à Interação de Papéis Familiares, a Família 1 está satisfeita com o desempenhar de todos os papéis, independentemente de quem seja o cuidador principal.

Foi aplicada, à M., a escala de FACES II - Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar, tendo sido obtido os seguintes resultados: Coesão familiar: 8; Adaptabilidade:7; Tipo de família: 7,5. Assim, a Família 1 é uma família com coesão muito ligada, adaptabilidade muito flexível e tipo de família Equilibrada (Anexo 4).

Aplicado o APGAR Familiar de Smilkstein a M apresenta um APGARr familiar de 10 o que atribui um grau de altamente funcional (Anexo 4). Havendo assim um **Processo Familiar Não Disfuncional manifestado por Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com Coping Familiar Eficaz e Interação de Papéis Não Conflitual.**

## **AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA 2**

### Dimensão Estrutural

A Família 2 é constituída por uma filha e os pais a vivenciar uma fase de envelhecimento e uma transição de saúde-doença. É composta por A, de 96 anos e por E de 61 anos, na diade Pai-Filha. De acordo com Duvall (1977), a família encontra-se na fase VIII do ciclo vital designada de “Família Idosa” ou progenitores na 3ª idade (Anexo 3). O A é viúvo há 5 anos, tem 3 filhos e trabalhava como trabalhador agrícola, a filha a E tem 61 anos é solteira e assume o papel de prestadora de cuidados do seu pai, tendo a ajuda dos irmãos esporadicamente. O A encontrasse em grau moderado de dependência com uma pontuação de 65, segundo a escala de barthel, deambula pela casa e no exterior com andarilho, permanece sentado por períodos no sofá, necessita de ajuda em algumas das tarefas de vida diária como vestir, na mobilização noturna e higiene diária, contudo é independente na alimentação, conseguindo comer pela própria mão, orientado no tempo e no espaço, com discurso coerente e depressivo. Tem como antecedentes pessoais insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, fratura do fémur e trombocitopenia, depressão, doença diverticular. A cuidadora a E, era trabalhadora numa empresa industrial e reformou-se em outubro de 2024, tem algumas patologias clínicas como hipertensão arterial, neuropatia e colite ulcerosa. A família tem apoio do centro de saúde que se desloca a casa sempre que necessário ou solicitado pela família. De acordo com a escala de Graffar adaptada e considerando o elemento da família com maior nível de qualificação,

considerou-se a E com uma pontuação de 16 que equivale a uma classe média. O genograma encontra-se abaixo representado e são resultados das respostas referentes a composição familiar (Figura 5).

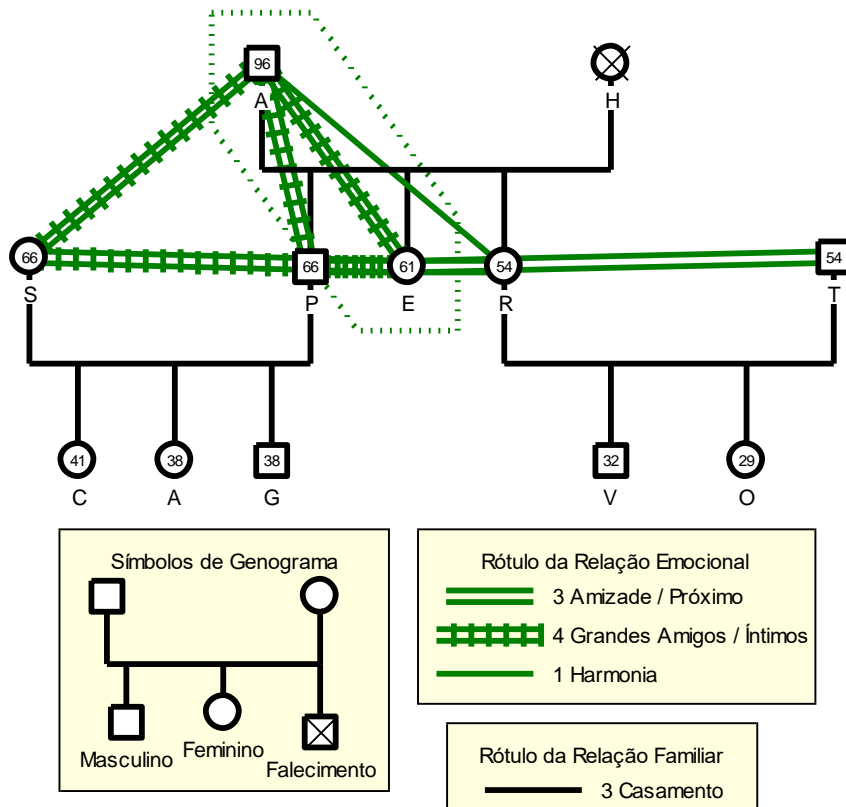


Figura 5- Genograma família 2

O tipo de família 2 e das famílias é definido a partir da composição familiar e dos vínculos estabelecidos entre os seus membros, já no que diz respeito as relações que existem entre os membros da família 2, apenas se considerou as relações que existem entre a pessoa cuidada e a cuidadora, isto é, foram caracterizados tipos de vínculo e o membro da família definiu o que mais se ajustava a ambos os membros, designadamente: normal, amizade/próximo, grandes amigos/íntimos que vai para além da amizade/próximo, isto é, a par das características do anterior, também existe um sentimento evidente de carinho e necessidade de proximidade regular entre os membros. O A era casado com a H que faleceu há 5 anos e tiveram 3 filhos, dos quais uma delas é solteira e cuidadora principal e sempre viveu com os pais, os restantes já constituíram a sua família.

Relativamente ao contacto com a família extensa, ou seja, com os restantes filhos, o mesmo é regular, com praticamente todos os membros. Segundo O A “os meus 3 filhos são muito diferentes, esta minha filha sempre cuidou de nós, de mim e da minha esposa, ela esteve

*sempre ao pé de nós, o meu filho mais velho ajuda muito, a irmã, já a mais nova essa ui.... Está lá longe não consegue vir cá sempre, mas liga algumas vezes”.*

A E referencia que *“O meu irmão mais velho e a minha cunhado vem cá muitas vezes durante a semana, eles ajudam-me bastante, apesar de ser eu a cuidar do meu pai, uma ajudinha é sempre bem-vinda”(.) “já a minha irmã mais velha ela é mais desligada porque não esta cá e não sabe o trabalho que dá”, mas” frequentemente ela liga a perguntar como estão as coisas”,* questionado o A sobre os netos, ele diz *“ eles costumam ca vir os meu netos da parte do meu filho mais velho e até já tenho bisnetos, nasceu agora 1 pequenito, mas tenho mais bisnetos”*

No que se refere aos sistemas mais amplos o A e a E tem um vínculo forte com o hospital, que frequenta quando o senhor A necessita de consultas , com a USF um vínculo forte, especialmente com a equipa de saúde familiar que as visita no domicilio quando necessário, o A mantém um vínculo intermédio com os vizinhos, pois como este não sai muito de casa, não contacta muito com os vizinhos, já a E tem um vinculo forte, visto que sempre que pode vai por a conversa em dia com as vizinhos com a igreja/ religião, o A tem um vinculo intermédio, pois referencia que deus já lhe levou a mulher o seu bem mais precioso, já a E tem um vinculo forte, sempre que pode vai a missa. A E tem um vínculo forte com a auxiliar que até recentemente ia lá a casa fazer umas horas para a ajudar com o pai.

A família 2 pertence à classe social média e posiciona-se, nas subescalas; profissão, instrução e origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência no grau 3 da escala de notação social da família (Graffar Adaptado). O A tem o 4º ano de escolaridade e a E o 6º ano e recentemente pediu a reforma, usufruindo da reforma. Apresentam uma habitação de grau 2 no que diz respeito ao tipo de habitação (Anexo 5) Ao que se refere às áreas de atenção avaliadas na família 2 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, foram avaliadas as seguintes dimensões (tabela 7).

| Estrutural   | Desenvolvimento | Funcional  |
|--|-----------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendimento familiar</li> <li>• Edifício residencial</li> <li>• Precaução de segurança</li> <li>• Abastecimento de água</li> <li>• Animal doméstico</li> </ul> |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel prestador de cuidados</li> <li>• Processo Familiar</li> </ul> |

Tabela 5- Dimensões do MDAIF

No que concerne a área de atenção rendimento familiar, os membros desta família tinham conhecimento sobre gestão do rendimento familiar de acordo com as despesas familiares, a família 2 apresenta-se no nível 4- classe média da escala de graffar adaptado, a família conseguia gerir o dinheiro de forma correta, para isso foram feitas questões a família de forma a fazer uma avaliação mais precisa da gestão do rendimento, questionada a família sobre como fazem face as despesas mensais? A família diz “*todas as despesas são suportadas de forma a sobrar sempre dinheiro para possíveis acontecimentos*”, a E diz “*a reforma do meu pai é suficiente para colmatar as despesas de medicação e mais algumas coisas de resto sou eu que pago com a ajuda dos meus irmãos*”, questionados relativamente aos imprevistos que poderiam sugerir, a dona E refere “*Os meus pais tem algum de parte mas não o suficiente, contudo nos estamos aqui para o que for necessário*”, após avaliar o conhecimento e a capacidade da família para gerir o rendimento, temos um **Rendimento familiar não insuficiente**.

Na área de atenção Edifício residencial e avaliando a habitação da família, esta foi considerada com áreas razoáveis e confortável está num nível 3 na escala de graffar, por ser uma moradia com 2 quartos, uma cozinha com os eletrodomésticos necessários, uma lavandaria, 1 casas de banho completa, sala de estar e sala de jantar, possui ainda garagem e espaço exterior de pequenas dimensões, o aquecimento é central e o gás é de botija, estando esta fora da residência e em local apropriado. Efetuadas as várias visitas domiciliárias a casa está evidentemente higienizada e limpa, tendo a família, mas propriamente a E noção da importância do governo e da higiene da habitação. Assim conclui-se que a família 2 vive num **Edifício residencial seguro e não negligenciado**.

Na área que concerne a Precaução de segurança, sendo os critérios de diagnóstico a existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de

adaptação às barreiras arquitetônicas e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás (Figueiredo, 2012). A família demonstra conhecimento acerca da correta utilização das barreiras arquitetônicas, a habitação possui o necessário para a segurança do A, **Diagnóstico Precaução de segurança demonstrada.**

Na área de atenção abastecimento de água, o edifício residencial possui abastecimento de água por rede pública, assim como o tratamento de resíduos, tendo conhecimento demonstrado sobre o controle e qualidade da água tendo um diagnostico de **Abastecimento de água adequado**

Na área de atenção Animal Doméstico a família 2 tem um animal doméstico um cão (pepita) com raça buldogue de porte médio, com cerca de 3 anos, que está devidamente vacinado e desparasitado, não esterilizado. O animal bem como os locais onde dorme e come apresentam higiene adequada. Diagnóstico de **Animal doméstico não negligenciado.**

### Dimensão Funcional

Para Figueiredo (2012), a avaliação funcional apresenta duas grandes áreas de atenção: o Papel de Prestador de Cuidados (incluindo o conhecimento de papel, a adoção de comportamentos de adesão, o consenso, o conflito e a saturação de papel) e o Processo Familiar (que inclui a comunicação, o coping, a interação de papéis familiares, bem como a relação dinâmica e as crenças). Nesta área foi aplicado o índice de Barthel já referenciado na avaliação estrutural o nível de dependência do A é de um score de 65 com uma grave dependência, foi aplicada também a escala de Braden (anexo 5) que nos revelou o risco de desenvolver úlcera por pressão, dando um valor de 17- medio risco. Para avaliação da sobrecarga do cuidador, foi aplicada à E a escala de Zarit (anexo), tendo sido obtido um score de 55- sobrecarga ligeira.

### **Papel prestador de cuidados.**

Tal como evidenciado no início da descrição do processo de cuidados à família 2, a E assume o papel de prestadora de cuidados do pai o A, sendo que este apresenta dependência moderada para o autocuidado. Assim, no que diz respeito à Dimensão Funcional e no que se refere ao Papel do Prestador de Cuidados, foram avaliadas todas as áreas de conhecimento e aprendizagem de habilidades da prestadora de cuidados face ao exercício do seu papel, através

de questões lineares. Perante todos os autocuidados, foi avaliado se a E costuma realizar o autocuidado e assim avaliadas as especificidades referentes ao conhecimento e aprendizagens de habilidade do papel, para além disso foi avaliada a necessidade de a E melhorar alguma técnica relacionada ao cuidado do A. No que concerne a cuidado referente a higiene a E refere desde que ficou reformada é ela que auxilia o pai nos cuidados de higiene, sendo que antes de ela ter a reforma ela tinha uma senhora que ia lá a casa ajudar nos cuidados de higiene e vigilância, contudo agora a E auxilia o pai na prestação de cuidados de higiene, referindo “*ele toma banho todos os dias, é um vício que ele tem, normalmente quer tomar banho todos os dias a noite*”(…) “*eu ajudo-o ele ainda consegue lavar algumas partes do corpo, normalmente ele está sentado na cadeira de banho*” (…) *depois do banho ajudo-o a limpar e ele quer ficar a frente do lavatório para lavar os dentes antes de ir dormir*”. Atentando ao Autocuidado Vestuário, A senhor E diz “*normalmente ele depois do banho quer ir para o quarto por isso veste logo o pijama, ele sentado na cadeira de banho eu visto-lhe a camisola e coloco-lhe as calças e depois ele segurasse no lavatório e levantasse e aproveito e ponho a fralda para a noite*” (…) “*é assim que costumo fazer*”, quanto à forma como veste e calça o A ela refere “*o meu pai quer sempre vestir uma camisa e um polo isso é sagrado, desde que me lembro que ele se quer vestir assim, já as calças agora ele veste umas de fato de treino e uns sapatos fechados mas à uma ano atrás só queria calça vincada e sapatinho*”, contudo a E refere que o pai ajuda “*Dá braço, põe aqui a perna, levanta-te*”, ele vai percebendo e ajudando (...). Referente ao Autocuidado Uso do Sanitário, a E diz “*O meu pai costuma ir a casa de banho quando necessário, ele avisa-me que vai a casa de banho e só me pede ajudar quando é para o limpar mais nada*”, já durante a noite refere que o pai usa fralda só para incontinência ocasional, “*ele apercebesse quando acontece então toca na sineta (método usado para me acordar para o ajudar a levantar durante a noite) e vamos trocar a fralda*”. No Autocuidado Comer e Beber, a E menciona que normalmente é ela que confeciona as refeições diárias para ambos, “*O meu pai come de tudo, apesar de já não ter muitos dentes ele consegue comer tudo, normalmente de manhã ele bebe o seu leite migoado, depois almoça, lancha e a noite come uma sopa*” (…) “*ao almoço ainda bebe um copito de vinho, depois durante o dia costuma beber água e ele gosta muito de sumo de maçã, então normalmente bebe em poucas quantidades*”.

Quanto ao Autocuidado Sono-Repouso, diz “(…) *ele costuma ir para a cama cedo, deitasse com as galinhas, as 20h já quer ir para a cama, dorme até às 5h mas só se levanta as 7h*”. Já no exercício do papel no Autocuidado Atividade Recreativa “(…) *gosta muito de*

ver a televisão, os programas da manhã e da tarde (...) ele fica aqui no sofá sentado e fica sossegado até a hora de almoço(...)”. No Autocuidado Atividade Física, o A refere “*eu ainda saio a rua costume ir passear apos a hora de almoço, caminho um pouco na rua, as vezes digo a minha filha anda comigo e ela lá vem, antigamente era a senhora que ficava comigo que ia dar uma volta agora é a minha filha*”. No que diz respeito à Autovigilância a E menciona que está atenta ao pai e a evolução do estado de saúde dele, normalmente “*faço tudo o que a enfermeira diz, olhe aqui tenho as tensões todas anotadas para caso necessário*”, no que diz respeito a pele a cuidadora diz estar sempre atenta “*a minha mãe teve úlceras de pressão não quero que o meu pai tenha, eu sei o que ela sofreu*”(…) “*por isso todos os dias vejo se tem alguma coisa, uso hallibut quando está vermelho*” Por último, relativo à gestão do regime medicamentoso, a E sabe quais os medicamentos que o A toma e quais os horários a que ele tem que tomar, apesar de “*ui o meu pai ainda sabe muito bem quais os medicamentos, se falta algum ele avisa logo*”(…) “*mas sou eu que faço essa gestão*”. Após estes relatos, a E não relata nenhuma dificuldade ou necessidade de melhoria de cuidados, sendo constatado que o A é alvo de cuidados adequados as suas necessidades, foi então evidente que a E age conforme o seu conhecimento e habilidades demonstrados, promovendo e assegurando os autocuidados do pai. Inerente ao Papel de Prestador de Cuidados, foi também avaliado, junto da E, o Consenso, Conflito e Saturação do Papel. Começando por expor a avaliação do Consenso do Papel, à questão “como ficou definido quem prestava cuidados ao seu pai? A E diz “*por eu ser solteira sempre vivi em casa dos meus pais é a minha obrigação, primeiro cuidei da minha mãe, agora cuido do meu pai*”, (...) “*os meus irmãos têm a vida deles eu sempre assumi este papel e não me importo*” mostrando aceitação perante o facto de ser a cuidadora principal do seu pai” o facto da E valorizar o poder paternal, revela-se como uma crença facilitadora na transição para prestadora de cuidados. Quando questionada sobre as tarefas relacionadas aos cuidados ao A, atualmente a mesma diz “*ando muito cansada, os meus problemas de saúde não estão a ajudar nada*”(…) *está a ser muito complicado para mim, já falei com os meus irmãos, são muitos anos a cuidar de alguém, apesar do meu pai não dar assim tanto trabalho, mas acho que é um acumular, os meus irmãos percebem isso e se for necessário contratamos outra vez alguém para me ajudar*” evidenciando a capacidade de renegociação das tarefas com a família extensa (irmãos).

Posteriormente, quando abordadas as questões inerentes ao Conflito do Papel, a E refere que associa sentimentos positivos à prestação de cuidados ao pai “*eu gosto de cuidar*

do meu pai, é um gesto de gratidão para com eles” (...) “não imaginava a minha vida de outra forma”. Por fim, ao avaliar a Saturação do Papel, percebeu-se que a E sente “uma gratidão enorme por poder cuidar do seu pai” quando abordados os desconfortos físico, psicológico ou emocional que pudesse sentir, a E diz “deixa-me assustada se não puder cuidar do meu pai, a minha doença está progredir, e eu sinto-me cansada”(…) “tenho medo de não conseguir cuidar dele, eu prometi a minha mãe que cuidava dele até a morte” denotando-se saturação do papel de associada à prestação de cuidados e ao estado de saúde da E. Assim, considerou-se o **Papel de Prestador de Cuidados Não Adequado relacionado com Saturação do Papel SIM**, pretendendo-se que a prestadora de cuidados diminuísse a sensação de desconforto psicológico (medo de não conseguir cuidar do pai). As intervenções realizadas centraram-se em:

| <b>Intervenções MDAIF</b>   | <b>Estratégias</b>  | <b>Resultados</b>   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a comunicação expressiva das emoções;</li> <li>-Avaliar a saturação do papel;</li> <li>-Promover estratégias de coping para o papel;</li> <li>-Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);</li> <li>-Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);</li> <li>- Negociar a adoção de estratégias que permitam usufruir de atividades de lazer;</li> <li>-Incentivar atividades de lazer;</li> <li>-Requerer serviços de saúde;</li> <li>-Orientar para serviços sociais;</li> <li>-Requerer serviço social.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar para estatuto de cuidador informal e o seu usufruto;</li> <li>- Informar sobre a possibilidade de referenciação para a RNCCI e integrar a rede através da do descanso do cuidador;</li> <li>- Esclarecimento dos direitos e recursos disponíveis através de contacto com assistente social;</li> <li>-Incentivo à realização de atividades que proporcionem prazer nos momentos de maior ansiedade (cultivar momentos de relaxamento, conversar com amigos, realizar passeio matinal e durante a tarde, sair para ir às compras);</li> <li>-Incentivo ao reconhecimento que a prestação de cuidados constitui uma tarefa desgastante, pelo que tem o direito em se sentir cansada e pedir ajuda;</li> <li>-Elogio dos progressos realizados e apoio das decisões tomadas;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Houve uma capacitação da E para o pedido de estatuto de cuidador informal, até a data já foi aberto o processo e verificado os direitos e deveres, aguardamos resposta dos serviços sociais;</li> <li>- Houve renitência da E para a referenciação do pai para o descanso do cuidador informal, contudo a E foi informada</li> <li>- A E passou a calendarizar atividades de lazer pelo menos 2 vezes por semana, pedindo ajuda aos irmãos para ficar com o pai.</li> </ul> |

Tabela 6- Intervenções Papel Prestador de Cuidados à família 2

No que concerne ao estatuto de cuidador informal, foi questionada, a prestadora de cuidados, acerca do estatuto e se sabia quais os benefícios. Demonstrou algum desconhecimento e E, foi informada de todos os benefícios, direitos e deveres e medidas de apoio.

Foi pedida colaboração à equipa da UCC, que fez a articulação com o serviço social, de forma a ajudar esta família, após explicitação dos critérios necessários e fornecida toda a informação necessária. Como sabemos todos os processos demoram o seu tempo e até à data final deste estágio, o processo ainda não estava concluído.

A cuidadora E ainda não usufrui do estatuto de cuidador informal, contudo foram feitos os respetivos ensinamentos, havendo uma capacitação da mesma para a existência do estatuto e seus benefícios.

### **Processo familiar**

No que diz respeito ao Processo Familiar, percebeu-se que a família 2 conversa sobre os seus problemas e resolvem tudo aquilo que está mal. Para além disso, sentem-se ambos muito satisfeitos com a forma como têm gerido as situações de stress, relatando que quando estão nesse tipo de situações, *“fugimos uns dos outros e depois voltamos com a cabeça mais leve”* demonstrando capacidade de adoção de estratégias de coping. A Família 2 neste momento não identifica problemas familiares. No que se refere à Interação de Papéis Familiares, a Família 2 está satisfeita com o desempenhar de todos os papéis, independentemente de quem seja o cuidador principal,

Foi aplicada, à E., a escala de FACES II - Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar, tendo sido obtido os seguintes resultados: Coesão familiar: 7; Adaptabilidade:7; Tipo de família: 7. Assim, a Família 2 é uma família com coesão ligada, adaptabilidade muito flexível e tipo de família Equilibrada (anexo 5).

Aplicado o APGAR Familiar de Smilkstein a E apresenta um Apgar familiar de 10 o que atribui um grau de altamente funcional (Anexo). Havendo assim um **Processo Familiar Não Disfuncional manifestado por Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com Coping Familiar Eficaz e Interação de Papéis Não Conflitual e relação dinâmica não disfuncional.**

## **AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA 3**

### Avaliação estrutural

A Família 3 é constituída por um casal a vivenciar uma fase de envelhecimento e uma transição de doença, composta pela M de 89 anos e o F de 86 anos. De acordo com Duvall (1977), a família encontra-se na fase VIII do ciclo vital designada de “Família Idosa” ou “progenitores na 3 idade” (anexo 3), A M é casada com o F, o casal tem 3 filhos, a M tem o 4º ano de escolaridade e era empregada doméstica em casas particulares e o F era trabalhador agrícola e tem o 4º ano de escolaridade, neste momento o F é cuidador principal da M que lhe presta todos os cuidados necessários ao seu bem esta. A M encontra-se em dependência total com uma pontuação de 15, segundo a escala de barthel. A utente é totalmente dependente nas atividades de vida diária, faz levantar para a cadeira de rodas, contudo passa a maior parte do tempo na cama, por impossibilidade do marido fazer transferências para o cadeirão. A M é cega e tem antecedentes de colecistite, obesidade, psicose, hipertensão arterial, hipertiroidismo, insuficiência cardíaca e depressão, utente consciente e orientada por períodos e comunicativa. O F tem antecedentes de hiperplasia benigna da próstata e hipertensão arterial. A família tem apoio do cento de saúde que se desloca a casa quando necessário ou solicitado pelo F. De acordo com a escala de Graffar adaptada e considerando o elemento da família com maior nível de qualificação, considerou-se o F com uma pontuação de 17 que equivale a uma classe média. O genograma encontra-se abaixo representado e são resultados das respostas referentes a composição familiar, vínculos e funções (Figura6).

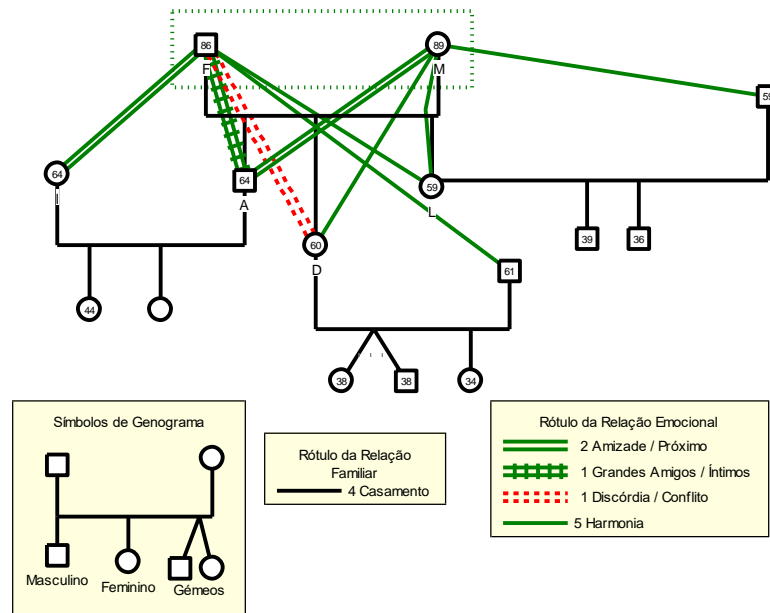


Figura 6- Genograma família 3

O tipo de família 3 é definida a partir da composição familiar e dos vínculos estabelecidos entre os seus membros, já no que diz respeito as relações que existem entre os membros da família 3, apenas se considerou as relações que existem entre a pessoa cuidada e o cuidador, isto é, foram caracterizados tipos de vínculo e o membro da família definiu o que mais se ajustava a ambos os membros, designadamente: normal, amizade/próximo, grandes amigos/íntimos que vai para além da amizade/próximo, isto é, a par das características do anterior, também existe um sentimento evidente de carinho e necessidade de proximidade regular entre os membros.

Relativamente ao contacto com a família extensa, ou seja, com os filhos, o mesmo é ocasional tendo este uma boa relação com um dos filhos (filho mais velho) e com os restantes dois filhos apenas uma relação de harmonia e uma discórdia/conflito. Segundo o F “*o meu filho mais velho que vive aqui ao lado vem aqui a casa quase todos os dias, só que infelizmente não me pode ajudar*”, já a M refere “*os meus mais novos não estão cá logo não conseguem vir*” contudo o F discorda e refere “*filho que é filho não abandona os pais, fizemos tanto por eles e agora nem uma visita fazem*” (...) “*a minha esposa não sabe ao certo o que se passa*”, mas “*o meu filho mais velho ajuda no que pode, vai as compras e até consegui que uma vizinha viesse cá para me ajudar pelo menos a levanta-la e a dar-lhe banho*”.

No que se refere aos sistemas mais amplos o F e a M têm um vínculo forte com o hospital e com USF especialmente com a equipa de saúde familiar que os visita no domicílio quando necessário, o F mantém um vínculo forte com o vizinha, visto que esta o ajuda nos cuidados

com a M, no que diz respeito a igreja/ religião o F e a M tem um vínculo forte, ouvem o terço todos os dias “ *ouvimos o terço na radio e vemos as missas da canção nova*”

A família 3 pertence à classe social média e posiciona-se, nas subescalas; profissão, instrução e origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência no grau 2 da escala de notação social da família (Graffar Adaptado). O F tem o 4º ano de escolaridade e a M também o 4º ano. Apresentam uma habitação de grau 3 no que diz respeito ao tipo de habitação (Anexo 6). Ao que se refere às áreas de atenção avaliadas na família 3 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, foram avaliadas as seguintes dimensões (tabela 7).

| Estrutural   | Desenvolvimento   | Funcional  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendimento familiar</li> <li>• Edifício residencial</li> <li>• Precaução de segurança</li> <li>• Abastecimento de água</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfação conjugal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel prestador de cuidados</li> <li>• Processo Familiar</li> </ul> |

Tabela 7- Dimensões MDAIF

No que concerne a área de atenção rendimento familiar, os membros desta família tinham conhecimento sobre gestão do rendimento familiar de acordo com as despesas familiares, a família 3 apresenta-se no nível 3- classe média da escala de Graffar adaptado, a família consegue gerir o dinheiro de forma correta, para isso foram feitas questões a família de forma a fazer uma avaliação mais precisa da gestão do rendimento, questionada a família sobre como fazem face as despesas mensais? A família neste caso o F diz “*todas as despesas mensais são suportadas pelas nossas reformas, conseguimos até agora pagar todas as despesas, comprar a medicação e pôr comida na mesa. Mas também não dá para muito mais.*” O F acrescenta “*Quando precisamos assim para alguma coisa fora das despesas, temos que ir as poupanças*”, após avaliar o conhecimento e a capacidade da família para gerir o rendimento, temos um **Rendimento familiar não insuficiente**.

Na área de atenção Edifício residencial e avaliando a habitação da família, esta foi considerada espaçosa e confortável está num nível 3 na escala de Graffar, por ser uma moradia com 3 quartos, uma cozinha com todos os eletrodomésticos necessários, 2 casas de banho

completas, sala de estar e sala de jantar, possui ainda garagem e um espaço exterior, a moradia não contém aquecimento central este é feito através de aquecedores a óleo, o abastecimento de gás é por botija que se encontra fora da residência e em local arejado e ventilado, no que concerne as barreiras arquitetônicas a residência contém escadas e o quarto onde a M se encontra é pequeno, para isso irei fazer uma pesquisa mais aprofundada nas precauções de segurança da residência. Efetuadas as várias visitas domiciliares a casa está evidentemente higienizada e limpa, tendo o F um cuidado com a residência e noção da importância do governo e da higiene da habitação, contudo a residência é segura. Assim conclui-se que a família 3 vive num **Edifício residencial seguro e não negligenciado.**

Na área de atenção Prevenção de segurança, sendo os critérios de diagnóstico a existência de barreiras arquitetônicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás (Figueiredo, 2012). A casa não tem aquecimento. Tem gás de botija, que usa para preparar refeições o aquecimento é feito a óleo. O transporte da botija é assegurado pela empresa onde é adquirida a botija de gás e o empregado sempre que troca verifica as borrachas e vedações, diariamente R.T. assegura que desliga após confeccionar as refeições, já no inverno o F tem em atenção se desliga ou não os aquecedores a óleo. Na avaliação das barreiras arquitetônicas foi aplicada a lista de verificação ambiental do risco de queda no domicílio de Costa Isabel (2013), tendo se verificado que o acesso a casa é através de umas pequenas escadas, incluído o acesso ao quarto onde está a M está, quando do levantar da M o F tem de se deslocar pela casa e de subir uma pequena escada dentro da residência. A casa de banho foi adaptada tendo um polibã para a entrada da cadeira de banho. A casa tem tapetes e o pavimento não é antiderrapante (Anexo 6) tendo assim um Diagnóstico: **Prevenção de segurança não demonstrada** relacionada com Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas Não Demonstrado e comportamento de adesão não demonstrado. Com o objetivo de melhorar o conhecimento da família sobre as estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas. Explicou-se riscos e implicações de subir escadas e da colocação de tapetes no pavimento, também foi sugerido ao F que mudasse a M de quarto de forma a ter maior espaço, no que diz respeito ao levantar foi sugerido ao F que em vez de levar a M para a cozinha a poderia levantar para um cadeirão para assim ser mais fácil e evitarmos o risco de queda. Na avaliação após a aplicação das intervenções, o F conseguiu falar com o filho para tentarem mudar a M para um quarto maior, foi colocada uma televisão no quarto para a L ouvir

o som e um cadeirão para assim se efetuar o levante sem risco para ambos. Foram retirados os tapetes e feita uma rampa pela zona lateral da casa, para sempre que necessário o acesso ser mais facilitado, verificando-se assim na última consulta que melhoraram conhecimento sobre medidas de precaução de segurança, e alteraram alguns comportamentos, como a remoção de tapetes. **Diagnóstico Precaução de segurança demonstrada por conhecimento demonstrado e comportamento de adesão demonstrado.**

Na área de atenção abastecimento de água, O edifício residencial possui abastecimento de água por rede pública, assim como o tratamento de resíduos, tendo conhecimento demonstrado sobre o controlo e qualidade da água tendo um diagnóstico de **Abastecimento de água adequado**

#### Dimensão de desenvolvimento

##### **Satisfação conjugal.**

Relação dinâmica, sendo critério de diagnóstico a não satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas e/ou não satisfação do casal com o tempo que estão juntos e/ou não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos (Figueiredo, 2012). O F refere que tem de fazer tudo sozinho pois a esposa não consegue executar nenhuma tarefa que o possa ajudar, já no que diz respeito ao tempo que passam juntos o F refere que não gosta de estar sempre no quarto com ela, por isso sai para se distrair, já a M num momento colaborante refere “*ele não pode estar sempre aqui*”. Assim sendo existe uma perceção de ambos que não passam tempo juntos devido ao estado de saúde da M.

Comunicação, sendo os critérios de diagnóstico, não satisfação com o padrão de comunicação do casal ou não conversa sobre as expectativas e receios de cada um e não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião, ou todos os critérios (Figueiredo, 2012). Conversam poucas vezes sobre a vida e as expectativas e receios de cada um, tendo dificuldades aparentes em chegar a acordo quando cada um discorda da opinião do outro. Ambos estão insatisfeitos com o padrão de comunicação do casal

Interação sexual, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação do casal com o padrão de sexualidade ou não satisfação do casal com o padrão de sexualidade e não conhecimento sobre sexualidade (Figueiredo, 2012). Demonstram conhecimento, mas não interagem sexualmente devido a saúde da M.

Função sexual, sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, presença de disfunções sexuais ou presença de disfunções sexuais e o não conhecimento sobre estratégias

não farmacológicas de resolução das disfunções (Figueiredo, 2012). O F refere não ter qualquer tipo de problema a nível sexual.

**Diagnóstico Satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional, comunicação não eficaz, interação sexual não adequada e função sexual não comprometida.**

| Intervenções MDAIF  | Estratégias   | Resultados  |
|---|---|---|
| Promover a comunicação expressiva das emoções;<br>Promover a comunicação do casal;<br>Planear rituais familiares;<br>Motivar para atividades em conjunto. | Criar estratégias para terem uma comunicação mais eficaz, tentando ouvir e só depois falar;<br>Incentivar para que apesar dos períodos de desorientação da M, o F comunicar tudo o que vai fazer e o que sente;<br>Incentivar o casal a adaptar o estado de Saúde da M as necessidades do casal, através de rezar o terço os dois juntos, ou o F ler um livro entre outros; | Apesar da limitação da M, o casal na 2 consulta ao domicílio já evidenciava que tinham começado a rezar os 2 juntos e que o F, agora vinha todas as noites ler um livro para ao pé da M, contudo referem que ainda tem alguma dificuldade em comunicar. |

*Tabela 8- Intervenções Satisfação Conjugal à família 3*

Na terceira consulta, passados dois meses, verificou-se que existiam algumas mudanças, contudo reforçou-se que ainda haveria alguns ajustes a fazer, mas que a mudança foi positiva por isso mantemos ainda. **Satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica não funcional, interação sexual não adequada e função sexual não comprometida.**

### Dimensão funcional

Nesta área de atenção foi aplicado o índice de Barthel já referenciado na avaliação estrutural o nível de dependência da M é de um score de 15 que nos indica dependência total, foi aplicada também a escala de Braden (anexo 6) que nos revelou o risco de desenvolver úlcera por pressão, dando um valor de 13, levando assim a um elevado risco de desenvolver uma UP

Para avaliação da sobrecarga do cuidador, foi aplicada ao F a escala de Zarit (anexo 6), tendo sido obtido um score de 75- sobrecarga intensa.

### **Papel prestador de cuidados.**

Tal como evidenciado no início da descrição do processo de cuidados à família 3, O F assume o papel de prestador de cuidados da esposa a M, sendo que esta apresenta dependência total para o autocuidado. Assim, no que diz respeito à Dimensão Funcional e no que se refere ao Papel do Prestador de Cuidados, foram avaliadas todas as áreas de conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados face ao exercício do seu papel, através de questões lineares. Perante todos os autocuidados, foi avaliado se o F costuma realizar o autocuidado e assim avaliadas as especificidades referentes ao conhecimento e aprendizagens de habilidade do papel, para além disso foi avaliada a necessidade de o F melhorar alguma técnica relacionada ao cuidado da M.

No que concerne a cuidado referente a higiene a M refere “*dou-lhe banho no chuveiro 1 vez por semana, contudo todos os dias lhe faço a higiene, ela precisa de mim para se lavar, quando toma banho vem uma Ajudar-me que eu não consigo sozinho, costumamos coloca-la na cadeira de banho, e levamo-la para a casa de banho e damos-lhe banho, vestimo-la e panteamos o cabelo, normalmente colocamos-lhe nêvea, ela ainda tenta ajudar mas não consegue*”, no que se refere ao autocuidado do vestuário “*depois de lhe prestar os cuidados de higiene, deixo-a vestida, normalmente ela fica sempre com pijama ou camisa de dormir para ser mais fácil para mim*”(…) “*as vezes bem lhe quero vestir umas calças e uma camisola, mas sozinho é difícil*”. Referente ao autocuidado uso do sanitário a M não usa a casa de banho, habitualmente as micções e dejeções são feitas na fralda ao qual o F tem que mudar ao longo do dia, “*quando ela usava a casa de banho era mais fácil, agora que tenho que lhe mudar a fralda não é fácil, a mudança da fralda as vezes é um desafio, mas não gosto que ela esteja com a fralda suja*” (...) “*normalmente quando a mudo tento fazer o meu melhor, limpa-la como deve de ser e seca-la bem*”. No autocuidado de comer e beber o F é quem confeciona todas as refeições e é ele que ajuda a esposa a comer, “*ela não come sozinha, quer dizer ela as vezes tenta, mas não consegue*”. já no que diz respeito a hidratação o F referencia que a M gosta muito de água, “*ao lado da cama tem sempre uma garrafa e uma palha e ela vai pedindo para beber*”, neste respeito a M gosta de água e o F vai-lhe dando água ao longo do dia. Quanto ao Autocuidado Sono-Repouso, diz “*(...) normalmente a minha esposa adormece antes de mim, depois de jantar eu deito-a na cama e ela dorme logo*”, contudo o F refere que a M passa algumas noites a chamar por ele, visto que ele dorme noutra quarto. Explorando o exercício do papel no Autocuidado Atividade Recreativa e atividade física a M devido ao grau de dependência não executa qualquer tipo de atividade física,

contudo o F refere “*eu gosto de ver a televisão para passar o tempo, o futebol é o que gosto mais de ver e durante o dia vou lendo alguns livros para passar o tempo*”. No que diz respeito à Autovigilância, o F menciona que está atenta à evolução clínica da esposa “*(...) como ela é hipertensa, normalmente todos os dias vejo-lhe a tensão (...)*”, questionada relativamente a pele, refere que todos os dias depois da higiene coloca creme na pele da esposa, e tem noção que tem de ter cuidado para ela não ganhar úlceras por pressão ou macerações, contudo o F enaltece o apoio da equipa de saúde familiar no que diz respeito a vigilância da esposa. Por último, relativo à gestão do regime terapêutico o F demonstra conhecimento e capacidade nesta área, sendo capaz de referir o nome de todos os fármacos prescritos a M, bem como a sua indicação terapêutica e os horários definidos para toma.

O F relata não ter dificuldades nas tarefas relativas aos autocuidados mencionando, várias vezes, que já são alguns anos como cuidador da sua esposa e que já está habituado, referente a todos os autocuidados foi evidente que o F age em conformidade com o conhecimento e habilidades demonstradas, promovendo e assegurando os autocuidados de forma eficiente e consciente.

Inerente ao Papel de Prestador de Cuidados, foi também avaliado, junto do F, o Consenso, Conflito e Saturação do Papel. Começando pela avaliação do Consenso do Papel, foi questionado o F “Quando a sua esposa começou a necessitar de cuidados quem decidiu que seria o Aprestar os cuidados? O F diz “*oh Enfermeira a minha obrigação como marido é cuidar da minha mulher, prometi na igreja na saúde e na doença, na alegria e na tristeza por isso*” (...) “*enquanto eu puder vou cuidar da minha esposa, quando não conseguirmos os 2 para um lar, até lá*”. sendo que o facto de o F valorizar a união do casamento como um ato de amor e união, revela-se como uma crença facilitadora na transição para prestador de cuidados.

Quando questionada sobre a existência de negociação de tarefas face à necessidade de cuidados da M, atualmente, o F diz “*(...) ando um pouco cansado não é fácil para mim, já estou velho e cansado*” (...) “*O meu filho mais velho arranjou-me aquela senhora para me ajudar a levantá-la e a dar-lhe banho, já é uma grande ajuda*”, evidenciando a capacidade de renegociação das tarefas com a família extensa (filho).

Questionei o F relativamente a probabilidade de mudança do grau de dependência e/ou a incapacidade dele em cuidar da M, contudo o F refere apenas ter receio de não conseguir cuidar dela, contudo mantém-se tranquilo e conta “*vamos andando o dia a dia mas o que for necessário farei o melhor para cuidar da minha esposa*”. Relativamente ao conflito do papel, percebe-se que o F não tem qualquer sentimento negativo no que diz respeito aos cuidados à M. Por fim para avaliar a saturação do papel foi usada a escala de zarit (anexo 6) que nos da

percepção do cuidador relativamente a sobrecarga deste perante os cuidados, no caso do F tem uma sobrecarga intensa.

Assim, considerou-se o Papel de Prestador de Cuidados Não Adequado relacionado com Saturação do Papel SIM, pretendendo-se que a prestadora de cuidados diminuísse a sensação de desconforto psicológico (medo, ansiedade) e físico. As intervenções realizadas a família 3 centraram-se na seguinte tabela:

| <b>Intervenções MDAIF</b>  | <b>Estratégias</b>  | <b>Resultados</b>   |
|--|---|---|
| -Promover a comunicação expressiva das emoções;<br>-Avaliar a saturação do papel;<br>-Promover estratégias de coping para o papel;<br>- Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);<br>-Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);<br>- Negociar a adoção de estratégias que permitam usufruir de atividades de lazer;<br>-Incentivar atividades de lazer;<br>-Requerer serviços de saúde;<br>Orientar para serviços sociais;<br>Requerer serviço social. | - Capacitar para estatuto de cuidador informal e o seu usufruto;<br>- Informar sobre a possibilidade de referência para a RNCCI e integrar a rede através da do descanso do cuidador;<br>- Esclarecimento dos direitos e recursos disponíveis através de contacto com assistente social;<br>-Incentivo à realização de atividades que proporcionem prazer nos momentos de maior ansiedade (cultivar momentos de relaxamento, conversar com amigos, realizar passeio matinal e durante a tarde, sair para ir às compras);<br>-Incentivo ao reconhecimento que a prestação de cuidados constitui uma tarefa desgastante, pelo que tem o direito em se sentir cansada e pedir ajuda;<br>-Elogio dos progressos realizados e apoio das decisões tomadas;<br>- Pedido de colaboração do centro de dia. | - Houve renitência da senhora F para o pedido de estatuto de cuidador informal e principalmente para o descanso do cuidador;<br>- O F aceitou pedir a colaboração do centro de dia para ajuda na alimentação e higiene. |

*Tabela 9- Intervenções Papel Prestador de Cuidados à família 3*

No que concerne ao estatuto de cuidador informal, foi questionado o prestador de cuidados relativamente ao estatuto de cuidador informal, ao qual o F refere sentir-se renitente,

foram explicadas as vantagens e benefícios do usufruto do estatuto ao qual o F não se sente preparado para o pedido e diz que por enquanto não quer fazer o pedido, mas que caso necessário já está informado acerca do assunto. Contudo todas as intervenções aplicadas obtiveram ganhos em saúde na família.

### **Processo familiar**

No que diz respeito ao Processo Familiar, percebeu-se que a família 3 não comunica e na perspectiva do F este apenas fala e tem uma relação com o filho mais velho, já com o filho mais novo existe um conflito, contudo este não o considera família, aquando questionado relativamente as situações de stress e a resolução de problemas demonstrando capacidade de resolução. Foram então avaliadas as diversas subcategorias do processo familiar

### **Comunicação Familiar**

De acordo com o referido já pelo F não existe comunicação com o filho mais novo e que esta não expressa os seus sentimentos acerca da dificuldade e do cansaço que sente, referindo que quando o faz até acontece mais com a vizinha que o ajuda do que com os seus filhos/familiares. Considera-se **comunicação não eficaz**, porque não há uma efetiva comunicação emocional, verbal e circular que seja percecionada pelo F.

### **Coping Familiar**

Perante uma família com um elemento dependente é relevante avaliar como a família atua quando se depara com problemas, para esta avaliação foram tidos em conta os seguintes itens contantes no MDAIF:

Quem na família identifica, normalmente, os problemas;

Quem toma iniciativa para os resolver;

Se existe discussão acerca dos problemas nas famílias;

Os elementos da família se sentem satisfeitos como se discutem os problemas;

A família utiliza recursos externos para solucionar os problemas;

Experiências anteriores positavam na resolução de problemas.

Relativamente ao F e a sua esposa a M estes não têm sido capazes de mobilizar estratégias e recursos que possibilitem o funcionamento familiar, tendo dificuldade na resposta a fatores de stress: não conversam sobre os problemas apesar de os identificarem. Ao nível dos recursos externos o F como já referiu anteriormente as vezes recorre a vizinha que o ajuda para desabafar, contudo também conta com a equipa da USF que lhe dá todo o apoio necessário e em quem vê uma fonte de ajuda. Considera-se assim um **coping familiar não eficaz**

### **Interação de papéis familiares**

Os papéis na família encontram-se bem definidos sendo o F que assume todos os papéis tais como provedor, gestão financeira e cuidado doméstico contudo não assume o papel recreativo já que se encontra centrado no cuidado à sua esposa, considera-se assim **interação dos papéis eficaz e não conflitual**.

### **Relação dinâmica**

Foram aplicadas as diversas escalas para avaliação da relação dinâmica sendo a a escala de FACES II - Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar, tendo sido obtido os seguintes resultados: Coesão familiar:2; Adaptabilidade:2; Tipo de família: 2. Assim, a Família 3 é uma família com coesão desmembrada, adaptabilidade rígida e tipo de família extrema (Anexo 6). Aplicado também o APGAR Familiar de Smilkstein a família 3 mais especificamente o F. Apresenta um Apgar familiar de 3 o que atribui um grau de disfunção acentuada (Anexo 6). considerando-se assim relação dinâmica disfuncional. Obtemos então um **Processo Familiar Disfuncional manifestado por Processo Familiar Disfuncional relacionado com comunicação não eficaz, Coping Familiar não Eficaz e Interação de Papéis Não Conflitual e relação dinâmica disfuncional**.

| <b>Intervenções<br/>MDAIF</b>                                  | <b>Estratégias</b>   | <b>Resultados</b>   |
|--|--|---|
| -Promover a comunicação expressiva das emoções;<br>-Promover o | -Reconhecer com a família as principais forças e objetivos de mudança;<br>-Promover o envolvimento da família, elaborando um plano | Devido ao conflito familiar com o filho mais novo não houve grandes resultados das intervenções, contudo conseguiu-se com o filho mais velho um ajusto das logísticas familiares, tendo este definido jantar todos os domingos com os pais; |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>envolvimento da família;</p> <p>-Otimizar a comunicação na família;</p> <p>-Planejar Rituais na Família;</p> <p>- Otimizar padrão de assertividade.</p> | <p>que incentive a prática de rituais e momentos de convívio com regularidade facilitando a partilha de emoções;</p> <p>-Promover uma maior participação dos filhos no apoio ao cuidado a mãe;</p> <p>-Ensinar sobre emoções e formas de expressão das emoções;</p> <p>- Incentivar os filhos a trazerem os netos a visitar os avos;</p> | <p>No que diz respeito ao F o filho mais velho definiu que pelo menos 2 vezes por mês iria passear com o pai de forma a ele aliviar a cabeça e como forma de este exprimir aquilo que sente;</p> <p>O F mostrou-se capaz de se abrir (comunicar) possibilitando o exercício da resiliência;</p> <p>Contudo com o tempo limitado não houve a aplicação de todas as intervenções, contudo houve mudanças significativas e evidentes</p> |
| <p>-Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família;</p> <p>Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família.</p>                                   | <p>-Promover a resolução de problemas em casal e filhos, encorajando-os a identificar os desafios que enfrentam e desenvolver soluções juntos.</p>   | <p>O tempo de estudo da família foi reduzido para verificar mudanças, devido aos conflitos familiares existentes, contudo percebi que o F estava disposto a tentar com os filhos arranjar soluções para melhorar o bem-estar psicológico do casal ou seja, tentou redefinir os acontecimentos stressantes de modo a transmiti-los</p>   |
| <p>Otimizar padrão de ligação;</p> <p>Promover o envolvimento da família;</p> <p>Otimizar a comunicação na família</p>                                     | <p>Promover visitas regulares dos filhos ao F e a senhor M;</p> <p>Planejar rituais familiares, como almoços ou jantares;</p> <p>Incentivar o filho e a nora a ajudarem o F na prestação de cuidados a M.</p>  | <p>Em consonância com a comunicação familiar houve alteração na comunicação entre o filho mais velho e o pai, havendo a necessidade de planeamento de atividades;</p> <p>No final da avaliação conseguimos que a nora pelo menos 1 vez por semana assegura-se os cuidados a senhora de forma ao F descansar.</p>  |

*Tabela 10- Intervenções Processo Familiar à família 3*

No que concerne a comunicação e aos padrões familiares da família 3 houve mudanças relativas na família, contudo devido aos conflitos com o filho mais novo, não se conseguiu abranger as intervenções e as estratégias a toda a família, mantendo-se **Processo Familiar Disfuncional manifestado por Processo Familiar Disfuncional relacionado com comunicação não eficaz, Coping Familiar não Eficaz e Interação de Papéis Não Conflitual e relação dinâmica disfuncional.**

## **AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA 4**

### Avaliação estrutural

A família 4 é constituída por um casal a vivenciar a fase de envelhecimento e uma transição de saúde-doença. A família é constituída pelo A de 85 anos e a G de 80 anos sua esposa. De acordo com Duvall (1977), a família encontra-se na fase VIII do ciclo vital designada de “Família Idosa “ou progenitores na 3ª idade (anexo 3). O A é um utente dependente e tem como prestadora de cuidados a sua esposa a G. O A encontrasse em grau de dependência total com uma pontuação de 5, segundo a escala de Barthel, utente dependente total, necessita de ajuda total em todas as AVD’S, tais como, mobilização e higiene, no que diz respeito a eliminação o A está algaliado e evacua para a fralda, já na alimentação o A encontra-se com sonda nasogástrica, sendo estes cuidados prestados pela sua esposa que o alimenta e manuseia a sonda. O que diz respeito à orientação e discurso, o utente está consciente com períodos de desorientação e colaborante. Tem como antecedentes pessoais Acidente Vascular Cerebral com hemiparesia a esquerda, hipertensão arterial, hipospadia, demência e incontinência urinária. A cuidadora, a G era trabalhadora agrícola, contudo neste momento apenas presta cuidados ao seu marido e cuida da casa tem algumas patologias tais como hipertensão arterial, osteoporose.

A família tem apoio do centro de saúde que se desloca a casa sempre que necessário ou solicitado pela família, neste momento a equipa de enfermagem desloca-se pelo menos de 3 em 3 meses para mudança da sonda nasogástrica e da sonda vesical. De acordo com a escala de Graffar adaptada e considerando o elemento da família com maior nível de qualificação, considerou-se a G com uma pontuação de 20 que equivale a uma classe média baixa. O genograma encontra-se abaixo representado e são resultados das respostas referentes a composição familiar (Figura 7).

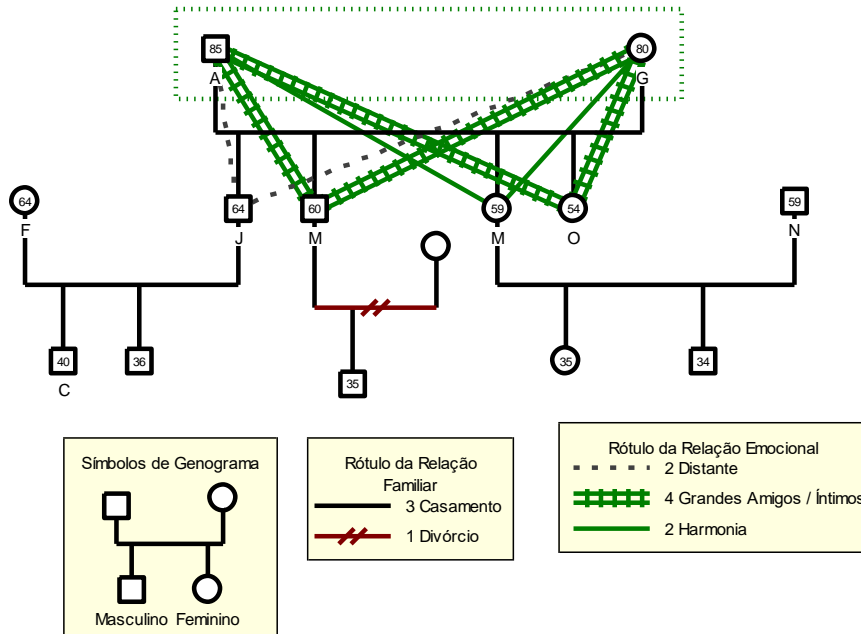


Figura 7- Genograma família 4

O tipo de família 4 e das famílias é definido a partir da composição familiar e dos vínculos estabelecidos entre os seus membros, já no que diz respeito as relações que existem entre os membros da família 4, apenas se considerou as relações que existem entre a pessoa cuidada e a cuidadora, isto é, foram caracterizados tipos de vínculo e o membro da família definiu o que mais se ajustava a ambos os membros, nesta família e considerando que os filhos já são crescidos e o casal vive sozinho considerando-se uma família nuclear, a G e o A são casados a 50 anos e tiveram quatro filhos, tendo estes já constituído família.

Relativamente ao contacto com a família extensa, ou seja, com os filhos o mesmo é regular com quase todos os membros. Segundo a G, a filha mais nova é aquela que ajuda mais frequentemente os pais, “*ela trabalha numa farmácia e tudo aquilo que eu preciso eu falo com ela*”, (...) “*todos os produtos que uso para cuidar do meu marido e ela que arranja*”, já no que diz respeito aos restantes filhos estes também são presentes no cuidado ao pai, contudo não estão disponíveis como a filha mais nova “*o meu filho mais velho é o único que não está tao presente e com quem temos uma relação mais distante, ele está em França, só vem no verão e liga de vez em quando*”. Questionada relativamente aos netos a G refere que eles vêm ver o avô com pouca frequência, “*normalmente vem no Natal ver-nos e em ocasiões especiais*”. O apoio dos filhos é essencial e necessário aquando do cuidado de um utente dependente.

No que se refere aos sistemas mais amplos o A e a G tem um vínculo forte com o hospital, quando foi necessária a utilização por parte do A com a USF a família tem um vínculo

forte, especialmente com a equipa de saúde familiar que as visita no domicílio quando o A necessita de apoio e de cuidado, A G mantém um vínculo forte com as vizinhas com quem conversa durante o dia, com a igreja/ religião ambos tem um vínculo forte, ao domingo e durante a semana a G coloca o terço e a missa na rádio para ambos ouvirem.

A família 4 pertence à classe social média baixa e posiciona-se, nas subescalas; profissão, instrução e origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência no grau 4 da escala de notação social da família (Graffar Adaptado). A G tem o 4º ano de escolaridade e a Ao 4º ano ambos eram trabalhadores agrícolas e agora são reformados. Apresentam uma habitação de grau 4 no que diz respeito ao tipo de habitação (anexo 7) Ao que se refere às áreas de atenção avaliadas na família 4 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, foram avaliadas as seguintes dimensões (tabela 22).

| Estrutural   | Desenvolvimento   | Funcional  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendimento familiar</li> <li>• Edifício residencial</li> <li>• Precaução de segurança</li> <li>• Abastecimento de água</li> <li>• Animal doméstico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfação conjugal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel prestador de cuidados</li> <li>• Processo Familiar</li> </ul> |

Tabela 11- Dimensões do MDAIF

No que concerne a área de atenção rendimento familiar, os membros desta família tinham conhecimento sobre gestão do rendimento familiar de acordo com as despesas familiares, a família 4 apresenta-se no nível 4- classe média baixa da escala de graffar adaptado, a família conseguia gerir o dinheiro de forma correta, para isso foram feitas questões a família de forma a fazer uma avaliação mais precisa da gestão do rendimento, questionada a família sobre como fazem face as despesas mensais? A família diz “*as despesas, oh menina enfermeira cada dia está tudo mais caro, as reformas são baixas, mas la vou conseguindo pagar tudo*”(…) “*A medicação a minha filha pediu la um subsídio que não sei como se chama e que é uma grande ajuda*”, a G refere que neste momento todas as despesas estão asseguradas e que consegue comer e beber, já questionada se acontecer algum imprevisto a G diz que prefere viver o dia-a-dia e que se acontecer alguma coisa la saberão o que fazer , após avaliar o conhecimento e a capacidade da família para gerir o rendimento, temos um **Rendimento familiar não insuficiente**.

Na área de atenção Edifício residencial e avaliando a habitação da família, esta foi considerada com áreas razoáveis e confortável está num nível 4 na escala de graffar, por ser uma moradia pequena com 2 quartos, uma cozinha com os eletrodomésticos necessários e básicos, 1 casas de banho completa, sala de estar, possui arrumações antigas e pouco espaço exterior, o aquecimento é através de aquecedores e o gás e por botija, estando esta fora da residência e em local apropriado. Efetuadas as várias visitas domiciliárias a casa está evidentemente higienizada e limpa, contudo existem algumas questões arquitetónicas estando estas identificadas nas precauções de segurança, tendo assim nesta área a G a plena noção da importância do governo e higiene da habitação. Assim conclui-se que a família 4 vive num **Edifício residencial seguro e não negligenciado.**

Na área de atenção Precaução de segurança, sendo os critérios de diagnóstico a existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás (Figueiredo, 2012). A casa não tem aquecimento. Tem gás de botija, que usa para preparar refeições. O aquecimento é feito através de aquecedores a óleo e Termo ventiladores, contudo existe uma lareira na residência que a Gusa para se aquecer, contudo, para o A ela usa aquecedores, no inverno. A G tem em atenção desligar os ventiladores e aquecedores a óleo, contudo esquece-se de ventilar o local.

Aquando de uma visita domiciliar existia muito fumo na área da cozinha, havendo necessidade de intervir. Para a avaliação das barreiras arquitetónicas foi aplicada a lista de verificação ambiental do risco de queda no domicílio de Costa Isabel (2013), tendo se verificado que o acesso a casa é através de escadas, o quarto onde o A se encontra tem pouco espaço envolvente e é difícil a mobilização entre os lados da cama, a casa de banho não é adaptada e ainda se encontra com banheira. A casa tem tapetes e o pavimento não é antiderrapante (Anexo 7), tendo um Diagnóstico: **Precaução de segurança não demonstrada** relacionada com Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas Não Demonstrado. Com o objetivo de melhorar o conhecimento da família sobre as estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas referentes ao edifício residencial foram realizadas algumas intervenções necessárias para ajudar a família, sendo assim foi marcada uma reunião com a filha do A com o intuito de lhe explicar quais as ações necessárias para melhor o bem-estar e a segurança de ambos, contudo foi feita também uma sensibilização no domicílio a G. Assim sendo foi explicado a filha que havia necessidade de eliminar os tapetes/carpetes que se

encontram nas divisões da casa ou, em alternativa, adquirir uma rede/fita antiderrapante para colocar por baixo dos tapetes/carpetes para estes não se enrolarem ou moverem, foi explicado a filha que havia a necessidade de arranjar uma solução para o quarto do pai, visto que havia muitas coisas no quarto e o espaço era reduzido, foi então sugerido que se removessem alguns móveis do local e se tentasse deixar o mínimo necessário de modo a haver maior mobilidade no quarto, deixando apenas a cama a mesa de cabeceira e uma mesa de apoio ou arranjar uma solução mais viável para o quarto, também foi falada a questão da casa de banho tendo em vista as necessidades da mãe e a degradação do seu estado de saúde a longo prazo, foi sugerido a filha a instalação de um polibã e colocação de barras de apoio, foi falado relativamente aos cabos elétricos espalhados no chão em zona de passagem devem ser colocados atrás dos móveis, reorganizados junto à tomada ou adquiridas coberturas para os cabos que mantêm os mesmos afastados do chão e unidos, por fim mas não menos importante a necessidade de uma solução para o fumo na residência proveniente da lareira, foi sugerido a implementação de um recuperador de calor e a colocação de radiadores para aquecer a habitação, para assim acabar com os aquecedores e aquecer toda a casa com a lenha.

Na nova ida ao domicílio, constatou-se que a Família tinha adotado as seguintes estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas sugeridas: eliminaram os tapetes na totalidade deixando apenas um no local do lavatório da cozinha (onde colocaram antiderrapante), no que diz respeito ao quarto a família tentou retirar algumas coisas, contudo ainda havia necessidade de um ajuste, já no que diz respeito a casa de banho a G estava renitente visto que gosta da banheira e não acha necessário essas mudanças, o mesmo acontece com o recuperador de calor, sendo que a G diz não necessitar, “ *gosto de ver o lume a arder*”, já com os cabos a família conseguiu retirar os cabos que havia no meio do quarto e coloca-los de forma correta. A família revelou ter conhecimento e menciona as vantagens das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas, mas, tal como pude constatar a G não adere a todas pelo que persiste o diagnóstico **Precaução de Segurança Não Demonstrada relacionada com Comportamentos de Adesão Não Demonstrados**, havendo necessidade de continuar a insistir nas intervenções de forma a sensibilizar a família.

Na área de atenção abastecimento de água, o edifício residencial possui abastecimento de água por rede pública, assim como o tratamento de resíduos, tendo conhecimento demonstrado sobre o controlo e qualidade da água tendo um diagnóstico de **Abastecimento de água adequado**

Ao nível da Avaliação estrutural esta constitui-se uma força e recurso da família 4, edifício residencial seguro e não negligenciado, com uma precaução de segurança não demonstrada por ausência de barreiras arquitetônicas (existência de tapetes, muito mobiliário, escadas) abastecimento de água adequado.

### Dimensão do desenvolvimento

#### **Satisfação Conjugal**

Este item de avaliação centra-se nos processos de conjugalidade relativos à manutenção de uma relação satisfatória. Tendo em conta o referido anteriormente, estes sofrem alterações ao longo da vida do casal, relacionadas com a forma de ajuste às transições a que são submetidos (Figueiredo, 2012). No que se refere a família 4, a G, esta refere que “*o meu marido sempre foi um bom homem, sempre nos ajudamos um ao outro, ele percebia-me muito bem agora apesar de ele não falar eu sei que ele me houve e é com ele com quem desabafo sempre, sento-me ao lado dele a contar tudo o que se passa e sabe Enfermeira ele sabe e aperta-me a mão para me apoiar*”, (...) “*nos já vivemos muito e bem agora eu tenho de cuidar dele e fazer o meu melhor para que ele esteja bem*”, revelando assim um bem-estar emocional e psicológico relativamente a comunicação e a resiliência da G considerando assim uma Satisfação conjugal mantida.

Ao nível da dimensão do desenvolvimento ao nível da Avaliação estrutural esta constitui-se uma força e recurso da família 4, a resiliência e amor da G, são uma base estruturante para uma boa prestação de cuidados ao A.

### Dimensão funcional

Nesta área de atenção foi aplicado o índice de Barthel já referenciado na avaliação estrutural o nível de dependência do A é de um score de 5 que nos indica dependência total, foi aplicada também a escala de Braden (anexo 7) que nos revelou o risco de desenvolver úlcera de pressão, dando um valor de 10, levando assim a um altíssimo risco de desenvolver uma UP. Para avaliação da sobrecarga do cuidador, foi aplicada a G a escala de Zarit (anexo 7), tendo sido obtido um score de 79- sobrecarga intensa.

#### **Papel prestador de cuidados.**

Tal como evidenciado no início da descrição do processo de cuidados à família 4, a G assume o papel de prestador de cuidados ao marido o A, sendo que este apresenta uma

dependência total para o autocuidado. Assim, no que diz respeito à Dimensão Funcional e no que se refere ao Papel do Prestador de Cuidados, foram avaliadas todas as áreas de conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados face ao exercício do seu papel, através de questões lineares. Perante todos os autocuidados, foi avaliado se a G costuma realizar o autocuidado e assim avaliadas as especificidades referentes ao conhecimento e aprendizagens de habilidade do papel, para além disso foi avaliada a necessidade da G melhorar alguma técnica relacionada ao cuidado do A.

No que concerne a cuidado referente a higiene do A refere a G “*dou-lhe banho na cama todos os dias, normalmente ele não se levanta por isso lavo-o na cama*”(…)” *passo-lhe umas esponjas com sabão e agua tal como me ensinaram e coloco umas toalhas para não molhar os lençóis, o cabelo só lavo 1 vez por semana e normalmente meto uma bacia por baixo da cabeça e lavo*”, já na higiene oral a G tem sempre na mesa de cabeceira umas esponjas para fazer a limpeza da boca do A que ela refere “*apesar de ele não comer pelo menos a noite e de manha passo esta esponja para lhe limpar a boca*”, no que se refere ao autocuidado do vestuário “*depois de lhe prestar os cuidados de higiene, deixo-o vestido com um pijama, não vale a pena vestir outra coisa*”. Referente ao autocuidado uso do sanitário o A não usa a casa de banho, habitualmente as micções são através de algalia e dejeções são feitas na fralda ao qual a G tem que mudar fralda aquando da dejeções e mudar/esvaziar o saco coletor quando necessário, “*a mudança da fralda as vezes é um desafio muito grande não é fácil Enfermeira, mas não gosto que ele esteja com a fralda suja*” (...) “*normalmente com a algalia tenho sempre muito cuidado, troco o saco pelo menos 2 vezes por semana e quando esta muito cheio vou despejando para um penico*”.

No autocuidado de comer e beber a G é quem confeciona todas as refeições é ela que o alimenta através da sonda, questionada quanto ao manuseio da sonda a G refere “*as enfermeiras lá no hospital ensinaram-me como usar, é uma questão de hábito, agora já é mais fácil, mas ao inicio foi complicado, normalmente de manhã faço um leite com cerelac e a meio da manha dou-lhe um iogurte proteico (fresubin), depois ao meio dia come a sopa com peixe ou carne depende do dia e misturo um pouco de água com fruta passada e dou-lhe, a meio da tarde come um leite com cerelac, à noite volta a comer sopa e um iogurte proteico*”. Questionada quanto à quantidade de água refere “*pelo menos esta garrafa (garrafa em cima da cabeceira) ele bebe, eu vou-lhe dando entre as refeições*”. Aquando da visita domiciliaria foi constatado aquilo que a G dizia quanto ao manuseio da sonda. Quanto ao Autocuidado Sono-Repouso, diz “(…) *normalmente ele vai dormitando ao longo do dia, mas*

*durante a noite dorme bem, venho vê-lo várias vezes durante a noite e ele está a dormir*”. Explorando o exercício do papel no Autocuidado Atividade Recreativa e atividade física o A devido ao grau de dependência não executa qualquer tipo de atividade física, contudo a G refere *“eu gosto de ver a televisão para passar o tempo, gosto de ver as minhas novelas na cozinha e fico lá até tarde, depois de acabar a novela vou ao quarto do meu marido mudar a fralda e depois vou para a cama*”. No que diz respeito à Autovigilância, a G menciona que está atenta à evolução clínica do marido *“(…) vigio aquilo que posso sempre que há alguma alteração na urina eu ligo logo a minha filha a ver o que acha e para não falar disso tenho aqui estes aparelhos (oxímetro e aparelho da tensão) que uso e aponto os valores para a minha filha ver*”, questionado relativamente a pele, refere que todos os dias depois da higiene coloca creme na pele do marido, para não falar que esta tem colchão anti escaras e cama articulada, contudo foi referenciada a necessidade de vigilância máxima devido ao risco elevado de desenvolver UP. Por último, relativo à gestão do regime terapêutico a G demonstra conhecimento e capacidade nesta área, sendo capaz de referir o nome de todos os fármacos prescritos ao A, bem como a sua indicação terapêutica e os horários definidos para toma.

A G relata não ter dificuldades nas tarefas relativas aos autocuidados mencionando, várias vezes, que já são alguns anos como cuidadora do seu marido e que já está habituada, referente a todos os autocuidados foi evidente no domicílio que a G age em conformidade com o conhecimento e habilidades demonstradas, promovendo e assegurando os autocuidados de forma eficiente e consciente.

Inerente ao Papel de Prestador de Cuidados, foi também avaliado, junto da G, o Consenso, Conflito e Saturação do Papel. Começando pela avaliação do Consenso do Papel, foi questionado a G *“Quando a sua esposa começou a necessitar de cuidados quem decidiu que seria a A a prestar os cuidados? A G diz “é a minha obrigação como mulher cuidar do meu marido, os meus filhos têm a vida deles e ele é meu marido não o podia deixar, enquanto eu puder vou cuidar dele, quando não puder logo se vê”*, sendo que o facto de a G valorizar a união do casamento como um ato de amor e união, revela-se como uma crença facilitadora na transição para o papel de prestadora de cuidados.

Quando questionada sobre a existência de negociação de tarefas face à necessidade de cuidados do atualmente, a G diz *“(…) ando cansada não é fácil “A minha filha tenta ajudar ao máximo e sei que se precisar de algum tipo de apoio os meus filhos vão ajudar, eles até já sugeriram em vir aqui alguém a casa ajudar, mas eu não quero enquanto eu puder e aguentar”* evidenciando a capacidade de renegociação das tarefas com a família extensa (filhos).

Questionei a G relativamente à probabilidade de mudança do grau de dependência e/ou a incapacidade dela em cuidar do A, “*eu sei que estou a ficar velha e que cada vez tenha mais dificuldade em executar as coisas, mas enquanto ele estiver bem cuidado e eu tiver saúde, vou fazendo o meu melhor*”. Relativamente ao conflito do papel, percebe-se que a G não tem qualquer sentimento negativo no que diz respeito aos cuidados ao senhor A. Por fim para avaliar a saturação do papel foi usada a escala de zarit (anexo 7) que nos da percepção do cuidador relativamente a sobrecarga deste perante os cuidados, no caso da G tem uma sobrecarga intensa.

Assim, considerou-se o Papel de Prestador de Cuidados Não Adequado relacionado com Saturação do Papel SIM, pretendendo-se que a prestadora de cuidados diminuísse a sensação de desconforto psicológico (medo, ansiedade) e físico. As intervenções realizadas centraram-se no seguinte quadro:

| <b>Intervenções MDAIF</b>   | <b>Estratégias</b>  | <b>Resultados</b>   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a comunicação expressiva das emoções;</li> <li>-Avaliar a saturação do papel;</li> <li>-Promover estratégias de coping para o papel;</li> <li>-Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);</li> <li>-Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);</li> <li>- Negociar a adoção de estratégias que permitam usufruir de atividades de lazer;</li> <li>-Incentivar atividades de lazer;</li> <li>- Orientar para serviços sociais;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar para estatuto de cuidador informal e o seu usufruto;</li> <li>- Informar sobre a possibilidade de referenciação para a RNCCI e integrar a rede através da do descanso do cuidador;</li> <li>- Esclarecimento dos direitos e recursos disponíveis através de contacto com assistente social;</li> <li>-Elogio dos progressos realizados e apoio das decisões tomadas;</li> <li>- Pedido de colaboração do centro de dia.</li> <li>- Incentivo de utilização do tempo livre para voltar a fazer croché e renda.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Após avaliação houve evidencia que a G não tinha direito ao estatuto de cuidador informal por usufruir de rendimentos, contudo foi informada de tudo;</li> <li>- A G com os filhos decidirem pedir então apoio do centro de dia apenas para a prestação dos cuidados de higiene do A e posteriormente ainda em negociação a higienização da casa;</li> <li>- A G voltou a fazer croché e renda.</li> </ul> |

*Tabela 12-Intervenções Papel Prestador de Cuidados à família 4*

No que concerne ao estatuto de cuidador informal, foi questionado a prestadora de cuidados relativamente ao estatuto de cuidador informal, ao qual a G refere não sei a minha filha é que sabe não percebo nada disso. Foi contactada a filha que refere já ter feito esse pedido do estatuto de cuidador informal, mas foi-lhe negado por ter rendimentos e ajudas suficientes. Foi reforçado esse pedido e em colaboração com a equipa da UCC verificámos a não existência

de critérios para o usufruto do estatuto, contudo foram informados para estarem atentos a outros apoios. Todas as intervenções aplicadas obtiveram ganhos em saúde na família.

### **Processo Familiar**

No que diz respeito ao Processo Familiar, percebeu-se que a família 4 conversa sobre os seus problemas e resolvem tudo aquilo que está mal. Para além disso, sentem-se ambos muito satisfeitos com a forma como têm gerido as situações de stress, relatando que quando estão nesse tipo de situações, *“falamos e voltamos a falar se for preciso, pois apesar de estar mais distante de um dos meus filhos mesmo assim conseguimos ter uma relação cordial uns com os outros, afinal todos nós queremos o mesmo o bem-estar do meu marido, pai deles”* demonstrando capacidade de adoção de estratégias de coping.

A Família 4 neste momento não identifica problemas familiares. No que se refere à Interação de Papéis Familiares, a Família 4 está satisfeita com o desempenhar de todos os papéis, independentemente de quem seja o cuidador principal,

Foi aplicada, à E., a escala de FACES II - Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar, tendo sido obtido os seguintes resultados: Coesão familiar: 6; Adaptabilidade:6; Tipo de família: 6. Assim, a Família 4 é uma família com coesão ligada, adaptabilidade flexível e tipo de família moderadamente equilibrada (Anexo 7).

Aplicado o APGAR Familiar de Smilkstein, a E apresenta um Apgar familiar de 8 o que atribui um grau de altamente funcional (Anexo 7). Havendo assim um **Processo Familiar Não Disfuncional manifestado por Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com Coping Familiar Eficaz e Interação de Papéis Não Conflitual e relação dinâmica não disfuncional.**

## **AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA 5**

### Avaliação estrutural

A família 5 é constituída por um casal a vivenciar a fase de envelhecimento e uma transição de doença, a família é constituída pela V de 71 anos e A de 72 anos sua esposa. De acordo com Duvall (1977), a família encontra-se na fase VIII do ciclo vital designada de “Família Idosa” ou progenitores na 3ª idade segundo o anexo 3. O V é um utente dependente e tem como prestadora de cuidados a sua esposa a A. O V encontra-se em grau de grave

dependência com uma pontuação de 45, segundo a escala de barthel, utente com alguma dependência nas AVD'S tais com utilização do WC, banho, subir e descer escadas, nas restantes o V tem dependência moderada necessitando de ajuda em maior parte das atividades de vida diária, estando este consciente e orientado no tempo e no espaço e colaborante, este era assistente operacional na escola secundaria, neste momento é reformado. Tem antecedentes pessoais de adenocarcinoma da próstata com metástases ósseas, hipertensão arterial. A cuidadora a A é reformada, contudo ainda vai a algumas casas fazer limpezas domésticas para ganhar mais algum dinheiro, tem algumas patologias tais como diabetes, insuficiência cardíaca e osteoartrite.

A família tem apoio do centro de saúde que se desloca a casa sempre que necessário ou solicitado pela família. De acordo com a escala de Graffar adaptada e considerando o elemento da família com maior nível de qualificação, considerou-se o V com uma pontuação de 16 que equivale a uma classe média. O genograma encontra-se abaixo representado e são resultados das respostas referentes a composição familiar (Figura 8).

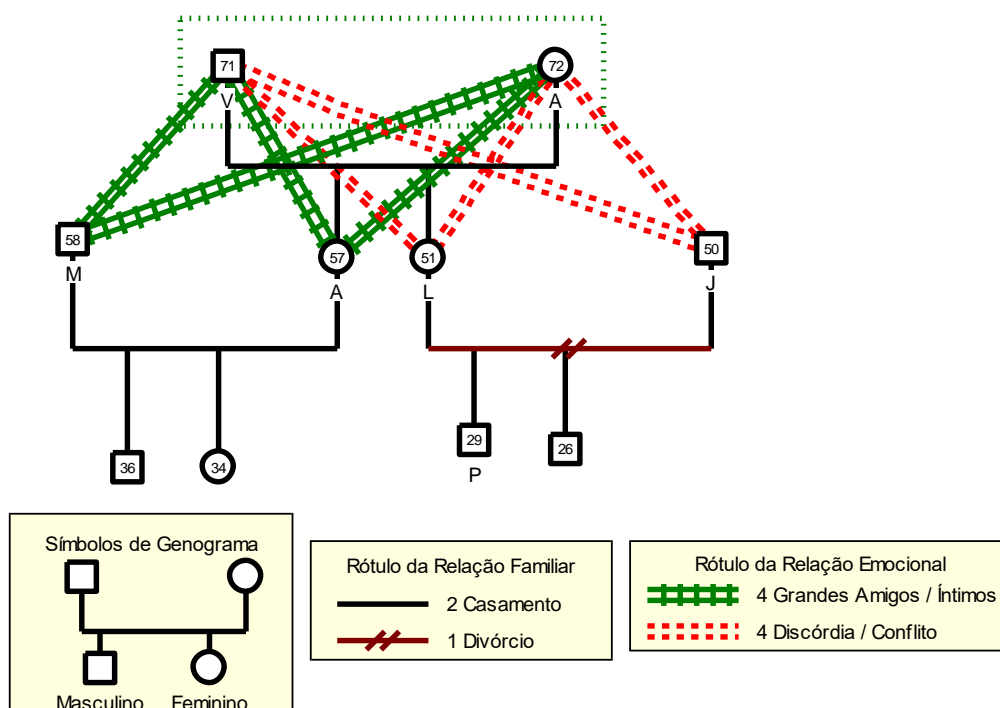


Figura 8- Genograma família 5

O tipo de família 5 e das famílias é definido a partir da composição familiar e dos vínculos estabelecidos entre os seus membros, já no que diz respeito as relações que existem entre os membros da família 5, apenas se considerou as relações que existem entre a pessoa cuidada e a cuidadora, isto é, foram caracterizados tipos de vínculo e o membro da família

definiu o que mais se ajustava a ambos os membros, nesta família e considerando que os filhos já são crescidos e o casal vive sozinho considerando-se uma família nuclear, a A e o V São casados a 50 anos e tiveram dois filhos, tendo estes já constituído família, com quem tem boas e más relações.

Relativamente ao contacto com a família extensa, ou seja, com os filhos o mesmo é diferente com os dois filhos, segundo ambos os membros (V e a A) não tem qualquer tipo de relação com o filho mais novo e a nora, contudo tem uma ótima relação com o filho mais velho, o V refere “*o meu filho mais novo Enfermeira só queria que eu morresse para ficar com o dinheiro todo*”...” *trabalhei uma vida toda e dei-lhes o melhor para agora ser assim*”, a A concorda e refere “*tiveram a mesma educação Enfermeira, é um desgosto muito grande, mas sabe acho que a culpa é da minha nora*”. Ao que se refere aos filhos existe uma revolta relativamente ao filho mais novo, contudo o V já se conformou e diz “*graças a deus temos o nosso filho mais velho que esta sempre que necessário*”. Questionado relativamente aos netos, ambos referem que os filhos, do filho mais velho frequentam a casa mais frequentemente, já os filhos do mais novo, um deles o (P) visita os avos, já o outro não quer saber deles e já não os visita a 6 anos.

No que se refere aos sistemas mais amplos o V e a A tem um vínculo forte com o hospital e com o serviço de oncologia do hospital de Coimbra, com a USF a família tem um vínculo forte, especialmente com a equipa de saúde familiar que as visita no domicilio quando o A necessita de apoio e de cuidado, já com os vizinhos ambos mantém um vinculo forte, visto que são os vizinhos que se disponibilizam a ajudar quando necessário. com a igreja/ religião ambos tem um vínculo intermedio, pois, após a doença do V eles sentiram alguma revolta e neste momento estão a tentar encontrar em Deus a esperança.

A família 5 pertence à classe social média e posiciona-se, nas subescalas; profissão, instrução e origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência no grau 2 da escala de notação social da família (Graffar Adaptado). A A tem o 4º ano de escolaridade e era empregada doméstica e O V o 9º ano era assistente operacional na escola secundaria. Apresentam uma habitação de grau 3 no que diz respeito ao tipo de habitação (Anexo 8) Ao que se refere às áreas de atenção avaliadas na família 5 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, foram avaliadas as seguintes dimensões (tabela 13).

| Estrutural   | Desenvolvimento   | Funcional  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendimento familiar</li> <li>• Edifício residencial</li> <li>• Precaução de segurança</li> <li>• Abastecimento de água</li> <li>• Animal doméstico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfação conjugal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel prestador de cuidados</li> <li>• Processo Familiar</li> </ul> |

Tabela 13- Dimensões do MDAIF

No que concerne a área de atenção rendimento familiar, os membros desta família tinham conhecimento sobre gestão do rendimento familiar de acordo com as despesas familiares, a família 5 apresenta-se no nível 3- classe média na escala de graffar adaptado, a família conseguia gerir o dinheiro de forma correta, para isso foram feitas questões a família de forma a fazer uma avaliação mais precisa da gestão do rendimento, questionada a família sobre como fazem face as despesas mensais? A família diz “*gerimos bem a nossa vida, trabalhamos muito*” ...” *ainda faço umas horas para ajudar, mas vou deixar de as fazer este ano*”, “*queremos aproveitar, se for necessário gastar dinheiro com a saúde gastaremos, só quero que o V fique melhor*”. A família 5 tem capacidade para gerir as despesas por isso tem um diagnóstico de **Rendimento familiar não insuficiente**.

Na área de atenção Edifício residencial e avaliando a habitação da família, esta foi considerada com áreas razoáveis e confortável está num nível 3 na escala de graffar, por ser uma moradia pequena rasteira com 2 quartos, uma cozinha com os eletrodomésticos necessários e básicos, 1 casas de banho completa, sala de estar, possui garagem, a habitação tem aquecimento central e gás por botija, estando esta fora da residência. Efetuadas as várias visitas domiciliárias a casa está evidentemente higienizada e limpa e com edifício seguro, tendo assim nesta área a A plena noção da importância do governo e higiene da habitação. Assim conclui-se que a família 5 vive num **Edifício residencial seguro e não negligenciado**.

Na área que concerne a Precaução de segurança, sendo os critérios de diagnóstico a existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás (Figueiredo, 2012). A família demonstra conhecimento acerca da correta

utilização das barreiras arquitetônicas, a habitação possui o necessário para a segurança do V,  
**Diagnóstico Prevenção de segurança demonstrada.**

Na área de atenção abastecimento de água, o edifício residencial possui abastecimento de água por rede pública, assim como o tratamento de resíduos, tendo conhecimento demonstrado sobre o controle e qualidade da água tendo um diagnóstico de **Abastecimento de água adequado**

Na área de atenção Animal Doméstico a família 5 tem um animal doméstico uma cadela (Vénus) de raça Chihuahua de porte pequeno, com cerca de 6 anos, de acordo com os dados recolhidos, está devidamente vacinada, desparasitada e esterilizada. O animal bem como os locais onde dorme e come apresentam higiene adequada. Diagnóstico de **Animal doméstico não negligenciado.**

#### Dimensão de desenvolvimento

##### **Satisfação conjugal.**

Relação dinâmica:

Sendo a partilha de tarefas, o tempo que o casal passa junto e como estes expressam aquilo que sentem a família 5 e neste caso a relação do casal é satisfatória “*aqui em casa sempre conseguimos gerir as nossas tarefas em casa, neste momento com o grau de dependência do meu marido eu faço mais as atividades domésticas, contudo ele ainda me ajuda a confeccionar as refeições e ainda vai dobrando a roupa*”. No que diz respeito ao tempo que passam juntos a A refere “*tentamos ao máximo estar um com o outro, estamos reformados e habitualmente passamos muito tempo juntos*” (...) “*damo-nos muito bem, agora só somos nós os dois*”.

##### Comunicação

Sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação com o padrão de comunicação do casal ou não conversa sobre as expectativas e receios de cada um e não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião, ou todos os critérios (Figueiredo, 2012). Ambos estão satisfeitos com o tempo que estão juntos e com a forma como cada um expressa os sentimentos, ambos referem “*somos o suporte um do outro, conversamos sobre tudo, decidimos tudo em conjunto*” (...) “*raramente discordamos da opinião um do outro, tem formas de pensar e estar idênticas, mas quando não estamos de acordo relativamente a algo tentamos sempre chegar a um acordo mútuo*”.

### Interação sexual

Sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, não satisfação do casal com o padrão de sexualidade ou não satisfação do casal com o padrão de sexualidade e não conhecimento sobre sexualidade (Figueiredo, 2012). Ambos os membros do casal estão satisfeitos com a interação sexual, demonstrando conhecimento sobre a sexualidade e de como se adaptam as dependências do V.

### Função sexual

Sendo os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF, presença de disfunções sexuais ou presença de disfunções sexuais e o não conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções (Figueiredo, 2012). O V refere ausência de disfunções sexuais.

Obtendo um Diagnóstico de **Satisfação conjugal mantida por relação dinâmica não disfuncional, comunicação eficaz, interação sexual adequada e função sexual não comprometida.**

### Dimensão funcional

Nesta área de atenção foi aplicado o índice de Barthel já referenciado na avaliação estrutural o nível de dependência do A é de um score de 45 que nos indica grave dependência, foi aplicada também a escala de Braden (anexo 8) que nos revelou o risco de desenvolver úlcera de pressão, dando um valor de 19, levando assim a um medio risco de desenvolver uma UP.

Para avaliação da sobrecarga do cuidador, foi aplicada a G a escala de Zarit (anexo 8), tendo sido obtido um score de 35- sem sobrecarga.

### Papel prestador de cuidados.

Tal como evidenciado no início da descrição do processo de cuidados à família 5, a A assume o papel de prestador de cuidados do marido o V, sendo que esta apresenta dependência grave para o autocuidado. Assim, no que diz respeito à Dimensão Funcional e no que se refere ao Papel do Prestador de Cuidados, foram avaliadas todas as áreas de conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados face ao exercício do seu papel, através de questões lineares. Perante todos os autocuidados, foi avaliado se a A costuma realizar o autocuidado e assim avaliadas as especificidades referentes ao conhecimento e aprendizagens de habilidade do papel, para além disso foi avaliada a necessidade de a A melhorar alguma técnica relacionada ao cuidado do V.

No que concerne a cuidado referente a higiene a A refere “*dou-lhe banho no chuveiro todos os dias, sinto que é mais fácil leva-lo a casa de banho e fazer-lhe a higiene la, normalmente ele ajuda-me na transferência para a cadeira de banho e depois e só coloca-lo no polibã e ele com a minha supervisão e ajuda la se lava, de seguida eu ajudo-o a lavar os pés e partes íntimas e posteriormente a seca-lo, ajudo a vesti-lo e depois deixo-o no lavatório para ele fazer a barba e lavar os dentes*” o V necessita apenas de ajuda e supervisão neste autocuidado, contudo há dias em que o V se sente mais debilitado e necessita de mais ajuda da A na prestação dos cuidados de higiene e conforto, no que se refere ao autocuidado do vestuário “*depois de o ajudar na prestação dos cuidados, ajudo-o a vestir, normalmente visto-lhe roupa confortável, principalmente na parte inferior, uso sempre calças de fato de treino, contudo nunca pode faltar uma camisa no vestuário*”, já na roupa de dormir a A relata que o V não gosta de dormir com roupa, apenas lhe coloca a fralda e uns boxers. Referente ao autocuidado uso do sanitário o V usa a casa de banho sempre que a sua esposa está em casa, ou quando esta não está usa o urinol portátil, habitualmente usa fralda durante a noite só por prevenção, “*ele vai a casa de banho, com a cadeira de rodas ele segura-se nas barras laterais da sanita eu tiro-lhe o boxer e ele sentasse la, se eu não tiver em casa ele faz no urinol e depois vai despejá-lo, isto porque não quero que ele vá a casa de banho sem a minha presença*”.

No autocuidado de comer e beber a A é quem confeciona todas as refeições, contudo o marido também ajuda na confeção “*quando é para descascar alimentos ou cortar é ele que faz*”, o V refere “*estou sem nada para fazer não custa nada ajudar, faço pouco mas o pouco que faço ajuda-a muito, ele deixa-me as coisas em cima da mesa quando ela chega a casa já tem meio caminho feito e só por a fazer*”, o V alimenta-se pela própria mão, e quando questionado relativamente a água, ele refere que não bebe água com frequência, mas que ao almoço bebe o seu copo de vinho (mostrando-o), “*só bebo água com os medicamentos mais nada*”, foi informado que deveria se hidratar mais um pouco e tentar beber pelo menos uma garrafa de 1,5 l de água por dia. Quanto ao Autocuidado Sono-Repouso, o V necessita de medicação para dormir por dificuldades, contudo depois de tomar a medicação dorme a noite toda sem acordar, “*ele acorda lá para as 7h ou 8h da manhã fazemos em conjunto a higiene dele, depois lá faz uma sesta ao fim de almoço*”. Explorando o exercício do papel no Autocuidado Atividade Recreativa e atividade física o V normalmente costuma fazer palavras cruzadas e sudoku, e quando estão os dois jogam damas e alguns jogos de tabuleiro, contudo existem alguns programas de cinema que os dois fazem, “*normalmente vemos televisão à*

*noite, vemos as novelas todos os dias e filmes ao domingo*”, já na atividade física, o V tem uma bicicleta em casa para exercitar os músculos e para as mãos e braços tem uns pesos que usa habitualmente “*faço alguns exercícios para me ajudar a exercitar os músculos*”. No que diz respeito à Autovigilância, a A menciona que está atenta à evolução clínica do seu marido, e que fará de tudo para o ajudar a suportar a doença “*faço os possíveis para ele estar bem, a tensão é avaliada todos os dias para a Enfermeira e a médica depois verem. Quanto à dor, tento ao máximo que ele não sinta muita dor, habitualmente massajo-lhe as pernas, e faço todo o que for necessário para o ajudar*”, questionada relativamente a supervisão da pele, a A refere que vai vendo se existe alguma ferida, e usa as ajudas técnicas como forma de prevenção.

Por último, relativo à gestão do regime terapêutico a A demonstra conhecimento e capacidade nesta área, sendo capaz de referir o nome de todos os fármacos prescritos ao V, bem como a sua indicação terapêutica e os horários definidos para toma.

A A relata não ter dificuldades nas tarefas relativas aos autocuidados mencionando, várias vezes, “*fui aprendendo ao longo dos anos, tudo o que sei foi-me ensinado pelas senhoras enfermeiras que vinham cá a casa*”, referente a todos os autocuidados foi evidente que a A age em conformidade com o conhecimento e habilidades demonstradas, promovendo e assegurando os autocuidados de forma eficiente e consciente.

Inerente ao Papel de Prestador de Cuidados, foi também avaliado, junto da A, o Consenso, Conflito e Saturação do Papel. Começando pela avaliação do Consenso do Papel, foi questionada a A “Quando a sua esposa começou a necessitar de cuidados quem decidiu que seria a A a prestar os cuidados? A A diz “*sou a esposa dele será sempre a minha missão, casei com ele, morrerei com ele, acho que não haveria outra opção nem eu deixaria, já vivemos tantas coisas juntas e tantos bons momentos, não seria nos maus que o iria abandonar*” sendo que o facto de a A valorizar a união do casamento como um ato de amor e união e companheirismo, revela-se como uma crença facilitadora na transição para prestadora de cuidados.

Quando questionada sobre a existência de negociação de tarefas face à necessidade de cuidados do V, atualmente, a A diz “*(...) ando um pouco cansada, mas isso é normal, quando existem crises é mais difícil, contudo quando ele está bem eu também estou bem*” (...) “*O meu filho mais velho caso necessário ajuda-me e vem cá a casa para ajudar nas tarefas*” evidenciando a capacidade de renegociação das tarefas com a família extensa (filho mais velho).

Questionei a A relativamente a probabilidade de mudança do grau de dependência e/ou a incapacidade dela em cuidar do V, a A refere apenas que tem receio de morrer primeiro, mas sabe perfeitamente que o filho cuidará do pai, se ela não estiver mantendo-se sempre calma no seu discurso, referindo sempre “vivemos dia a dia, o amanhã veremos, por agora”. Relativamente ao conflito do papel, percebe-se que a A não tem qualquer sentimento negativo no que diz respeito aos cuidados ao seu marido o senhor A. Por fim para avaliar a saturação do papel foi usada a escala de zarit (anexo 8) que nos dá a percepção do cuidador relativamente a sobrecarga deste perante os cuidados, no caso da A está sem sobrecarga.

Assim, considerou-se o Papel de Prestador de Cuidados Adequado relacionado com conhecimento do papel demonstrado, comportamento de adesão demonstrado, consenso não, conflito não Saturação do Papel não, contudo pretende-se assim capacitar para a possível alteração do estado de saúde e posteriormente um aumento da saturação da A.

| <b>Intervenções MDAIF</b>  | <b>Estratégias</b>  | <b>Resultados</b>  |
|--|---|--|
| -Promover a comunicação expressiva das emoções;<br>-Requerer serviços de saúde;<br>Orientar para serviços sociais;<br>Requerer serviço social. | - Capacitar para estatuto de cuidador informal e o seu usufruto;<br>- Informar sobre a possibilidade de referenciação para a RNCCI e integrar a rede através da do descanso do cuidador;<br>- Esclarecimento dos direitos e recursos disponíveis através de contacto com assistente social; | - Houve renitência da A para o pedido de estatuto de cuidador informal, contudo foi informada e caso necessário deve ser solicitado junto à enfermeira de família. |

Tabela 14- Intervenções Papel Prestador de Cuidados à família 5

No que concerne ao estatuto de cuidador informal, foi questionado a prestadora de cuidados relativamente ao estatuto de cuidador informal, ao qual a A refere não haver necessidade do pedido do estatuto, contudo foi sensibilizada a família para a existência deste estatuto e aplicadas as intervenções para tomada de conhecimento.

### **Processo Familiar**

No que diz respeito ao Processo Familiar, percebeu-se que a família 5 mais propriamente o casal e o filho mais velho conversam sobre os seus problemas e resolvem-nos de forma tranquila. Para além disso, sentem-se todos muito satisfeitos com a forma como têm gerido as situações de stress, relatando que quando estão nesse tipo de situações, “*normalmente primeiro*

*falamos em casal, caso necessário falamos com o nosso filho, com o filho mais novo como não temos relação com ele, não tem nada de saber de decisões tomadas por nos, o único com direito a saber é o nosso filho mais velho”* questionados relativamente a situação do filho mais novo e do sentimento que têm ambos referem que estão tranquilos e com consciência tranquila e que neste momento só tem de pensar nos 2, referenciando sempre o apoio do filho mais velho demonstrando capacidade de adoção de estratégias de coping. A Família 5 neste momento não identifica problemas familiares entre os membros que frequentam a casa, referindo sempre que o problema do filho não é um problema para eles. No que se refere à Interação de Papéis Familiares, a Família 5 está satisfeita com o desempenhar de todos os papéis, independentemente de quem seja o cuidador principal do V.

Foi aplicada, a A., a escala de FACES II - Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar, tendo sido obtido os seguintes resultados: Coesão familiar: 7; Adaptabilidade:5; Tipo de família: 6. Assim, a Família 5 é uma família com coesão ligada, adaptabilidade flexível e tipo de família moderadamente equilibrada (Anexo 8). E de notar que a A refere ter respondido ao questionário sem contar com a relação com o filho mais novo.

Aplicado o APGAR Familiar de Smilkstein a A apresenta um Apgar familiar de 10 o que atribui um grau de altamente funcional (Anexo 8). Havendo assim um **Processo Familiar Não Disfuncional manifestado por Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com Coping Familiar Eficaz e Interação de Papéis Não Conflitual e relação dinâmica não disfuncional.**

### **3.4 Resultados da prestação de cuidados as famílias**

A última etapa que nos permite uma avaliação mais completa é o processo de enfermagem que permite uma avaliação dos resultados provenientes das atividades realizadas no decorrer das intervenções descritas, isto vem de encontro as necessidades que emergiram no decorrer da colheita de dados, traduzindo-se em ganhos em saúde. Nesta perspetiva os ganhos em saúde segundo o Ministério da Saúde (2011), centram-se na melhoria das condições dos clientes, resultado das intervenções realizadas, partindo dos problemas de saúde identificados, tendo os ganhos em saúde evoluções positivas ou modificações evidentes no estado dos diagnósticos de enfermagem, após as intervenções aplicadas pelos enfermeiros. Para que haja ganhos em saúde é necessário que existam indicadores para assim efetivar os respetivos ganhos

existentes. Os indicadores de saúde são instrumentos de medida reduzida que transmitem, direta ou indiretamente, informações cruciais sobre diferentes qualidades e dimensões da saúde, assim como dos fatores que a determinam (Ministério da Saúde, 2011).

Nesta perspectiva, apresenta-se na Tabela 15 a taxa de avaliação familiar nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, considerando os indicadores fornecidos no MDAIF. Em todas as famílias foram avaliadas todas as dimensões, exceto a satisfação conjugal que apenas se avaliou em 3 famílias, visto que nas outras duas famílias, os cuidadores eram filhos. A existência de animal doméstico foi avaliada apenas em 3 famílias, mas só duas tinham, pelo que se considerou avaliado.

| <b>Avaliação estrutural</b>        |                            |   |     |
|------------------------------------|----------------------------|---|-----|
| Foco                               | Indicador                  | Formula   | %   |
| Dimensão Estrutural                | Taxa de avaliação familiar | $N^{\circ}$ de famílias avaliadas na dimensão estrutural / $N^{\circ}$ total de famílias X 100        | 100 |
| Edifício Residencial (ER)          | Taxa de avaliação familiar | $N^{\circ}$ de famílias avaliadas em ER / $N^{\circ}$ total de famílias X 100                         | 100 |
| Rendimento Familiar                | Taxa de avaliação familiar | $N^{\circ}$ de famílias avaliadas em RF / $N^{\circ}$ total de famílias X 100                         | 100 |
| Precaução de Segurança             | Taxa de avaliação familiar | $N^{\circ}$ de famílias avaliadas em PS / $N^{\circ}$ total de famílias X 100                         | 100 |
| Abastecimento de Água              | Taxa de avaliação familiar | $N^{\circ}$ de famílias avaliadas em AA / $N^{\circ}$ total de famílias X 100                         | 100 |
| Animal Doméstico                   | Taxa de avaliação familiar | $N^{\circ}$ de famílias avaliadas em AD / $N^{\circ}$ total de famílias X 100                         | 100 |
| <b>Dimensão do desenvolvimento</b> |                            |   |     |
| Dimensão Desenvolvimento           | Taxa de avaliação familiar | $N^{\circ}$ de famílias avaliadas na dimensão desenvolvimento / $N^{\circ}$ total de famílias X 100   | 60  |
| Satisfação Conjugal                | Taxa de avaliação familiar | $N^{\circ}$ de famílias avaliadas em SC / $N^{\circ}$ total de famílias com subsistema conjugal X 100 | 60  |
| <b>Dimensão Funcional</b>          |                            |   |     |
| Papel de Prestador de Cuidados     | Taxa de avaliação familiar | $N^{\circ}$ de famílias avaliadas em PPC / $N^{\circ}$ total de famílias com membro dependente X 100  | 100 |
| Processo Familiar                  | Taxa de avaliação familiar | $N^{\circ}$ de famílias avaliadas em PF / $N^{\circ}$ total de famílias X 100                         | 100 |

*Tabela 15- Taxa de avaliação familiar relativa às 5 famílias avaliadas*

Em seguida na Tabela 16, apresenta-se a taxa de prevalência dos diagnósticos. Analisando a informação da tendo conta os dados da tabela nº15 e face ao exposto, compreendeu-se que a dimensão estrutural foi a área que foi avaliada em todas as famílias tendo

uma percentagem de 100%, requerendo apenas intervenções específicas nas precauções de segurança. Considerou-se uma percentagem de 100% nos ganhos em saúde, na vertente do conhecimento sobre as estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. Contudo, atendendo à vertente introduzida nesta área de atenção, considerou-se que não existiram ganhos em saúde nos comportamentos de adesão, uma vez que, apesar de todas as famílias terem adotado algumas das estratégias, houve uma que não conseguiu cumprir todas as intervenções e mudanças existentes no domicílio comprometendo a segurança e aumentando o risco de queda no domicílio.

Na dimensão do desenvolvimento, nem todas as famílias possuíam subsistema conjugal, foram excluídas 2 famílias por as cuidadoras serem as filhas, o que resultou numa taxa de avaliação familiar de 60%, tendo em conta apenas nesta dimensão a satisfação conjugal, verificou-se que apenas 1 das famílias revelou sistema conjugal não mantido, relacionado com relação dinâmica disfuncional, comunicação não eficaz e interação sexual disfuncional, refletindo um valor de 33%, sendo que este valor se manteve na positividade devido ao tempo das intervenções aplicadas, contudo foi sensibilizada a equipa de saúde familiar para uma continuada das intervenções tendo em vista a mudança do estado.

Na dimensão funcional, foram avaliadas todas as cinco famílias, tendo uma taxa de avaliação familiar de 100%. Quanto ao papel de prestador de cuidados, todas as famílias foram avaliadas nesta área de atenção, contudo nenhuma teve intervenções sugeridas, porém no que diz respeito a saturação do papel todas as famílias foram alvo de intervenção, mesmo como forma de capacitação para o estatuto de cuidador informal, contudo não houve modificação do status pois os processos de pedidos de estatuto de cuidador informal são muito demorados e as famílias que os solicitaram ainda não obtiveram as respostas necessários, contudo foram informadas e houve ganhos em saúde evidentes no que diz respeito a capacitação para o estatuto de cuidador informal, ficando as famílias a beneficiar das intervenções. Relativamente ao Processo Familiar, 100% das famílias foram avaliadas, sendo que apenas em 20% surgiu Processo Familiar Disfuncional, no qual, após intervenção, não se conseguiu positivar o diagnóstico.

Numa perspetiva individual de cada membro e da família como unidade de cuidados considera-se que existiram ganhos em saúde após as intervenções realizadas, decorrentes de necessidades que surgiram. No entanto, devido ao limite temporal não se alcançou a mudança de estado de alguns dos diagnósticos, pelo que é necessária uma continuidade de cuidados, por parte da equipa de saúde familiar.

| <b>Dimensão estrutural</b>  |  |  |     |
|---|--|--|-----|
| Foco  | Indicador  | Formula  | %   |
| Edifício residencial não seguro<br>Edifício residencial negligenciado   | Taxa de prevalência  | $N^{\circ}$ de famílias com ERNS / $N^{\circ}$ total de famílias X 100   | 0   |
| Rendimento Familiar   | Taxa de prevalência  | $N^{\circ}$ de famílias com RFI / $N^{\circ}$ total de famílias X 100  | 0   |
| Precaução de Segurança  | Taxa de prevalência  | $N^{\circ}$ de famílias com PSND / $N^{\circ}$ total de famílias X 100   | 60  |
| Precaução de segurança (conhecimento e comportamento de adesão)   | Modificação positiva no estado diagnóstico   | $N^{\circ}$ de famílias com diagnóstico positivado em C / $N^{\circ}$ total de famílias com CND X 100  | 66  |
|   |  | $N^{\circ}$ de famílias com diagnóstico positivado em CA / $N^{\circ}$ total de famílias com CAND X 100  | 66  |
| Abastecimento de Água   | Taxa de prevalência  | $N^{\circ}$ de famílias com AANA / $N^{\circ}$ total de famílias X   | 0   |
| Animal Doméstico  | Taxa de prevalência  | $N^{\circ}$ de famílias com ADNN / $N^{\circ}$ total de famílias X 100   | 0   |
| <b>Dimensão do desenvolvimento</b>  |  |  |     |
| Satisfação Conjugal   | Taxa de prevalência  | $N^{\circ}$ de famílias com SCNA / $N^{\circ}$ total de famílias com subsistema conjugal X 100   | 33  |
| Satisfação conjugal (relação dinâmica) 0<br>Satisfação Conjugal (comunicação)<br>Satisfação Conjugal (interação sexual) | Modificação positiva no estado diagnóstico   | $N^{\circ}$ de famílias com RDD / $N^{\circ}$ total de famílias com subsistema conjugal X 100  | 33  |
|   |  | $N^{\circ}$ de famílias com diagnóstico positivado em RD/CNE/ISNA / $N^{\circ}$ total de famílias com RDD/CNE/ISNA X 100   | 33  |
| <b>Dimensão Funcional</b>   |  |  |     |
| Papel de Prestador de Cuidados  | Taxa de prevalência  | $N^{\circ}$ de famílias com PPCNA / $N^{\circ}$ total de famílias com membro dependente X 100  | 0   |
| Papel de Prestador de Cuidados 5) Saturação do papel  | Modificação positiva no estado diagnóstico   | $N^{\circ}$ de famílias com SPS / $N^{\circ}$ total de famílias com membro dependente X 100  | 100 |
|   |  | $N^{\circ}$ de famílias com diagnóstico positivado em SP / $N^{\circ}$ total de famílias com SPS X 100   | 0   |
| Processo Familiar   | Taxa de prevalência  | $N^{\circ}$ de famílias com PFD / $N^{\circ}$ total de famílias X 100  | 20  |
| Processo Familiar<br>1) Coping Familiar<br><br>2) Interação $N^{\circ}$ total de papeis                                 | Taxa de prevalência<br>Modificação positiva no estado diagnóstico<br>Taxa de prevalência | $N^{\circ}$ de famílias com CFNE / $N^{\circ}$ total de famílias X 100   | 20  |
|   |  | $N^{\circ}$ de famílias com diagnóstico positivado em CF/ $N^{\circ}$ total de famílias com CFNE X 100<br><br>$N^{\circ}$ de famílias com IPNE / $N^{\circ}$ total de famílias X 100 | 20  |

Tabela 16- Taxa de prevalência relativa às 5 famílias avaliadas

#### **4. Contributos para o desenvolvimento de competências**

No desenvolvimento do presente capítulo pretende-se uma descrição crítico-reflexiva da relação entre as experiências vivenciadas no decorrer do Estágio de Natureza Profissional com Relatório final e as competências adquiridas como resultado dessas experiências, considerando o perfil de competências específicas do EEEC-ESF descrito no Regulamento nº 428/2018 e o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, exposto no Regulamento nº 140/2019.

As competências clínicas do enfermeiro especialista dividem-se em duas áreas (Diário da República, 2018): “cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. O desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, particularmente na área de enfermagem de saúde familiar, é essencial para a promoção da saúde e prevenção de doenças. O enfermeiro especialista neste campo desempenha um papel fundamental na melhoria das condições de saúde das famílias, através da implementação de práticas que envolvem cuidados centrados na pessoa e na família, em estreita colaboração com outros profissionais de saúde e com as comunidades em que atuam. Deste modo, de acordo com o mesmo regulamento e no que diz respeito a primeira competência, as famílias estudadas foram alvo de cuidados de enfermagem, promovendo assim a capacitação dos cuidadores informais, focando-se no utente dependente e na família numa visão geral”.

Assim deste modo desenvolveu-se com as famílias uma relação de empatia, permitindo assim estabelecer uma relação terapêutica com a família de modo a facilitar o desenvolvimento de julgamento clínico, orientador dos cuidados de enfermagem prestados a família e conseqüentemente a avaliação e a implementação dos mesmos considerando o processo de enfermagem.

A necessidade do uso de vários recursos que sustentem as práticas direcionadas às famílias, como o MDAIF e os restantes instrumentos de avaliação familiar, foram elementos facilitadores no processo de colheita de dados às famílias, o diálogo, a comunicação não verbal, e a interação familiar permitiu definir e reajustar os objetivos definidos alinhados com a necessidade de cada família, enaltecendo sempre os pontos fortes de cada membro e da família, criando um plano de cuidados com o objetivo de potenciar as forças e recursos e dar resposta às necessidades identificadas, tendo em vista a introdução do estatuto de cuidador informal. A elaboração do plano de cuidados e planeamento do pedido do estatuto foi sempre feito de forma colaborativa com a família, de forma a entender e facilitar o processo de cuidados, tendo sempre em vista o benefício da família, deste modo foram apresentadas propostas de intervenção de modo a minimizar o impacto relacionado com as transições inerentes das

intervenções. Desta forma, foi possível capacitar os membros da família no sentido de reforçar os pontos fortes e facilitar a prestação de cuidados ao utente dependente.

Houve espaço para os membros das famílias partilharem os seus sentimentos e preocupações sem sentirem julgamento ou vergonha, assegurando a confidencialidade, a segurança e a dignidade dos membros de cada família. As famílias estudadas foram todas avaliadas em todas as dimensões do MDAIF, As dimensões de desenvolvimento e funcional foram avaliadas com maior detalhe de acordo com os problemas relatados por cada família, contudo aquando da avaliação necessitei de um ajuste visto que no MDAIF ainda não existe intervenções relacionadas especificamente com o cuidador informal, contudo consegui de forma a ajustar as intervenções a minha necessidade de capacitar os cuidadores para o estatuto de cuidador informal. Os familiares cuidadores desenvolveram mecanismos para assim encontrarem um equilíbrio para uma prestação adequada de cuidados, resultante de possuírem muitos anos a cuidar, Apesar de muitas vezes não o reconhecerem, quatro cuidadores apresentavam sobrecarga e os cinco 5 cuidadores saturação do papel de prestador de cuidados. A necessidade identificada relativamente à saturação do papel, veio de encontro ao tema desenvolvido e efetivou a necessidade da introdução da temática sobre o cuidador informal nas famílias. O objetivo foi prestar cuidados a estas famílias, na sua própria realidade e direcioná-las para o estatuto de cuidador informal, como forma de reconhecimento do seu trabalho. No desenrolar do estudo percebi que havia renitência por parte de alguns membros quanto ao pedido do estatuto. Das cinco famílias avaliadas consegui que duas cuidadoras iniciassem o processo, sendo evidente a necessidade de as famílias serem capacitadas para a existência do estatuto bem como para os seus benefícios.

Assim, o processo de avaliação e intervenção familiar possibilitou o treino de habilidades de comunicação necessários numa relação terapêutica. De modo geral, a intervenção do EEESF, em contexto de USF é facilitador pois cada equipa de saúde familiar tem as suas famílias, havendo assim uma maior proximidade e acompanhamento ao longo das várias etapas do ciclo vital. Ao longo da avaliação intervenção foi possível mobilizar estratégias e técnicas de interação com as famílias, garantindo sempre a qualidade e segurança dos cuidados implementados às mesmas. É de salientar que, no decorrer do estágio, procurei sempre desenvolver a minha prática clínica baseada na evidência científica existente.

No que diz respeito à segunda competência, foram dinamizadas duas formações para a equipa de saúde, a primeira permitiu capacitar/ incentivar à documentação dos cuidados de enfermagem no Programa Saúde da Família, visando a uma melhoria de registos. Ao incentivar a implementação dos registos de enfermagem pretendeu-se melhorar a transmissão de informação entre equipas, permitindo uma melhor continuidade nos cuidados, bem como empoderar a equipa para que se reflita nos registos

da sua prática clínica. A segunda formação dinamizada no serviço, através de uma apresentação oral e da distribuição de um panfleto, veio de encontro à temática deste relatório. Teve como objetivo capacitar os profissionais de saúde na divulgação do estatuto do cuidador informal (Anexo 9). No que se refere à articulação, houve necessidade de pedir colaboração interdisciplinar entre as equipas de saúde e outros profissionais de saúde, nomeadamente solicitada a colaboração da equipa da UCC para agilizar os pedidos de estatuto de cuidador informal.

Participei no II Congresso Internacional- a família no epicentro da enfermagem de saúde familiar, com uma comunicação oral intitulada “Avaliação de uma família com necessidades especiais, um estudo de caso” (Anexo 10)

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, agrupam-se em quatro áreas de competência interligadas entre si, a responsabilidade profissional, ética e legal: nestas são garantidas as práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, sendo promovida a proteção dos direitos humanos. Práticas de cuidados como a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa são indispensáveis (Diário da República, 2019). No decorrer de todo o estágio foi garantida a proteção dos direitos humanos, assegurando o respeito pelo direito das famílias no acesso à informação, à confidencialidade, à segurança da informação, à escolha, à privacidade e aos seus valores, costumes e crenças espirituais e religiosas.

Relativamente à melhoria contínua da qualidade: nesta competência colaborei na realização de auditorias esta não estava dentro da minha temática, contudo é sempre benéfico a participação como forma de aprendizagem, a auditoria remeteu-se a identificação dos utentes, esta visava a verificação dos profissionais da unidade aquando do contacto com o utente verificando a identidade dos mesmos.

No que respeita à Gestão dos cuidados: neste domínio gerem-se os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde. A liderança e a gestão dos recursos devem garantir a qualidade dos cuidados, otimizando o trabalho da equipa e adequando os recursos às necessidades de cuidados (Diário da República, 2019). No decorrer do estágio pude presenciar a mudança da unidade para USF, modelo B permitindo aprendizagem de novos conceitos e novos ajustes no que diz respeito a esta tipologia. Existiu a oportunidade de acompanhar e de participar no âmbito da gestão de recursos humanos: realização de horários, adaptação dos horários para o novo modelo, pedido de material, reposição do stock do armazém de enfermagem e gestão dos serviços farmacêuticos.

No que se refere ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais, a partilha de experiências com os enfermeiros da USF foi uma mais-valia para o desenvolvimento de uma prática clínica baseada

em cuidados de enfermagem de qualidade, com recurso ao pensamento crítico. É de reforçar que todas as atividades foram fundamentais para o desenvolvimento e aprendizagem de ferramentas essenciais para a prática de ESF enquanto futura Enfermeira Especialista.

## **Conclusão**

O presente relatório visou espelhar todo o processo de aprendizagem compatível com a aquisição de competências específicas na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, tendo a realização deste estágio contribuído para o desenvolvimento profissional na prática especializada, aplicação de conhecimentos na área de Enfermagem de Saúde Familiar. O foco principal foi a avaliação e intervenção familiar, nomeadamente em famílias com um elemento dependente para a capacitação do cuidador informal no pedido e usufruto do respetivo estatuto do cuidador informal.

O desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde familiar requer formação contínua e atualização. O enfermeiro deve ser capaz de fornecer cuidados centrados na pessoa e na família, considerando os aspetos físicos, emocionais, sociais e culturais de cada indivíduo. É essencial a promoção da saúde e prevenção de doenças, garantindo um cuidado eficaz, ético e colaborativo com as famílias. A prática baseada em evidências, a capacidade de educar e orientar as famílias, e a gestão eficiente dos cuidados são competências que tornam o enfermeiro especialista, um profissional indispensável na melhoria da saúde das famílias.

A caracterização da USF e da lista de utentes da enfermeira de família permitiram conhecer o perfil desta população. As análises dos dados levaram à definição da temática em estudo e posteriormente à definição de critérios de inclusão e exclusão. Neste sentido, foram consideradas cinco famílias, que após avaliação permitiram a elaboração de diagnósticos de enfermagem, planeamento e prestação de cuidados, ao longo de todo o estágio. O MDAIF permitiu direcionar e sustentar a conceção de cuidados de enfermagem às famílias e aos seus membros, demonstrando a importância dos modelos teóricos e dos instrumentos de avaliação aplicados às famílias.

Analisando a dimensão estrutural podemos constatar que as famílias apenas tiveram necessidade de intervenção nas precauções de segurança. É de realçar a importância da avaliação de todas as dimensões do MDAIF, sendo que por vezes a dimensão estrutural não é tão valorizada, aquando da realização da avaliação familiar. Avaliar as famílias, com base nas dimensões do MDAIF, permite elaborar um plano de cuidados às famílias de forma mais completa e face verdadeiras às reais necessidades.

A existência de cuidadores e pessoas cuidadas continua a ser uma realidade, com grande impacto na prestação de cuidados a estas famílias. A temática do estatuto do cuidador informal é ainda pouco conhecida, para alguns profissionais e famílias, no que diz respeito à sua aplicabilidade.

A necessidade de informar e capacitar as famílias levou a uma avaliação pormenorizada e uma necessidade emergente de informar as famílias e os profissionais. Considera-se assim que, na

generalidade, as intervenções realizadas mostraram-se eficazes, contudo, devido à limitação temporal não houve modificação positiva no estado de alguns diagnósticos, não havendo efetivamente ganhos em saúde nas cinco famílias. A equipa de saúde familiar irá dar continuidade a estes processos e prevê-se que haja alterações nos diagnósticos de enfermagem.

Analisando o percurso realizado ficaram alguns desafios para a área da Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente: Nos registos de Enfermagem no Programa de Saúde Familiar, este necessita de algumas alterações tendo em vista uma melhoria no que diz respeito ao cuidado à família, havendo a necessidade da colocação de todas as escalas, sendo estas mais intuitivas e de visualização permanente, no que se refere aos registos referentes ao cuidador informal este necessita de intervenções que ajudem os ESF a documentar todas as intervenções de capacitação das famílias, por fim mas não menos importante no que concerne aos indicadores verifica-se a ausência de indicadores que espelhem concretamente o exercício da ESF, sendo redutores naquilo que são os cuidados prestados às famílias. Assim, espera-se que a longo prazo todos os desafios sejam superados, para uma ESF mais focada na família e na prestação de cuidados de qualidade

Como ganhos efetivos da frequência do Curso de mestrado evidencio: A valorização da família e não apenas do indivíduo; a importância do ESF no que diz respeito à prestação de cuidados de qualidade as famílias como unidade de cuidados; A necessidade de mais ESF para uma uniformização de cuidados às famílias. Tendo agora uma visão diferente aquela que tinha antes do início do mestrado. Toda aquisição de conhecimentos vieram alterar o pensamento diário quer numa visão profissional, quer numa visão pessoal.

Posto isto, considera-se que o desenvolvimento de competências durante o CMECESF, permitiu uma reflexão sobre a prática enquanto enfermeira de família.

## Referências bibliográficas

- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2): 45-53. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=343b3f61-5478-4740-b3b7-2f586aa6d69a%40sessionmgr114&vid=28&hid=113>>.
- Bértolo, A. (2021). Importância da família na prestação de cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros. Mestrado em Enfermagem Comunitária da Área de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. <https://www.proquest.com/openview/5b323d751c10121cc4d196e7de1febfe/1?pqorigsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Boettcher, J., Denecke, J., Barkmann, C., & Wiegand-Grefe, S. (2020). Quality of life and mental health in mothers and fathers caring for children and adolescents with rare diseases requiring long-term mechanical ventilation. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 8975;
- Canço, H., Bairrada, P., Rodriguez, E. & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família - plano de cuidados*. Imprensa da Universidade de Coimbra. [https://www.researchgate.net/publication/295704260\\_Novos\\_tipos\\_de\\_familia\\_\\_plano\\_de\\_cuidados](https://www.researchgate.net/publication/295704260_Novos_tipos_de_familia__plano_de_cuidados)
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (dezembro de 2009). Investigação-Ação: Metodologia Preferencial nas Práticas Educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, 13(2), pp. 355–379. Obtido de [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%C3%A7%C3%A3o\\_Ac%C3%A7%C3%A3o\\_Metodologias.PDF](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%C3%A7%C3%A3o_Ac%C3%A7%C3%A3o_Metodologias.PDF)
- Direção Geral de Saúde (2004). Circular Normativa n.º 13/DGCG – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde. Portugal.
- Dixe, M. A., Teixeira, L. F., Areosa, T. J., Frontini, R. C., Peralta, T., & Querido A. I. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*; 19, 255. doi:10.1186/s12877-019-1274-0
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Ewen, H. H., Washington, T. R., Emerson, K. G., Carswell, A. T., & Smith, M. L. (2017). Variation in older adult characteristics by residence type and use of home- and community-based services.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 14(3). DOI: 10.3390/ijerph1403033

Figueiredo, MH. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lisboa: Lusociência.

Figueiredo, M., Martins, M., Silva, L. & Oliveira, P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. Revista Temática Kairós Gerontologia, 14(3), 11- 22. [https://www.researchgate.net/publication/231562389\\_Ciclo\\_vital\\_da\\_familia\\_e\\_envelhecimento\\_contextos\\_e\\_desafios](https://www.researchgate.net/publication/231562389_Ciclo_vital_da_familia_e_envelhecimento_contextos_e_desafios)

Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi, ed citado por Ferreira margarida et al “Contributos para a intervenção do enfermeiro de família ao cuidador informal do idoso dependente: Revisão scoping” (2020)

Figueiredo, M. F. (2022). Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar (1a Edição). Sabooks Editora.

Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>;

Figueiredo, M. H. J. S. (2010). Enfermagem de família: um contexto do cuidar (Tese de doutoramento, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto <https://hdl.handle.net/10216/85134>;

Figueiredo et al (2023) Enfermagem de saúde familiar. Lisboa. Lidel- edições técnicas, Lda;

Figueiredo. (2009). Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar [Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem]. Universidade do Porto.

Hanson, S.M.H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Práticas e Investigação. 2ª ed. Loures: Lusociência.

Hanson, S. M., & Kaakinem, J. R. (2005). Fundamentos Teóricos para a Prática de Enfermagem de Família. Em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Loures: Lusociência.

Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. Revista de Enfermagem Referência, IV Série(23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/RIV1907>

ICN. (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Lusodidacta, Ed.).

- International Council of Nurses. (2011). CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE versão 2 - Tradução Oficial Portuguesa). Lisboa Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, Isabel Maria Dionísio - Adaptação e validação para português do questionário Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC). Coimbra, 2013
- Lacerda, M. G., Lacerda, G., Alves, D., Lemos, I., & Albuquerque, G. (2019). Aspectos envolvidos na assistência prestada ao idoso dependente: percepções dos cuidadores informais. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 13(15), 34–49. Recuperado de <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/sau> *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem* ISSN 2184-4402 - Edição n.º 4 - outubro 2020 *Desenvolvimento/article/view/1031/587-* citado por Ferreira margarida et al “Contributos para a intervenção do enfermeiro de família ao cuidador informal do idoso dependente: Revisão scoping” (2020)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In Meleis, A. I. (Ed.) *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-65). Springer Publishing Company, LLC. [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1): 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão e Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P. A., & Del-PinoCasado, R. (2018). The start of caring for an elderly dependent family member: a qualitative metasynthesis. *BMC Geriatrics*, 18(1), 228. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0922->
- Mendes, P., Figueiredo, M., Santos, A., Fernandes, M., & Fonseca, R. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87-94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>

- Marques, M; Teixeira, H & Souza, D. (2012). Cuidadoras informais de Portugal: vivências de cuidar de idosos. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, Vol. 10, nº 1, pp. 147- 159. Acedido a 6 de janeiro de 2018 em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a09.pdf>
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão e Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K., (2010). Experiencing transitions: An emerging Middle-Range Theory. In A. I.
- Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middlerange and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–72). Springer Publishing Company. Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). *Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos; A Dependência: o Apoio Informal, a Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa. <http://www.cartasocial.pt>
- Neri, A. L. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001, citado por *Revista de Ciências Humanas*, vol. 18, n. 2, jul./dez. 2018
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem Dos Enfermeiros, pp. 1–2. Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa.
- Orem D. E. Taylor S. G., Renpenning K. M. L. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). Mosby
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada de Posição nº 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: OE. Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.o 428/2018 -Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na*

área de Enfermagem de Saúde Familiar. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>. Ordem dos Enfermeiros. (2018).

Rodrigues, C. M. (2020). Famílias com pessoas dependentes no autocuidado– implicações para o enfermeiro de família. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra

Relvas, A. P. (2006). O ciclo vital da família: perspetiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

Rodríguez-González, A. M., RodríguezMíguez, E., Duarte-Pérez, A., DíazSanisidro, E., Barbosa-Álvarez, Á., & Clavería, A. (2017). Cross-sectional study of informal caregiver burden and the determinants related to the care of dependent persons. *Atencion Primaria*, 49(3), 156–165. DOI: 10.1016/j.aprim.2016.05.006- citado por Ferreira margarida et al “Contributos para a intervenção do enfermeiro de família ao cuidador informal do idoso dependente: Revisão scoping” (2020)

Regulamento n.º no 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>. Ordem dos Enfermeiros (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – referencial em enfermagem de saúde familiar. Lisboa: OE.

Relvas, A.P. (2004). O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República 2ª. Série. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. Diário da República 2ª serie. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Rabelo, D. & Neri, A. (2015). Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18 (3), 507-519. <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/BXBSz4CbS9RhGz5zmnGXsRv/abstract/?lang=pt>

Ratti, A., Pereira, M., & Centa, M. (2005). A relevância da cultura no cuidado às famílias. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 7(1), 60-68.

Relvas, A. (2006). O ciclo vital da família: perspetiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

Saad, P. (2016). Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. *Séries Demográficas*, 3, 153-166. <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/series/article/view/71/68>

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (Jun/Dez de 2015). O Cuidado Humano Transicional como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*(49), pp. 153-171. Obtido de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>

Sequeira Carlos (2010) “Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit”.

Sousa, F. G., Figueiredo, M. d., & Erdmann, A. L. (Jan-Abril de 2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, pp. 60-63.

Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2021). Cuidadores informais: principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *PSIQUE-Anais de Psicologia*, 17, 9-25.

Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. (6ª ed.). FA Davis.

Anexos

## Anexo 1- Comissão de Ética family2care



A COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSV  
 PARA COMISSÃO DE CONSENTIMENTO  
 PARECER DE ÉTICA.

22/05/24

José L. Gomes  
 (Enfermeiro Diretor)

v. referência:

v. data:

n. referência:

data:

4554 0240 20-404-24

assunto

## PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVER UM ESTUDO DESIGNADO FAMILY2CARE

A Escola Superior de Saúde de Viseu pretende desenvolver um estudo designado Family2Care – Projeto de intervenção comunitária, dirigido a famílias através da mobilização do Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde Grupo: NursID – Innovation & Development in Nursing.

A Equipa de investigadores em Enfermagem: Catarina Inês Costa Afonso, Maria Isabel Bica Carvalho Costa (investigadoras principais), Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, Cláudia Margarida Correia Balula Chaves, Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo e Maria Odete Pereira Amaral e Estudantes de Mestrado sob a sua orientação, a realizar Estágios/Ensinos Clínicos na ULS Viseu Dão-Lafões no âmbito de Enfermagem de Saúde Familiar (Unidades Funcionais de Saúde).

O objetivo do estudo é analisar o processo de cuidados de enfermagem à família, tendo como base a matriz operativa do MDAIF, identificando ganhos em saúde. Que ocorrerá de 17 de junho a 31 de dezembro de 2024. Sendo esperada resposta às necessidades identificadas nas famílias, através da consciencialização e mobilização de recursos familiares com tradução em ganhos em saúde para as famílias.

Em anexo, enviamos um exemplar do Projeto; Pedido de Parecer da Comissão de Ética da ULS Viseu Dão-Lafões; Declaração de Consentimento Informado; Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Equipa supracitada, é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

A Presidente,

(Manuela Ferreira, PhD)

IB/AL

Eunice C. Etro  
 23/05/2024

Na resposta indicar a "n. referência". Em cada ofício tratar só de um assunto.

ESV | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102 | 3500-843 Viseu | Portugal  
 Tel. +351 232 419 100 | e-mail apolodoc@essv.ipv.pt  
 URL www.essv.ipv.pt



A C.A.

26/06/24

  
José Afonso  
(Enfermeiro Director)

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

## DELIBERAÇÃO

|   |  |
|---|--|
| <b>N/ Referência</b>  | <b>09/14/06/2024</b>   |
| <b>Designação</b>   | Pedido de autorização para realização do estudo subordinado ao tema: "Family2Care – Projeto de Intervenção comunitária, dirigido, a famílias, através da mobilização do modelo dinâmico de intervenção familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS". |
| <b>Investigadores Principais<br/>Equipa de investigadores-<br/>Enfermagem</b> | <b>Investigadores. Principais: Equipa de investigadores- Enfermagem:</b><br>Catarina Afonso, Maria Costa, Ana Andrade, Cláudia Chaves, Maria Figueiredo, Maria Amaral.   |
| <b>Data do documento</b>  | 22 maio 2024   |
| <b>Data de Entrada na CES</b>   | 14 junho 2024  |
| <b>Data de Deliberação CES</b>  | 14 junho 2024  |

Analisado, o pedido de autorização, para realização do estudo subordinado ao tema: "Family2Care – Projeto de Intervenção comunitária, dirigido, a famílias através da mobilização do modelo dinâmico de intervenção familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS – centro de investigação em tecnologias e serviços de Saúde grupo NursID – Innovation & Development in Nursing", cujos investigadores Principais - Equipa de investigadores-Enfermagem são: Catarina Afonso, Maria Costa, Ana Andrade, Cláudia Chaves, Maria Figueiredo e Maria Amaral, esta CES deliberou nada a opor ao mesmo.

**Elementos da CES da ULSVDL que deliberaram em reunião ocorrida em 14/06/2024****Presidente:** Maria Helena Ruivo Solheiro

Vice-Presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade

Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida

Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento

**Dra. Helena Solheiro**  
**Presidente da C.E.S.**

**AUTORIZADO**  
Reunião do C.A.: 26/06/24

**Presidente**  
(Helena Solheiro)

**Director Clínico CSH**  
(Eduardo Melo)

**Directora Clínica CSP**  
(Rita Figueiredo)

**Vogal Executiva**  
(Sandra Gil)

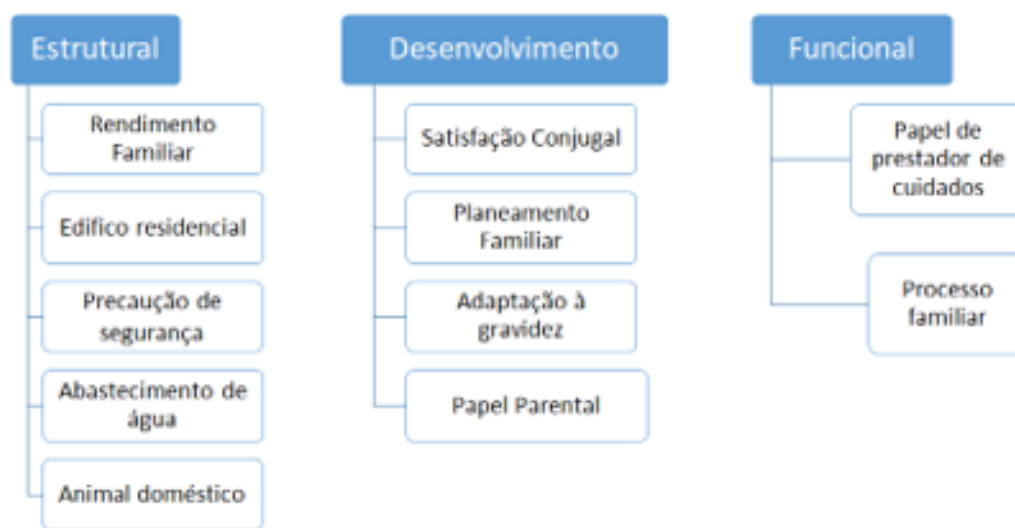
**Enfermeiro Director**  
(José L. Gomes)

## Anexo 2- Instrumento de colheita de Dados

Adaptado de Figuelredo (2012)

Figuelredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusacência

### MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



### A- DIMENSÃO ESTRUTURAL

| Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma) |
|--|
|  |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|  |
|--|
|  |
|--|

| Dado avaliativo: Tipo de Família  |  | (retirar o que não se adequa) |  |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Família nuclear                   |  | Coabitação                    |  |
| Família reconstruída              |  | Família institucional         |  |
| Família monoparental              |  | Comuna                        |  |
| Monoparental liderada pelo homem  |  | Unipessoal                    |  |
| Monoparental liderada pela mulher |  | Alargada                      |  |
| Outro (especificar)               |  |                               |  |

| Dado avaliativo: Família Extensa |  |
|----------------------------------|--|
|                                  | Nome(s) (igual ao assinalado no genograma) |
| <b>Tipo</b>                      |  |
| Pessoal                          |  |
| Telefónico                       |  |
| Carta/e-mail                     |  |
| Outro:                           |  |
| <b>Intensidade de contacto</b>   |  |
| Semanal                          |  |
| Quinzenal                        |  |
| Mensal                           |  |
| Outro:                           |  |
| <b>Função das relações</b>       |  |
| Companhia social                 |  |
| Apoio emocional                  |  |
| Guia cognitivo e conselhos       |  |
| Regulação social                 |  |
| Ajuda material e de serviço      |  |

| Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Económia) |
|--|
|  |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência



|                    | Trabalho | Escola | Inst Saúde | Religião | IPSS | Lazer/<br>Cultura | Amigos | Outros |
|--------------------|----------|--------|------------|----------|------|-------------------|--------|--------|
| Vínculo forte      |          |        |            |          |      |                   |        |        |
| Vínculo intermédio |          |        |            |          |      |                   |        |        |
| Vínculo fraco      |          |        |            |          |      |                   |        |        |

#### Dado avaliativo: Classe social

##### NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

| GRUPO | PROFISSÃO  | INSTRUÇÃO  | ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR   | TIPO DE HABITAÇÃO  | LOCAL DE RESIDÊNCIA   | PONTUAÇÃO                   |                            |                       | POSIÇÃO SOCIAL                             |
|-------|--|--|---|--|---|-----------------------------|----------------------------|-----------------------|--|
|       |  |  |   |  |   | c/3 itens                   | c/4 itens                  | c/5 itens             |  |
| 1     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigentes e Comerciantes</li> <li>• Dirigentes de topo do sector público ou privado (&gt; 500 empregados)</li> <li>• Professores Universitários (com Doutoramento)</li> <li>• Brigadeiros/Comandantes</li> <li>• Profissionais de topo de topo</li> <li>• Altos dirigentes políticos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Licenciatura</li> <li>• Mestrado</li> <li>• Doutoramento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lucros de empresas, de propriedades</li> <li>• Heranças</li> <li>• Rendimentos profissionais de elevado nível</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casa ou andar luxuoso, espaçoso e máximo de confortos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zona residencial elegante</li> </ul>                       | 5<br>4<br>3<br>2<br>1       | 4<br>3<br>2<br>1           | 3<br>2<br>1           | I<br>CLASSE ALTA<br>DATA: __/__/__         |
| 2     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Industriais e Comerciantes</li> <li>• Dirigentes de médias empresas</li> <li>• Agricultores / Proprietários</li> <li>• Dirigentes intermédios e quadras técnicas do sector público ou privado</li> <li>• Oficiais das Forças Armadas</li> <li>• Profissionais liberais</li> <li>• Professores Ens Básico</li> <li>• Professores Ens Secundário</li> <li>• Professores Universitários (2º Doutoramento)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacharelato ou Curso Superior c/curseja e 3 anos</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Altos vencimentos e heranças (10 vezes o salário mínimo nacional)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casa ou andar bastante espaçoso e confortável</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bom local</li> </ul>                                       | 10<br>9<br>8<br>7<br>6<br>5 | 8<br>7<br>6<br>5<br>4<br>3 | 4<br>3<br>2<br>1      | II<br>CLASSE MÉDIA ALTA<br>DATA: __/__/__  |
| 3     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Industriais e Comerciantes</li> <li>• Quadras médias Chefes de Secção</li> <li>• Emp. Escritório (grau 1)</li> <li>• Médicos agricultores</li> <li>• Sargentos e equipados</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12º Ano</li> <li>• Não sabe ler ou escrever</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vencimentos certos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casa ou andar em bom estado de conservação, cómodo e casa de banho, electrodoméstios bem essenciais</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zona intermédia</li> </ul>                                 | 14<br>13<br>12<br>11<br>10  | 11<br>10<br>9<br>8<br>7    | 7<br>6<br>5<br>4<br>3 | III<br>CLASSE MÉDIA<br>DATA: __/__/__      |
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Agrícolas/Industriais</li> <li>• Emp. Escritório (grau 2)</li> <li>• Operários semi-qualificados</li> <li>• Funcionários públicos e membros das P.A. ou militares (de nível 1)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escaridade e 4 anos e 1º ano</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remunerações (ao salário mínimo nacional)</li> <li>• Pensões ou Reformas</li> <li>• Vencimentos incertos</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodoméstios de menor nível</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bairro social / operário</li> <li>• Zona antiga</li> </ul> | 18<br>17<br>16<br>15<br>14  | 14<br>13<br>12<br>11<br>10 | 4<br>3<br>2<br>1      | IV<br>CLASSE MÉDIA BAIXA<br>DATA: __/__/__ |
| 5     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assalariados agrícolas</li> <li>• Trabalhadores indolentes e profissões não classificadas nos grupos anteriores</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não sabe ler ou escrever</li> <li>• Escaridade e 4 anos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assalariados (subsídios)</li> <li>• INSC</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Império (barroco, andar de terra)</li> <li>• Coabitação de várias famílias em situação de precariedade</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bairro de lata ou equivalente</li> </ul>                   | 22<br>21<br>20<br>19        | 17<br>16<br>15<br>14       | 5<br>4<br>3<br>2      | V<br>CLASSE BAIXA<br>DATA: __/__/__        |

Fonte: Graffar - "Um método de classificação social e de estratificação de população" - *Comun. Sociol.*, 1956, vol. VI - nº 8 (Março-Junho) pp. 465 - 469. Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Dr. Fausto Amaro.

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

#### Crítérios relativos ao Tipo de Habitação

*(eliminar o que não se adequa)*

Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além da essencial (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com climática; court de ténis; condomínio privada; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

Grau 2 – – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos) + Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/eletricidade + escassa ventilação + luz natural

Grau 5 – + Barraca Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exíguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/eletricidade + sem ventilação + sem luz natural

### Focos/ Áreas De Atenção

| Foco   | A.1- Rendimento Familiar   |
|--|--|
| Atividade Diagnóstica<br>Avaliar Rendimento Familiar | <i>(colocar resultados/dados)</i><br>- Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) [(no caso de ORF superior a 3) ou (no caso de ORF igual ou inferior a 3 e enfermeiro considere que deve ser avaliado)]<br>↓<br>- Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <i>(eliminar o que não se adequa)</i><br><br><i>(colocar texto livre, se adequado)</i> |
| Crítérios diagnósticos                               | <u>Rendimento Familiar Insuficiente</u> se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF  |
| Diagnóstico  | Rendimento Familiar Insuficiente / Rendimento Familiar Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>  |



Se Rendimento Familiar Insuficiente

|                      |   |
|----------------------|---|
| Resultados Desejados | <i>(colocar texto livre)</i>                          |
|                      | Requerer serviços sociais (técnica de serviço social) |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|   |  |
|---|--|
| <b>Intervenções Sugeridas</b><br><i>(incluir o que não se adequa)</i> | Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social) |
|   | Promover a gestão do rendimento familiar                             |
| <b>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</b>              |  |
| <b>Fundamentação (ACI) /Se adequada)</b>                              |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Avaliação de resultados das intervenções</b><br><i>(repetir conforme necessário)</i> | <b>Data</b>  |
| <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>   | <i>(colocar resultados/dados)</i>  |
| <b>Diagnóstico</b>  | Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente <i>(incluir o que não se adequa)</i> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Foco</b>  | <b>A.2- Edifício Residencial</b>   |
| <b>Atividade Diagnóstica</b><br>Avaliar Edifício Residencial | <i>(colocar resultados/dados) (incluir o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i><br>- Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar)<br>- Conhecimento <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre riscos de edifício <i>(no caso de TH 4 ou 5)</i><br>- Higiene da Habitação Presente/Não Presente<br>- Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre governo da casa <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i><br>- Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i> |
| <b>Critérios diagnósticos</b>                                | <u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado.<br><u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)  |
| <b>Diagnóstico</b>   | Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício <u>residencial Negligenciado</u> <i>(incluir o que não se adequa)</i>  |



Se Edifício Residencial Negligenciado

|   |   |
|---|---|
| <b>Resultados Desejados</b>   | <i>(colocar texto livre)</i>                              |
| <b>Intervenções Sugeridas</b><br><i>(incluir o que não se adequa)</i>                   | Requerer serviço social (técnica de serviço social)       |
|   | Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia) |
|   | Orientar a família para serviços sociais                  |
| <b>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</b>                                |   |
| <b>Fundamentação (ACI) /Se adequada)</b>  |   |
| <b>Avaliação de resultados das intervenções</b><br><i>(repetir conforme necessário)</i> | <b>Data</b>   |
| <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>   | <i>(colocar resultados/dados)</i>                         |



Se Edifício Residencial Não Seguro

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <b>Resultados Desejados</b>  | <i>(colocar texto livre)</i>  |                                   |
| <b>Intervenções Sugeridas</b><br><i>(eliminar o que não se adequa)</i>   | Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro   |                                   |
|  | Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional   |                                   |
|  | Promover governo da casa  |                                   |
|  | Reforçar o governo da casa  |                                   |
|  | Instruir a família sobre governo da casa  |                                   |
|  | Motivar a família para governo da casa  |                                   |
|  | Requerer serviços sociais   |                                   |
| <b>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</b>   |   |                                   |
| <b>Fundamentação (ACI) (Se adequada)</b>   |   |                                   |
| <b>Avaliação de resultados das intervenções</b><br><i>(repetir conforme necessário)</i><br><i>(Especificar as atividades de avaliação)</i> | <b>Data</b>   | <i>(colocar resultados/datas)</i> |
| <b>Diagnóstico</b>   | Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i> |                                   |



|   |   |
|---|---|
| <b>Foco</b>   | <b>A.3- Prevenção de Segurança</b>  |
| <b>Atividade Diagnóstica</b><br>Analisar Prevenção de Segurança | <i>(colocar resultados/datas) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i><br><br>- Existência / Ausência de <u>Barreiras arquitetônicas</u><br>Se Existência especificar:<br><br>- Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas<br><br>- Existência / Ausência de <u>Aquecimento</u><br>Se Existência, especificar: <u>tipo de aquecimento</u> (central, lareira, ar condicionado, etc.) e <u>conhecimento</u> sobre utilização de equipamento. Se Não tiver conhecimento, especificar <i>(colocar texto livre)</i><br><br>- Existência / Ausência de <u>Abastecimento de gás</u><br>Se Existência, especificar: <u>tipo de abastecimento</u> (canalizado ou botija) e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás. Se Não tiver conhecimento, especificar <i>(colocar texto livre)</i> |
| <b>Critérios diagnósticos</b>                                   | <u>Prevenção de Segurança Não Demonstrada</u> , se: (Existência de Barreiras arquitetônicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)   |
| <b>Diagnóstico</b>  | Prevenção de Segurança Demonstrada / Prevenção de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>   |



Se Prevenção de Segurança Não Demonstrada

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Resultados Desejados</b> | <i>(colocar texto livre)</i>                             |
|                             | Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|   |   |
|---|---|
| <b>Intervenções Sugeridas</b><br><i>(eliminar o que não se adequa)</i>                  | Ensinar sobre utilização de equipamento de gás  |
|   | Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico  |
|   | Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento   |
|   | Negociar sobre utilização de equipamento de gás   |
|   | Negociar sobre utilização de equipamento elétrico   |
|   | Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas   |
|   | Orientar para serviços da comunidade  |
| <b>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</b>                                |   |
| <b>Fundamentação (ACI) /Se adequada)</b>  |   |
| <b>Avaliação de resultados das intervenções</b><br><i>(repetir conforme necessário)</i> | <b>Data</b>   |
| <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>   | <i>(colocar resultados/dados)</i>   |
| <b>Diagnóstico</b>  | Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i> |

| <b>Foco</b>   | <b>A.4- Abastecimento de Água</b>   |
|---|---|
| <b>Atividade Diagnóstica</b><br>Avaliar Abastecimento de Água | <i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i><br><br>- Existência / Ausência de Abastecimento de água <i>(colocar texto livre, caso não tenha abastecimento de água)</i><br><i>Se Existência, especificar: tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou mista). Se rede privada ou mista, especificar (tubo, papa, ...)</i><br><br>- No caso de rede privada ou rede mista: <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano</li> </ul><br>- No caso da utilização da água da rede privada para consumo humano: <ul style="list-style-type: none"> <li>Com / Sem Controlo da qualidade da água</li> </ul><br>- No caso de não ser efetuado o controlo da qualidade da água: <ul style="list-style-type: none"> <li><u>Conhecimento Demonstrado</u> / Não Demonstrado sobre o controlo da qualidade</li> <li><u>Conhecimento Demonstrado</u> / Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água</li> </ul> |
| <b>Crítérios diagnósticos</b>                                 | <u>Abastecimento de Água Não Adequado</u> , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controlo da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]  |
| <b>Diagnóstico</b>  | Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>   |

Se Abastecimento de Água Não Adequado



|  |   |
|--|---|
| <b>Resultados Desejados</b>  | <i>(colocar texto livre)</i>                                  |
| <b>Intervenções Sugeridas</b><br><i>(eliminar o que não se adequa)</i> | Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água  |
|  | Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água |
|  | Orientar para serviços de controlo da qualidade da água       |
| <b>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</b>               |   |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|  |   |
|--|---|
| <b>Fundamentação (ACI)</b> <i>(Se adequada)</i>  |   |
| <b>Avaliação de resultados das intervenções</b><br><i>(insistir conforme necessário)</i> | <b>Data</b>   |
| <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>  | <i>(colocar resultados/dados)</i>   |
| <b>Diagnóstico</b>   | Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(insistir o que não se adequa)</i> |

| <b>Foco</b>  | <b>A.5- Animal doméstico</b>   |
|--|--|
| <b>Atividade Diagnóstica</b><br>Avaliar Animal Doméstico | <i>(colocar resultados/dados) (insistir o que não se adequa)</i><br><br>- Existência / Ausência de <u>Animal doméstico</u> <i>(especificar espécie/raça)</i><br><br>- Existência / Ausência de Vacinação<br><br>- <u>Se Ausência de vacinação</u><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></li> <li>• Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></li> </ul><br>- Existência / Ausência de Desparasitação<br><br>- <u>Se ausência de desparasitação</u><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></li> <li>• Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></li> </ul><br>- <u>Outros dados:</u><br><i>(colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)</i> |
| <b>Critérios diagnósticos</b>                            | <u>Animal doméstico negligenciado</u> , se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(Animal não desparasitado) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]   |
| <b>Diagnóstico</b>                                       | Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(insistir o que não se adequa)</i>  |



Se Animal Doméstico Negligenciado

|  |   |
|--|---|
| <b>Resultados Desejados</b>  | <i>(colocar texto livre)</i>  |
| <b>Intervenções Sugeridas</b><br><i>(insistir o que não se adequa)</i> | Ensinar sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses) |
|  | Orientar para serviços da comunidade  |
|  | Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico  |
|  | Motivar para vacinação do animal doméstico  |
|  | Motivar para desparasitação do animal doméstico   |
|  | Supervisionar vacinação do animal   |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|   |   |
|---|---|
| <b>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</b>                                |   |
| <b>Fundamentação (ACI) /Se adequada)</b>  |   |
| <b>Avaliação de resultados das intervenções</b><br><i>(repetir conforme necessário)</i> | <b>Data</b>   |
| <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>   | <i>(colocar resultados/dados)</i>   |
| Diagnóstico   | Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i> |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

## ▲ B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

| Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Reivas) |  |
|---|--|
| Formação do casal                                       |  |
| Família com filhos pequenos                             |  |
| Família com filhos na escola                            |  |
| Família com filhos adolescentes                         |  |
| Família com filhos adultos                              |  |



| Foco   |   | B.1- Satisfação conjugal  |  |
|--|---|---|--|
| Dimensão   | B.1.1- Relação Dinâmica   |   |  |
| Atividade Diagnóstica do item  | B.1.1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas                                       |   |  |
| Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas  | Atividade diagnóstica<br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação <u>dos cônjuge(s)</u> )              | Resultados<br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação <u>dos cônjuge(s)</u> )   |  |
|  | <u>Fundamentação</u>  |   |  |
| Atividade Diagnóstica do item  | B.1.1.2- Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos  |   |  |
| Satisfação do casal com o tempo que estão juntos                     | Atividade diagnóstica e resultados<br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação <u>dos cônjuge(s)</u> ) | Resultados<br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação <u>dos cônjuge(s)</u> )   |  |
|  | <u>Fundamentação</u>  |   |  |
| Atividade Diagnóstica do item  | B.1.1.3- Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos                                      |   |  |
| Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos | Atividade diagnóstica<br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação <u>do(s) cônjuge(s)</u> )            | Resultados<br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação <u>do(s) cônjuge(s)</u> ) |  |
|  | <u>Fundamentação</u>  |   |  |
| Critérios diagnósticos   | <u>Relação dinâmica disfuncional</u> se: Um dos itens se situar no Não  |   |  |
| Subdiagnóstico   | Relação dinâmica Não Disfuncional / Relação <u>dinâmica Disfuncional</u> (eliminar a que não se adequa)                             |   |  |
| Dimensão   | B.1.2- Comunicação  |   |  |
| Atividade Diagnóstica do item  | B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um   |   |  |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u></p>  | <p><b>Atividade diagnóstica</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</p> | <p><b>Resultados</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</p> |
| <p><b>Fundamentação</b></p>  |   |  |
| <p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p> <p><u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u></p>                 | <p>B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</p>                               |  |
| <p><b>Atividade diagnóstica e resultados</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</p> |   | <p><b>Resultados</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</p> |
| <p><b>Fundamentação</b></p>  |   |  |
| <p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p> <p><u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u></p>                                    | <p>B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal</p>  |  |
| <p><b>Atividade diagnóstica</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</p>              |   | <p><b>Resultados</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</p> |
| <p><b>Fundamentação</b></p>  |   |  |
| <p><b>Crítérios diagnósticos</b></p>   | <p>Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não</p>                           |  |
| <p><b>Subdiagnóstico</b></p>   | <p>Comunicação Não eficaz / Comunicação eficaz (eliminar o que não se adequa)</p>   |  |
| <p><b>Dimensão</b></p>   | <p>B.1.3- Interação Sexual</p>  |  |
| <p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p> <p><u>Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</u></p>                                    | <p>B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</p>  |  |
| <p><b>Atividade diagnóstica</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</p>              |   | <p><b>Resultados</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</p> |
| <p><b>Fundamentação</b></p>  |   |  |
| <p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p> <p><u>Conhecimento do casal sobre sexualidade</u></p>  | <p>B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade</p>  |  |
| <p><b>Atividade diagnóstica e resultados</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</p> |   | <p><b>Resultados</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</p> |
| <p><b>Fundamentação</b></p>  |   |  |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Crítérios diagnósticos</b>   | <b>Interação Sexual Não Adequada</b> se: Item 1: Não <u>ou</u> Item 2: Não   |  |
| <b>Subdiagnóstico</b>   | <b>Interação Sexual Adequada / Interação Sexual Não Adequada</b> (eliminar o que não se adequa)                                      |  |
| <b>Dimensão</b>   | <b>B.1.3- Função Sexual</b>  |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>B.1.3.1- Existência / Ausência de Disfunções Sexuais</b>  |  |
| <b>Disfunções Sexuais</b>   | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))              | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>   |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais</b>    |  |
| <b>Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais</b> | <b>Atividade diagnóstica e resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>   |  |
| <b>Crítérios diagnósticos</b>   | <b>Relação Sexual Comprometida</b> Se: Item 1: Sim <u>ou</u> Item 1: Sim e Item 2: Não   |  |
| <b>Subdiagnóstico</b>   | <b>Relação Sexual Comprometida / Relação Sexual Não Comprometida</b> (eliminar o que não se adequa)                                  |  |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Foco</b>                   | <b>B.1. Satisfação Conjugal</b>   |
| <b>Crítérios diagnósticos</b> | <b>Satisfação Conjugal Não Mantida</b> se: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação dinâmica disfuncional e/ou</li> <li>• Comunicação Não Eficaz e/ou</li> <li>• Interação Sexual Não Adequada e/ou</li> <li>• Relação Sexual Comprometida</li> </ul> |
| <b>Diagnóstico:</b>           | <b>Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida por</b> Relação dinâmica disfuncional / Comunicação Não Eficaz / Interação Sexual Não Adequada / Relação Sexual Comprometida (eliminar o que não se adequa)                                  |



Se Satisfação Conjugal Não Mantida

|   |  |
|---|--|
| <b>Resultados Desejados</b>                                     | (colocar texto livre)  |
| <b>Intervenções Sugeridas</b><br>(eliminar o que não se adequa) | Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas |
|   | Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas   |
|   | Promover a comunicação expressiva das emoções                          |
|   | Promover a comunicação do casal  |
|   | Planear rituais familiares   |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|  |   |
|--|---|
|  | Motivar para atividades em conjunto   |
|  | Ensinar sobre sexualidade   |
|  | Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais                    |
|  | Orientar para serviços médicos  |
|  | Orientar para terapia familiar  |
|  | Orientar para serviços (psicologia)   |
| <b>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</b>   |   |
| <b>Fundamentação (ACI) (Se adequada)</b>   |   |
| <b>Avaliação de resultados das intervenções</b><br><i>(repetir conforme necessária)</i><br><i>(Especificar as atividades de avaliação)</i> | <b>Data</b><br><i>(colocar resultados/dados)</i>  |
| Diagnóstico  | Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida <i>(eliminar o que não se adequa)</i> |



Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

## C- DIMENSÃO FUNCIONAL

| Membro da família dependente (eliminar o que não se adequa)                              |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
|--|-------------|-----|----------------------------|---------------------------|---------|-------------------|----------------------|
| SIM  |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| NÃO  |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Dados avaliativos se membro da família dependente <b>SIM</b> (eliminar se não se adequa) |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Autocuidados   | Dependência |     | Prestador de Cuidados (PC) |                           |         |                   |                      |
|  | Sim         | Não | Membro da família          | Membro da família extensa | Vizinho | Auxiliar de saúde | Outros (especificar) |
| Autocuidado Higiene  |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Autocuidado Vestuário  |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Autocuidado Comer  |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Autocuidado Beber  |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Autocuidado Ir ao sanitário  |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Autocuidado<br>Comportamento sono-<br>repouso  |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Autocuidado Atividade de<br>lazer  |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Autocuidado Atividade<br>Física  |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Gestão do regime<br>terapêutico  |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Autovigilância   |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| Autoadministração de<br>medicamentos   |             |     |                            |                           |         |                   |                      |
| <b>Se o prestador de cuidados não for membro da família:</b>                             |             |     |                            | Instruído ou<br>iletrado  |         |                   |                      |
|  |             |     |                            | Profissão                 |         |                   |                      |
|  |             |     |                            | Contacto                  |         |                   |                      |

| Dados avaliativos se membro da família dependente <b>SIM</b>   |     |     |
|--|-----|-----|
| Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene         | SIM | NÃO |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência               |     |     |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho                                       |     |     |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho                        |     |     |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes                          |     |     |
| Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes              |     |     |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário                               |     |     |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário                |     |     |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes                      |     |     |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)              |     |     |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo                         |     |     |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de <del>fanerotomia</del>                        |     |     |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de <del>fanerotomia</del>         |     |     |
| <b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário</b> |     |     |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência               |     |     |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusodência

|   |  |  |
|---|--|--|
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima   |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir   |  |  |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir   |  |  |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir  |  |  |
| <b>Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer</b>                                      |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado   |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos   |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)  |  |  |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação   |  |  |
| <b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber</b>                                      |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado   |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos  |  |  |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos                                       |  |  |
| <b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário</b>                            |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos  |  |  |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos   |  |  |
| <b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo</b>                  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso   |  |  |
| <b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa</b>                       |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer   |  |  |
| <b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física</b>                           |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)                |  |  |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos  |  |  |
| <b>Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico</b>   |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso  |  |  |
| <b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância</b>   |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia   |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar  |  |  |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar   |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial   |  |  |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial  |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés  |  |  |
| <b>Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos</b>                     |  |  |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|   |  |  |
|---|--|--|
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência              |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos                   |  |  |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos    |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita                                   |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos                |  |  |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos |  |  |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos                     |  |  |

| <b>Foco</b>   | <b>C.1- Papel Prestador de Cuidados</b>   |  |
|---|---|--|
| <b>Dimensão</b>   | <b>C.1.1- Conhecimento do papel</b>   |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.1.1.1- Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados Demonstrado / Não demonstrado sobre Autocuidado Higiene</b>            |  |
| <u>Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene</u>             | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))                               | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>  |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.1.1.2- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Vestuário</b>         |  |
| <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre o Autocuidado Vestuário</u>         | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))                               | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>  |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.1.1.3- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Comer</b> |  |
| <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Comer</u> | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))                               | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>  |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.1.1.4- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Beber</b>               |  |
| <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber</u>               | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))                               | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>  |  |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p> <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário</u></p>      | <p><b>C.1.1.5-</b> Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Ir ao sanitário</p>      |  |
| <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo</u></p>                                       | <p><b>Atividade diagnóstica</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cãnjuge(s))</p>                               | <p><b>Resultados</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cãnjuge(s))</p> |
| <p><b>Fundamentação</b></p>   |   |  |
| <p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p> <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa</u></p> | <p><b>C.1.1.7-</b> Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade recreativa</p> |  |
| <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa</u></p>   | <p><b>Atividade diagnóstica</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cãnjuge(s))</p>                               | <p><b>Resultados</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cãnjuge(s))</p> |
| <p><b>Fundamentação</b></p>   |   |  |
| <p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p> <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física</u></p>     | <p><b>C.1.1.8-</b> Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade física</p>     |  |
| <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do Regime terapêutico</u></p>  | <p><b>Atividade diagnóstica</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cãnjuge(s))</p>                               | <p><b>Resultados</b><br/>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cãnjuge(s))</p> |
| <p><b>Fundamentação</b></p>   |   |  |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusocência

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância</b>                      |  |
| <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância</u>                    | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))                                    | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>   |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos</b>   |  |
| <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos</u> | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))                                    | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>   |  |
| <b>Crítérios diagnósticos</b>   | <b>Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado se:</b><br>Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÃO                         |  |
| <b>Subdiagnóstico</b>   | <b>Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrado / Não demonstrado (eliminar a que não se adequa)</b>  |  |
| <b>Dimensão</b>   | <b>C.1.2- Comportamentos de Adesão</b>   |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.1.2.1- Prestador de <u>cuidados</u> <u>Demonstra</u>/ Não Demonstra estimular a independência do membro da família dependente</b>                     |  |
| <u>Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente</u>                             | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))                                    | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>   |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.1.2.2- O Prestador de <u>cuidados</u> <u>Demonstra</u>/ Não Demonstra promover Higiene adequada ao membro da família dependente</b>                   |  |
| <u>O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente</u>                           | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))                                    | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>   |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.1.2.3- O Prestador de <u>cuidados</u> <u>Demonstra</u>/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</b> |  |
| <u>O Prestador de cuidados promove a</u>  | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))                                    | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s)) |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusodência

|   |  |   |
|---|--|---|
| <u>utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</u>   | <b>Fundamentação</b>   |   |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b><br><u>O Prestador de cuidados promove a ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</u>              | C.1.2.4- O Prestador de <u>cuidados Demonstra/</u> Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente                  |   |
|   | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i>                             | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
|   | <b>Fundamentação</b>   |   |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b><br><u>A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</u> | C.1.2.5- A <u>família Demonstra/</u> Não demonstra ter adquirido equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente |   |
|   | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i>                             | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
|   | <b>Fundamentação</b>   |   |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b><br><u>O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</u>           | C.1.2.6- O Prestador de <u>cuidados Demonstra/</u> Não Demonstra promover Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente               |   |
|   | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i>                             | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
|   | <b>Fundamentação</b>   |   |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b><br><u>O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</u>             | C.1.2.7- O Prestador de <u>cuidados Demonstra/</u> Não Demonstra promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente                 |   |
|   | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i>                             | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
|   | <b>Fundamentação</b>   |   |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusocência

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.1.2.8-</b> O Prestador de <u>cuidados_Demonstra/</u> Não Demonstra promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente |  |
| <u>O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</u> | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))                       | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>  |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.1.2.9-</b> O Prestador de <u>cuidados_Demonstra/</u> Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância             |  |
| <u>O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância</u>             | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))                       | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)) |
|   | <b>Fundamentação</b>  |  |
| <b>Critérios diagnósticos</b>   | <b>Comportamentos de Adesão Não Demonstrado se:</b><br>Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÃO                             |  |
| <b>Subdiagnóstico</b>   | <b>Comportamentos de Adesão Demonstrado / Não demonstrado</b> (eliminar o que não se adequa)  |  |
| <b>Dimensão</b>   | <b>C.1.3- Consenso do Papel</b>   |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | C.1.3.1- Consenso SIM/ NÃO  |  |
| <u>Consenso do papel</u>  | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))                       | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)) |
| <b>Subdiagnóstico</b>   | <b>Consenso do Papel SIM/NÃO</b> (eliminar o que não se adequa)   |  |
| <b>Dimensão</b>   | <b>C.1.4- Conflito do Papel</b>   |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | C.1.4.1- Conflito SIM/ NÃO  |  |
| <u>Conflito do papel</u>  | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))                       | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)) |
| <b>Subdiagnóstico</b>   | <b>Conflito do Papel Sim/Não</b> (eliminar o que não se adequa)   |  |
| <b>Dimensão</b>   | <b>C.1.5- Saturação do Papel</b>  |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | C.1.5.1- Saturação SIM/ NÃO   |  |
| <u>Saturação do papel</u>   | <b>Atividade diagnóstica</b>  | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)) |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|                       |  |
|-----------------------|--|
|                       | <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
| <b>Subdiagnóstico</b> | <b>Saturação do Papel Sim/Não</b> (eliminar o que não se adequa)                               |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Foco</b>                   | <b>C.1- Papel Prestador de Cuidados</b>  |
| <b>Crítérios diagnósticos</b> | <b>Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou</li> <li>• Compartamentos de adesão Não demonstrado e/ou</li> <li>• Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do <u>papel Sim</u></li> </ul> |
| <b>Diagnóstico:</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Papel Prestador de Cuidados Não Adequado</b> por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Compartamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do <u>papel Sim</u> (eliminar o que não se adequa)</li> </ul>      |

Se Papel Prestador de Cuidados Não Adequado

|  |  |
|--|--|
| <b>Resultados Desejados</b>  | <i>(colocar texto livre)</i>   |
| <b>Intervenções Sugeridas</b><br><i>(eliminar o que não se adequa)</i> | <p>Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência</p> <p>Ensinar PC sobre a Técnica do Banho</p> <p>Instruir PC sobre a Técnica do Banho</p> <p>Treinar PC sobre a Técnica do Banho</p> <p>Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem dos dentes</p> <p>Instruir PC sobre a técnica de lavagem dos dentes</p> <p>Treinar PC sobre a Técnica de Lavagem dos dentes</p> <p>Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário</p> <p>Instruir PC sobre a utilização do fio dentário</p> <p>Treinar PC sobre a utilização do fio dentário</p> <p>Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem dos dentes</p> <p>Ensinar PC sobre higiene do cabelo</p> <p>Instruir PC sobre higiene do cabelo</p> <p>Treinar PC sobre a higiene do cabelo</p> <p>Ensinar PC sobre a técnica de <del>faperotomia</del></p> <p>Instruir PC sobre técnica de <del>faperotomia</del></p> <p>Treinar PC sobre a técnica de <del>faperotomia</del></p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais de papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar as dimensões conflituais no papel</p> <p>Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)</p> <p>Promover estratégias de <del> coping</del> para o papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p> |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|  |  |
|--|--|
| <b>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</b>   |  |
| <b>Fundamentação (ACI) (Se adequada)</b>   |  |
| <b>Avaliação de resultados das intervenções</b><br><i>(repetir conforme necessária)</i><br><i>(Especificar as atividades de avaliação)</i> | <b>Data</b><br><br><i>(colocar resultados/dados)</i>   |
| Diagnóstico  | Papel Prestador de Cuidados Adequado / Não Adequado<br><i>(eliminar o que não se adequa)</i> |

| DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR |   |             |
|---|---|-------------|
| Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe     |   |             |
| N.º   | ACONTECIMENTO                               | Valor Médio |
| 1   | Morte de cônjuge                            | 100         |
| 2   | Divórcio                                    | 73          |
| 3   | Separação conjugal                          | 65          |
| 4   | Saída da cadeia                             | 63          |
| 5   | Morte de um familiar próximo                | 53          |
| 6   | Acidente ou doença grave                    | 53          |
| 7   | Casamento                                   | 50          |
| 8   | Despedimento                                | 47          |
| 9   | Reconciliação conjugal                      | 45          |
| 10  | Reforma                                     | 45          |
| 11  | Doença grave de família                     | 44          |
| 12  | Gravidez                                    | 40          |
| 13  | Problemas sexuais                           | 39          |
| 14  | Aumento do agregado familiar                | 39          |
| 15  | Readaptação profissional                    | 39          |
| 16  | Mudança da situação económica               | 38          |
| 17  | Morte de um amigo <u>íntimo</u>             | 37          |
| 18  | Mudança no tipo de trabalho                 | 36          |
| 19  | Alteração n.º de discussões com cônjuge     | 35          |
| 20  | Contrair um grande empréstimo               | 31          |
| 21  | Acabar de fazer um grande empréstimo        | 30          |
| 22  | Mudança de responsabilidade no trabalho     | 29          |
| 23  | Filho que abandona o lar                    | 29          |
| 24  | Dificuldades com a família do cônjuge       | 29          |
| 25  | Acentuado sucesso pessoal                   | 27          |
| 26  | Cônjuge que inicia/termina emprego          | 26          |
| 27  | Início ou fim de escolaridade               | 26          |
| 28  | Mudança nas condições de vida               | 25          |
| 29  | Alteração dos hábitos pessoais              | 24          |
| 30  | Problemas com o patrão                      | 23          |
| 31  | Mudança de condições ou hábitos de trabalho | 20          |
| 32  | Mudança de residência                       | 20          |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|  |  |    |
|--|--|----|
| 33   | Mudança de escola                        | 19 |
| 34   | Mudança de diversões                     | 18 |
| 35   | Mudança de atividades religiosas         | 19 |
| 36   | Mudança de atividades sociais            | 18 |
| 37   | Contrair uma pequena dívida              | 17 |
| 38   | Mudança nos hábitos de sono              | 16 |
| 39   | Mudança no número de reuniões familiares | 15 |
| 40   | Mudança nos hábitos alimentares          | 15 |
| 41   | Férias                                   | 13 |
| 42   | Natal                                    | 12 |
| 43   | Pequenas transgressões à lei             | 11 |
| TOTAL  |  |    |
| 150-200: Menor probabilidade de incidência doenças                                     |  |    |
| 200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica |  |    |
| > 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.                      |  |    |

| DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR  |           |               |
|--|-----------|---------------|
| <b>Comunicação Emocional</b>   |           |               |
| Quem na família expressa mais os sentimentos?  |           |               |
|  | SIM       | NÃO           |
| Satisfação das membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (Se NÃO, especificar)                               |           |               |
| Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (Se NÃO, especificar)                        |           |               |
|  | FAVORÁVEL | NÃO FAVORÁVEL |
| Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (Se NÃO FAVORÁVEL, especificar)   |           |               |
| <b>Comunicação Verbal/ Não Verbal</b>  |           |               |
|  | SIM       | NÃO           |
| Todos na família são claros e diretos no discurso, <u>ou seja</u> se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem |           |               |
| Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com as outras                                |           |               |
| <b>Comunicação Circular</b>  |           |               |
|  | SIM       | NÃO           |
| Satisfação das membros sobre a forma como se comunica na família   |           |               |
| Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa  |           |               |
| <b>Coping Familiar</b>   |           |               |
| Solução de Problemas   |           |               |
| 1. Quem na família expressa mais os sentimentos?   |           |               |
| 2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas?   |           |               |
|  | SIM       | NÃO           |
| 3. Existe discussão sobre os problemas na família  |           |               |
| 4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (Se NÃO, especificar)               |           |               |
| 5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (Se SIM, especificar)                              |           |               |
| 6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (Se SIM, especificar)                              |           |               |
| <b>Papéis Familiares</b>   |           |               |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

| Interações de Papéis na Família   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. Quem desempenha Papel Provedor?  |     |     |
|   | SIM | NÃO |
| Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)   |     |     |
| Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)  |     |     |
| Saturação do Papel (Se SIM, especificar)  |     |     |
| 2. Quem desempenha Papel de gestão financeira?  |     |     |
|   | SIM | NÃO |
| Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)   |     |     |
| Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)  |     |     |
| Saturação do Papel (Se SIM, especificar)  |     |     |
| 3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico?   |     |     |
|   | SIM | NÃO |
| Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)   |     |     |
| Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)  |     |     |
| Saturação do Papel (Se SIM, especificar)  |     |     |
| 4. Quem desempenha Papel Recreativo?  |     |     |
|   | SIM | NÃO |
| Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)   |     |     |
| Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)  |     |     |
| Saturação do Papel (Se SIM, especificar)  |     |     |
| 5. Quem desempenha Papel de Parente?  |     |     |
|   | SIM | NÃO |
| Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)   |     |     |
| Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)  |     |     |
| Saturação do Papel (Se SIM, especificar)  |     |     |
| Relação Dinâmica  |     |     |
| influência e Poder  |     |     |
| Quem é o membro com maior poder na família?   |     |     |
|   | SIM | NÃO |
| Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros |     |     |
| Alianças e Uniões   |     |     |
|   | SIM | NÃO |
| Existem na família alianças entre alguns dos seus membros                                     |     |     |
| Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião |     |     |



| DADOS AVALIATIVOS DA COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA        |  |                 |                      |              |                  |                  |
|--|--|-----------------|----------------------|--------------|------------------|------------------|
| FACES II   |  |                 |                      |              |                  |                  |
| Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995) |  |                 |                      |              |                  |                  |
| N.º  |  | Quase Nunca (1) | De vez em quando (2) | Às Vezes (3) | Muitas Vezes (4) | Quase Sempre (5) |
| 1  | Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.   |                 |                      |              |                  |                  |
| 2  | Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.                                      |                 |                      |              |                  |                  |
| 3  | É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família. |                 |                      |              |                  |                  |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|    |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|
| 4  | Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.              |  |  |  |  |
| 5  | Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.                                |  |  |  |  |
| 6  | Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.              |  |  |  |  |
| 7  | Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.  |  |  |  |  |
| 8  | Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.         |  |  |  |  |
| 9  | Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.  |  |  |  |  |
| 10 | As responsabilidades da nossa casa rodam pelas vários elementos da família                   |  |  |  |  |
| 11 | Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.                   |  |  |  |  |
| 12 | É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.                             |  |  |  |  |
| 13 | Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.     |  |  |  |  |
| 14 | Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.                       |  |  |  |  |
| 15 | Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.                                |  |  |  |  |
| 16 | Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.             |  |  |  |  |
| 17 | Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.                                  |  |  |  |  |
| 18 | Na nossa família somos justos quanto à disciplina.   |  |  |  |  |
| 19 | Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.        |  |  |  |  |
| 20 | A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.                       |  |  |  |  |
| 21 | Cada um de nós aceita o que a família decide.  |  |  |  |  |
| 22 | Na nossa família todos partilham responsabilidade.   |  |  |  |  |
| 23 | Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros  |  |  |  |  |
| 24 | É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.                                       |  |  |  |  |
| 25 | Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros                              |  |  |  |  |
| 26 | Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.  |  |  |  |  |
| 27 | Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.                     |  |  |  |  |
| 28 | Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.                                       |  |  |  |  |
| 29 | Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda. |  |  |  |  |
| 30 | Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros                                    |  |  |  |  |

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)



Coesão familiar

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

| Itens                   | Laços Emocionais |     | Limites Familiares |     | Coligações |     | Tempo      |     | Espaço  |     | Amigos |     | Decisões |     | Interesses e Lazer |             | Score |
|-------------------------|------------------|-----|--------------------|-----|------------|-----|------------|-----|---------|-----|--------|-----|----------|-----|--------------------|-------------|-------|
|                         | (+)              | (+) | (-)                | (+) | (-)        | (-) | (+)        | (+) | (+)     | (-) | (+)    | (+) | (+)      | (+) | (-)                | (+)         |       |
|                         | 1                | 17  | 3                  | 19  | 9          | 29  | 7          | 23  | 5       | 25  | 11     | 27  | 13       | 21  | 15                 | 30          |       |
| Adaptabilidade familiar |                  |     |                    |     |            |     |            |     |         |     |        |     |          |     |                    |             |       |
| Itens                   | Imposição        |     | Liderança          |     | Disciplina |     | Negociação |     | Funções |     | Normas |     | Decisões |     | Score              | Score total |       |
|                         | (+)              | (+) | (-)                | (+) | (+)        | (+) | (+)        | (+) | (+)     | (+) | (+)    | (+) | (-)      |     |                    |             |       |
|                         | 2                | 14  | 28                 | 4   | 16         | 6   | 18         | 8   | 20      | 26  | 10     | 22  | 12       | 24  |                    |             |       |

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

| Coesão |          | Adaptabilidade |   |          | Tipo de Família<br>(Coesão+Adaptabilidade)/2 |   |                           |
|--------|----------|----------------|---|----------|--|---|---------------------------|
| 8      | 80<br>74 | Muito ligada   | 8 | 70<br>65 | Muito flexível                               | 8 | Equilibrada               |
| 7      | 73<br>71 |                | 7 | 65<br>55 |  | 7 |                           |
| 6      | 70<br>65 | Ligada         | 6 | 54<br>50 | Flexível                                     | 6 | Moderadamente equilibrada |
| 5      | 64<br>60 |                | 5 | 49<br>46 |  | 5 |                           |
| 4      | 59<br>55 | Separada       | 4 | 45<br>43 | Estruturada                                  | 4 | Intermédia                |
| 3      | 54<br>51 |                | 3 | 42<br>40 |  | 3 |                           |
| 2      | 50<br>35 | Desmembrada    | 2 | 39<br>30 | Rígida                                       | 2 | Extrema                   |
| 1      | 34<br>15 |                | 1 | 29<br>15 |  | 1 |                           |

| DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – PERCEÇÃO DOS MEMBROS  |                         |                         |                        |
|--|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| Apoio Familiar De Smithstein   |                         |                         |                        |
| APGAR  | Quase sempre<br>(2 pts) | Algumas vezes<br>(1 pt) | Quase nunca<br>(0 pts) |
| 1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.  |                         |                         |                        |
| 2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.             |                         |                         |                        |
| 3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.                      |                         |                         |                        |
| 4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. |                         |                         |                        |
| 5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.   |                         |                         |                        |
| <b>TOTAL:</b>  |                         |                         |                        |
|  | 7 a 10                  | 4 a 6                   | 0 a 3                  |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|                                 | Família altamente funcional | Família com moderada disfunção | Família com disfunção acentuada |       |       |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------|-------|
| Resultado                       | Membros da família          |                                |                                 |       |       |
|                                 | Nome:                       | Nome:                          | Nome:                           | Nome: | Nome: |
| Família altamente funcional     |                             |                                |                                 |       |       |
| Família com moderada disfunção  |                             |                                |                                 |       |       |
| Família com disfunção acentuada |                             |                                |                                 |       |       |

| DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – CRENÇAS FAMILIARES |  |
|---|--|
| Religiosas  |  |
| Espirituais   |  |
| Valores   |  |
| Culturais   |  |
| Intervenção dos profissionais de saúde                              |  |

| Foco                                  | C.2- Processo Familiar   |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <b>Dimensão</b>                       | <b>C.2.1- Comunicação Familiar</b>   |   |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz</b>   |   |
| <u>Comunicação Emocional</u>          | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
|                                       | <b>Fundamentação</b>   |   |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz/ Não Eficaz</b>  |   |
| <u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u> | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
|                                       | <b>Fundamentação</b>   |   |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b>  | <b>C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz/ Não Eficaz</b>  |   |
| <u>Comunicação Circular</u>           | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
|                                      | <b>Fundamentação</b>  |  |
| <b>Critérios diagnósticos</b>        | <b>Comunicação Familiar Não Eficaz se:</b><br>Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)  |  |
| <b>Subdiagnóstico</b>                | <b>Comunicação Familiar Eficaz/ Não Eficaz</b> (eliminar o que não se adequa)   |  |
| <b>Dimensão</b>                      | <b>C.2.2- <del>Cópia</del> Copiagem Familiar</b>  |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b> | <b>C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz</b>   |  |
| <b>Solução de Problemas</b>          | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))   | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)) |
|                                      | <b>Fundamentação</b>  |  |
| <b>Critérios diagnósticos</b>        | <b><del>Cópia</del> Copiagem Familiar Não Eficaz se:</b><br>Não existe(m) algum( <del>os</del> ) membro(s) da família que identifica(m) as problemas e toma(m) iniciativa para os resolver e os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO |  |
| <b>Subdiagnóstico</b>                | <b><del>Cópia</del> Copiagem Familiar Eficaz/ Não Eficaz</b> (eliminar o que não se adequa)   |  |
| <b>Dimensão</b>                      | <b>C.2.3- Interação de Papéis Familiares</b>  |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b> | <b>C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz</b>   |  |
| <b>Papel provedor</b>                | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))   | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)) |
|                                      | <b>Fundamentação</b>  |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b> | <b>C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz</b>  |  |
| <b>Papel gestão financeira</b>       | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))   | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)) |
|                                      | <b>Fundamentação</b>  |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b> | <b>C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz</b>  |  |
| <b>Papel Cuidado Doméstico</b>       | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))   | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)) |
|                                      | <b>Fundamentação</b>  |  |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b> | <b>C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz</b>   |  |
| <b>Papel Recreativo</b>              | <b>Atividade diagnóstica</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))   | <b>Resultados</b><br>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)) |
|                                      | <b>Fundamentação</b>  |  |
|                                      | <b>C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz</b>   |  |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b><br><u>Papel de Parente</u>                   | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i>   | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
|   | <b>Fundamentação</b>   |   |
| <b>Critérios diagnósticos</b>   | <p><b>Interação de Papéis Não Eficaz se:</b><br/>Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Papel SIM</p> <p><b>Interação de Papéis Familiares Conflitual se:</b><br/>Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM</p>   |   |
| <b>Subdiagnóstico</b>   | Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>   |   |
| <b>Dimensão</b>   | C.2.4- Relação Dinâmica  |   |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b><br><u>Influência e Poder</u>                 | C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional   |   |
|   | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i>   | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
|   | <b>Fundamentação</b>   |   |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b><br><u>Alianças e Uniões</u>                  | C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional  |   |
|   | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i>   | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
|   | <b>Fundamentação</b>   |   |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b><br><u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u> | C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional   |   |
|   | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i>   | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
|   | <b>Fundamentação</b>   |   |
| <b>Atividade Diagnóstica do item</b><br><u>Funcionalidade da Família</u>          | C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional  |   |
|   | <b>Atividade diagnóstica</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i>   | <b>Resultados</b><br><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i> |
|   | <b>Fundamentação</b>   |   |
| <b>Critérios diagnósticos</b>   | <p><b>Relação Dinâmica Disfuncional se:</b><br/>A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros &lt;3 (família com disfunção acentuada)</p> |   |
| <b>Subdiagnóstico</b>   | Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>  |   |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

| Foco                          | C.2- Processo Familiar   |
|-------------------------------|--|
| <b>Critérios diagnósticos</b> | <b>Processo Familiar Disfuncional se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação Não Eficaz e/ou</li> <li>• <del>Coping</del> Coping Familiar Não Eficaz e/ou</li> <li>• Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou</li> <li>• Relação Dinâmica Disfuncional</li> </ul> |
| <b>Diagnóstico:</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz e/ou <del>Coping</del> Coping Familiar Não Eficaz e/ou Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou Relação Dinâmica Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i></li> </ul>   |



*Se Processo Familiar Disfuncional*


| Resultados Desejados   | <i>(colocar texto livre)</i>  |
|--|---|
| <b>Intervenções Sugeridas</b><br><i>(eliminar o que não se adequa)</i> | Promover a comunicação expressiva das emoções<br>Promover o envolvimento da família<br>Otimizar a comunicação na família<br>Planejar rituais familiares<br>Otimizar padrão de assertividade<br>Promover estratégias adaptativas/ <del>Coping</del> Coping na Família<br>Negociar estratégias adaptativas/ <del>Coping</del> Coping na Família<br>Promover a comunicação expressiva das emoções<br>Promover o envolvimento da família<br>Colaborar na identificação dos papéis familiares<br>Avaliar as dimensões não consensuais do papel<br>Avaliar saturação do papel<br>Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família<br>Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família<br>Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)<br>Requerer Serviço Social<br>Promover estratégias de <del>coping</del> coping para o papel<br>Promover o suporte da família<br>Requerer serviços de saúde (Psicologia) |
|  | Promover a comunicação expressiva das emoções<br>Promover o envolvimento da família<br>Avaliar os conflitos do Papel<br>Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família<br>Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família<br>Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)<br>Requerer Serviço Social<br>Promover estratégias de <del>coping</del> coping para o papel<br>Promover o suporte da família<br>Requerer serviços de saúde (Psicologia)  |
|  | Otimizar padrão de ligação<br>Promover a comunicação expressiva das emoções<br>Promover o envolvimento da família<br>Otimizar a comunicação na família<br>Otimizar padrão de ligação  |
| <b>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</b>               |   |
| <b>Fundamentação (ACI) (Se adequada)</b>                               |   |

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

|   |  |
|---|--|
|   |  |
| <b>Avaliação de resultados das intervenções</b><br><i>(repetir conforme necessária)</i> | <b>Data</b>  |
| <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>   | <i>(colocar resultados/dados)</i>  |
| Diagnóstico   | Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i> |

**Anexo 3- Estádios do ciclo vital da família segundo Duvall**

|   |   |   |
|---|---|---|
| Estádio I   | ⇒ | Casal sem filhos  |
| Estádio II  | ⇒ | Família com filhos nascidos há pouco<br>(filho mais velho nascido há menos de 30 meses)           |
| Estádio III   | ⇒ | Família com filhos nascidos em idade pré-escolar<br>(filho mais velho entre os 30 meses e 6 anos) |
| Estádio IV  | ⇒ | Família com filhos nascidos em idade escolar<br>(filho mais velho entre os 6 e 13 anos)           |
| Estádio V   | ⇒ | Família com filhos adolescentes<br>(filho mais velho entre os 13 e 20 anos)                       |
| Estádio VI  | ⇒ | Família com adulto jovem a sair de casa<br>(desde o 1º que saíu até à saída do último)            |
|  Estádio VII | ⇒ | Progenitores na meia idade<br>(desde o "ninho vazio até à reforma")                               |
| Estádio VIII  | ⇒ | Progenitores na 3ª idade<br>(desde a reforma à morte dos dois elementos)                          |

## Anexo 4- Resultados da Avaliação familiar- Família 1

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## Designação do Estudo (em português)

Família com membros dependentes, capacitando-os para o estado de cuidador informal

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) \_\_\_\_\_

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tem intenção de realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 15/Outubro/2024

Assinatura do participante no projeto: \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

Nome: Daniela Valente

Assinatura: \_\_\_\_\_

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

| GRANDEZ | PROFISSÃO  | INSTRUÇÃO   | ORIGEM DO REVENIMENTO FAMILIAR  | TIPO DE HABITAÇÃO  | LOCAL DE RESIDÊNCIA                         | PONTUAÇÃO |         |         | POSIÇÃO SOCIAL                             |
|---------|--|---|---|--|---|-----------|---------|---------|--|
|         |  |   |   |  |   | 05 anos   | 04 anos | 03 anos |  |
| 1       | - Industriais e Comerciantes<br>- Gestores de lojas de sector público ou privado (> 500 empregados)<br>- Profissões universitárias (com Doutoramento)<br>- Engenheiros/Gestores Mercada<br>- Profissões liberais de topo<br>- Alto escalão político  | - Licenciatura<br>- Mestrado<br>- Doutoramento          | - Lucros de empresas de propriedade familiar<br>- Rendimentos profissionais de elevada nível      | - Casa de andar térreo ou superior e com jardim  | - Zona residencial elegante                 | 5<br>4    | 4<br>4  | 3       | I<br>CLASSE ALTA<br>DATA: __/__/__         |
| 2       | - Médios Industriais e Comerciantes<br>- Dirigentes de médias empresas<br>- Agricultores / Proprietários<br>- Dirigentes intermédios e quadros técnicos de sector público ou privado<br>- Oficiais das Forças Armadas<br>- Profissões liberais<br>- Professores 1.ª e 2.ª Secundária<br>- Profissões universitárias (sem Doutoramento) | - Bacharelato ou 1.º ano Superior (licenciado) > 3 anos | - Não remunerado e honorários<br>- 0, 10 salários e salário mínimo nacional                       | - Casa de andar térreo ou superior e com jardim  | - Zona rural                                | 10<br>4   | 8<br>4  | 4<br>4  | II<br>CLASSE MÉDIA ALTA<br>DATA: __/__/__  |
| 3       | - Pequenos Industriais e Comerciantes<br>- Quadros médios (chefes de secção)<br>- Emp. Escalão (grau 1.º)<br>- Médios agricultores<br>- Dirigentes e especialistas   | - 12.º Ano<br>- Não curadas áreas de escolaridade       | - Remuneração variável  | - Casa de andar térreo em estado de conservação, cozinha e casa de banho, electricidade, telhas essenciais | - Zona intermédia                           | 14<br>4   | 11<br>4 | 7<br>4  | III<br>CLASSE MÉDIA<br>DATA: __/__/__      |
| 4       | - Pequenos Agricultores/Artesãos<br>- Emp. Escalão (grau 0)<br>- Operários semi-qualificados<br>- Funcionários públicos e membros das F.A. de médias áreas de nível 1  | - Escolaridade > 4 anos < 12 anos                       | - Remuneração 1 ao salário mínimo nacional<br>- Pensões de ou Retenções<br>- Rendimentos modestos | - Casa de andar térreo com cozinha e casa de banho, sem electricidade, telhas essenciais                   | - Bairro social / comércio<br>- Zona antiga | 18<br>4   | 14<br>4 | 10<br>4 | IV<br>CLASSE MÉDIA BAIXA<br>DATA: __/__/__ |
| 5       | - Assalariados agrícolas<br>- Trabalhadores não-qualificados e profissões não classificadas nos grupos anteriores  | - Não sabe ler ou escrever<br>- Escolaridade < 4 anos   | - Assalariado (subsist. básica)<br>- IMAG   | - Imóvel (sem cozinha, água ou luz)<br>- Construção de várias famílias em situação de proximidade          | - Bairro de hab. não equivalente            | 22<br>4   | 17<br>4 | 13<br>4 | V<br>CLASSE BAIXA<br>DATA: __/__/__        |

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population"  
Gouren, Septembre, 1956, Vol. 11 - N.º 3, France-Graffar, pp. 458-468  
Adaptado em 1987 e actualizado em 2011 pelo Sr. Fausto Amaro

Numa primeira fase é atribuída a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e numa segunda fase serve da soma destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade. A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social.

#### Classificação:

classe I/Alta 5-9; classe II/Média alta 10-13; classe III/ Média 14-17; classe IV/Média baixa 18-21; classe V/Baixa 22-25

## Escala de Barthel

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>1. Alimentação</b>   |  | <input checked="" type="checkbox"/> 10 |
| Independente  |  | <input type="checkbox"/> 5             |
| Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)                            |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| <b>2. Transferências</b>  |  | <input type="checkbox"/> 15            |
| Independente  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 10 |
| Precisa de alguma ajuda   |  | <input type="checkbox"/> 5             |
| Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se                            |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| <b>3. Toilete</b>   |  | <input type="checkbox"/> 5             |
| Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes                               |  | <input checked="" type="checkbox"/> 0  |
| <b>4. Utilização do WC</b>  |  | <input type="checkbox"/> 10            |
| Independente  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 5  |
| Precisa de alguma ajuda   |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| <b>5. Banho</b>   |  | <input type="checkbox"/> 5             |
| Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)                                |  | <input checked="" type="checkbox"/> 0  |
| <b>6. Mobilidade</b>  |  | <input type="checkbox"/> 15            |
| Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> 10 |
| Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda   |  | <input type="checkbox"/> 5             |
| Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas               |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| Imóvel  |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| <b>7. Subir e Descer Escadas</b>  |  | <input type="checkbox"/> 10            |
| Independente, com ou sem ajudas técnicas  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 5  |
| Precisa de ajuda  |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| <b>8. Vestir</b>  |  | <input type="checkbox"/> 10            |
| Independente  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 5  |
| Com ajuda   |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| Impossível  |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| <b>9. Controlo Intestinal</b>   |  | <input checked="" type="checkbox"/> 10 |
| Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar        |  | <input checked="" type="checkbox"/> 5  |
| Acidente ocasional  |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| Incontinente ou precisa de uso de clisteres   |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| <b>10. Controlo Urinário</b>  |  | <input type="checkbox"/> 10            |
| Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho |  | <input checked="" type="checkbox"/> 5  |
| Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)  |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho                     |  | <input type="checkbox"/> 0             |
| <b>TOTAL</b>  |  | <b>60</b>                              |

## LISTA DE VERIFICAÇÃO AMBIENTAL

### RISCO DE QUEDA NO DOMICÍLIO (fatores extrínsecos)

Colocar um "X" em "Sim" ou "Não", conforme a observação das condições ambientais.

Deverá colocar-se "N/A" quando a situação descrita não for aplicável.

|                                     |   | Sim | Não |
|-------------------------------------|---|-----|-----|
| <b>Pavimento</b>                    |   |     |     |
| 1                                   | As carpetes e esteiras estão assentes, sem rugas / enrolamentos   |     | X   |
| 2                                   | Os tapetes estão assentes no chão em material antiderrapante  |     | X   |
| 3                                   | Os derrames para o chão são limpos assim que ocorrem  | X   |     |
| 4                                   | Os pavimentos estão desobstruídos / livres de materiais / equipamentos  |     | X   |
| 5                                   | Os fios e cabos existentes não atravessam as vias de circulação   | X   |     |
| 6                                   | Os pavimentos são antiderrapantes   |     | X   |
| 7                                   | Os animais são mantidos afastados, de forma a impedir que se coloquem debaixo/ em frente dos pés ou se deitem em vias de circulação                                   | X   |     |
| <b>Iluminação</b>                   |   | Sim | Não |
| 1                                   | A iluminação é suficiente, permitindo visão nítida  | X   |     |
| 2                                   | As escadas e degraus estão bem iluminados   |     | X   |
| 3                                   | Os interruptores de luz são de fácil acesso e estão perto de cada porta   | X   |     |
| 4                                   | É fácil acender uma luz a partir da cama  | X   |     |
| 5                                   | Existe uma boa iluminação na zona onde se guardam os medicamentos   | X   |     |
| <b>Escadas, degraus e escadotes</b> |   | Sim | Não |
| 1                                   | Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis  | X   |     |
| 2                                   | As escadas e os degraus estão bem iluminados  | X   |     |
| 3                                   | Existe um interruptor de luz na base e no topo das escadas  | X   |     |
| 4                                   | Os degraus são antiderrapantes ou dispõem de material antiderrapante no bordo dos mesmos  | X   |     |
| 5                                   | As coberturas dos degraus encontram-se em bom estado de conservação   | X   |     |
| 6                                   | As escadas dispõem de corrimão bem fixo e resistente  | X   |     |
| 7                                   | O escadote ou as escadas amovíveis são baixos e dispõem de pés antiderrapantes  | X   |     |
| <b>Cozinha</b>                      |   | Sim | Não |
| 1                                   | Os utensílios e equipamentos de cozinha, usados mais frequentemente, estão facilmente acessíveis sem necessidade de subir algo, dobrar-se ou comprometer o equilíbrio | X   |     |
| 2                                   | Existe uma boa iluminação nas áreas de trabalho   | X   |     |
| 3                                   | Os derrames são limpos imediatamente  | X   |     |
| 4                                   | Existe uma boa ventilação de forma a evitar o embaciamento dos óculos   | X   |     |
| <b>Instalação Sanitária</b>         |   | Sim | Não |
| 1                                   | Os tapetes existentes são antiderrapantes   |     | X   |
| 2                                   | O sabonete, o shampoo e a toalha são de fácil acesso, de forma que os utilizadores não tenham que se dobrar ou esticar para chegarem até eles                         | X   |     |
| 3                                   | A banheira ou duche permitem que os utilizadores saiam sem terem que se apoiar em torneiras ou toalheiros   | X   |     |
| 4                                   | A banheira ou duche têm corrimãos ou equipamentos de apoio  | X   |     |
| 5                                   | O duche permite entrada direta sem necessidade de pisar um bordo elevado ou degrau  | X   |     |
| 6                                   | A sanita permite que os utilizadores se sentem e levantem com facilidade  | X   |     |

|   |  |                                     |                                     |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 7   | O pavimento é antiderrapante mesmo quando está molhado   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
|   |  |                                     | Não                                 |
| <b>Sala</b>                               |  |                                     |                                     |
| 1   | Existe facilidade em sentar e levantar do sofá   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 2   | Os cabos, móveis e outros materiais são mantidos afastados das zonas de circulação   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3   | O mobiliário está disposto de forma a evitar que os residentes não tenham que se inclinar ou esticar muito para abrir as janelas       |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
|   |  | Sim                                 | Não                                 |
| <b>Quarto</b>                             |  |                                     |                                     |
| 1   | Existe facilidade em acender uma luz antes de sair da cama   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 2   | Existe facilidade em entrar e sair da cama   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 3   | Tem um telefone no quarto  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 4   | O fio do cobertor elétrico está em condições de segurança para que não se tropece. O seu comando é fácil de alcançar a partir da cama? | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 5   | A colcha é feita sem franja  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 6   | Os auxiliares de marcha, são fáceis de alcançar antes de sair da cama  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
|   |  | Sim                                 | Não                                 |
| <b>Vestuário e Calçado</b>                |  |                                     |                                     |
| 1   | Os sapatos que se utilizam têm a sola antiderrapante   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 2   | Os sapatos têm "calcanhares arredondados e largos"   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 3   | São utilizados sapatos de rua, em vez de chinelos, fora de casa  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 4   | A roupa adapta-se firmemente sem cordéis ou bainhas pendentes (por ex.: o robe, ...)   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
|   |  | Sim                                 | Não                                 |
| <b>Fora de casa</b>                       |  |                                     |                                     |
| 1   | Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 2   | Os limites dos degraus têm uma faixa antiderrapante  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 3   | As escadas têm um corrimão resistente e fácil de agarrar   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 4   | Os caminhos ao redor da casa estão em bom estado de conservação  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 5   | As áreas públicas nas imediações da casa estão em bom estado de conservação  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 6   | Os caminhos e entradas estão bem iluminados à noite  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 7   | O jardim é mantido livre de riscos (por ex.: ferramentas, mangueiras, ...)   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 8   | O piso da garagem está livre de óleo e de outras substâncias gordurosas  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Assinatura do responsável pela avaliação: |  |                                     |                                     |

Adaptado do documento "Your Home Safety Checklist" produzido pelo Departamento de Saúde do Governo da Austrália Oeste, no âmbito do Programa de Prevenção de Quedas "Stay on your feet", 2013

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: \_\_\_\_\_

Nome do avaliador: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Camã: \_\_\_\_\_

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <p><b>Percepção sensorial</b><br/>Capacidade de percepção de alterações significativas de temperatura e dor.</p> | <p><b>1. Competência limitada:</b><br/>Não responde a estímulos dolorosos. Não sente, não se move nem se agita a menos que seja devido a uma lesão ou a um nível reduzido de consciência ou à sedação.<br/>OU<br/>Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>   | <p><b>2. Muito limitada:</b><br/>Responde unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou lamentos.<br/>OU<br/>Tem uma sintomatologia sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>  | <p><b>3. Limitadamente limitada:</b><br/>Observa e relata sintomas, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.<br/>OU<br/>Tem alguma sintomatologia sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>  | <p><b>4. Nenhuma limitação:</b><br/>Observa e relata sintomas verbalmente. Não apresenta dificuldades sensoriais que possam limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>   |
| <p><b>Humidade</b><br/>Humidade da pele e roupa.</p>   | <p><b>1. Pele constantemente húmida:</b><br/>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>  | <p><b>2. Pele muito húmida:</b><br/>A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>   | <p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b><br/>A pele está por vezes húmida, especialmente após a ingestão de líquidos, aproximadamente uma vez por dia.</p>   | <p><b>4. Pele totalmente húmida:</b><br/>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>   |
| <p><b>Atividade</b><br/>Nível de actividade física.</p>  | <p><b>1. Acamado:</b><br/>O doente está confinado à cama.</p>  | <p><b>2. Severo:</b><br/>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>   | <p><b>3. Ainda ocasionalmente limitado:</b><br/>Pode caminhar através do dia, mas apenas com alguma ajuda, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>  | <p><b>4. Ainda frequentemente limitado:</b><br/>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>   |
| <p><b>Atividade</b><br/>Capacidade de fazer e controlar a posição do corpo.</p>                                  | <p><b>1. Competência limitada:</b><br/>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>   | <p><b>2. Muito limitada:</b><br/>Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sociais.</p>   | <p><b>3. Ligeiramente limitado:</b><br/>Capacidade de realizar alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>  | <p><b>4. Nenhuma limitação:</b><br/>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>  |
| <p><b>Nutrição</b><br/>Adequação alimentar.</p>  | <p><b>1. Muito pobre:</b><br/>Nunca come uma refeição completa. Recebe mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. Come frequentemente alimentos líquidos, ou menos, de proteínas. Come ou lactação.<br/>Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.</p>  | <p><b>2. Problemas potenciais:</b><br/>Alimentação com alguma dificuldade e ingerir uma dieta líquida. É possível que, durante uma manutenção, a pele sofra de alguma forma contra os lençóis, cadafaz, roupa ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição estável em relação à cama ou no cadafaz, mas ocasionalmente desliza.</p> | <p><b>3. Adquirido:</b><br/>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactados). Por vezes recebe uma refeição, mas toma gradualmente um suplemento caso lhe seja oferecida.<br/>OU<br/>É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parenteral total sustentado proveniente a maior parte das necessidades nutricionais.</p> | <p><b>4. Excelente:</b><br/>Come a maior parte das refeições na altura. Nunca recebe uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactados). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p> |
| <p><b>Forças e deslocamento</b></p>  | <p><b>1. Problemas:</b><br/>Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslocar contra os lençóis. Dificuldade frequente de mudar a cama ou cadafaz, exigindo um reposicionamento constante com ajuda externa. Especialidade, cuidados ou assistência para a fricção, gases, constante.</p> | <p><b>2. Problemas potenciais:</b><br/>Requer uma ajuda mínima a moderada para se movimentar. É possível que, durante uma manutenção, a pele sofra de alguma forma contra os lençóis, cadafaz, roupa ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição estável em relação à cama ou no cadafaz, mas ocasionalmente desliza.</p>          | <p><b>3. Nenhum problema:</b><br/>Move-se na cama e no cadafaz sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição.<br/>Mantém uma correcta posição na cama ou cadafaz.</p>  |  |

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

Pontuação total

14

6-93\*

Paciente - 15 de 18

Até 15 de 10 de 12

Rodriguez

## ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

### Escala Zarit (SCLinico)

Nº SNS

Assinatura Cuidador Responsável pelo preenchimento

Nome Pessoa Cuidada -

Nº SNS

|    | Item   | Nunca (1) | Quase Nunca (2) | Às vezes (3) | Muitas vezes (4) | Quase sempre (5) |
|----|--|-----------|-----------------|--------------|------------------|------------------|
| 1  | Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?                        |           |                 | X            |                  |                  |
| 2  | Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?                |           |                 | X            |                  |                  |
| 3  | Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?             |           |                 | X            |                  |                  |
| 4  | Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?  |           | X               |              |                  |                  |
| 5  | Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?  |           |                 | X            |                  |                  |
| 6  | Considera que a sua situação actual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?  |           | X               |              |                  |                  |
| 7  | Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?  |           |                 | X            |                  |                  |
| 8  | Considera que o seu familiar está dependente de si?  |           |                 |              |                  | X                |
| 9  | Sente-se esgotada quando tem de estar junto do seu familiar?   |           | X               |              |                  |                  |
| 10 | Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?   |           |                 | X            |                  |                  |
| 11 | Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?                                  |           |                 | X            |                  |                  |
| 12 | Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?           |           |                 | X            |                  |                  |
| 13 | Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?                   |           | X               |              |                  |                  |
| 14 | Acredita que o seu familiar espera que cuida dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?       |           |                 |              |                  | X                |
| 15 | Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas? | X         |                 |              |                  |                  |
| 16 | Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?   | X         |                 |              |                  |                  |
| 17 | Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?                | X         |                 |              |                  |                  |
| 18 | Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?                                      | X         |                 |              |                  |                  |
| 19 | Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?   |           | X               |              |                  |                  |
| 20 | Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?  |           | X               |              |                  |                  |
| 21 | Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?   |           | X               |              |                  |                  |
| 22 | Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?                                  |           |                 | X            |                  |                  |

TOTAL

0 55

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

## Apêndice E - Escala FACES II (versão portuguesa Otilia Fernandes, 1995)

Questionário individual de autoavaliação que classifica o funcionamento da família nas dimensões de coesão familiar e adaptabilidade familiar, isto é a forma como os membros da família percebem as suas vivências no seio da própria família. desenvolvida em 1988 foi adaptada para a população portuguesa por Fernandes (1995).

### ESCALA FACES II (Otilia Fernandes, 1995)

Por favor, indique em cada afirmação ao que melhor corresponde à sua opinião, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

[1] - Quase Nunca [2] - De vez em quando [3] - Às vezes [4] - Muitas Vezes [5] - Quase sempre

|    |  | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   |      |
|----|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------|
| 1  | Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 2  | Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.                                      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 3  | É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 4  | Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 5  | Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 6  | Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 7  | Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 8  | Em nossa casa discutimos os problemas e sentimos-nos bem com as soluções encontradas.                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| 9  | Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 10 | As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +5 A |
| 11 | Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 12 | É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.                                       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 13 | Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 14 | Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| 15 | Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 16 | Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 17 | Na nossa família sentimos-nos muito chegados uns aos outros.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 18 | Na nossa família somos justos quanto à disciplina.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 19 | Sentimo-nos mais chegados à pessoas que não da família do que a elementos da família.                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 20 | A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 21 | Cada um de nós aceita o que a família decide.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 22 | Na nossa família todos partilham responsabilidade.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| 23 | Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 24 | É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 25 | Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 26 | Quando os problemas surgem todos fazemos cadênoas.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| 27 | Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 28 | Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +1 A |
| 29 | Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 30 | Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |

Coesão → 74 → 8 → Muito ligada

Adaptabilidade → 55 → 7 → Muito Flexível

tipo de família  $\frac{8+7}{2} = 7,5 \rightarrow$  equilibrada

### APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

|   |   |               |   |
|---|---|---------------|---|
| A | Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.   | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| B | Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.       | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| C | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.                     | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| D | Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| E | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.   | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |

Altamente funcional

total

10

**Anexo 5- Resultados da Avaliação familiar- Família 2****DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO****Designação do Estudo (em português)**

Família com membros dependentes, oportunidades para o estudo de cuidado informal

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) [redacted]

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 16 / outubro / 2024

Assinatura do participante no projeto: [redacted]

**O Investigador responsável:**

Nome: Daniela Valente

Assinatura: [assinatura]

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

| CLASSIFICAÇÃO | PROFISSÃO   | INSTRUÇÃO  | GRANDEZA DO REPOSIÇÃO FAMILIAR   | TIPO DE HABITAÇÃO   | LOCAL DE RESIDÊNCIA  | PONTUAÇÃO  |  |  | POSIÇÃO SOCIAL   |           |
|---------------|---|--|--|---|--|--|--|--|--|-----------|
|               |   |  |  |   |  | até 5 anos   | até 10 anos  | até 15 anos  |  |           |
| 1             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Executivos e Dirigentes</li> <li>Sócios de topo de sector público ou privado</li> <li>100 empregados</li> <li>Professores universitários com Doutoramento</li> <li>Engenheiros Científicos</li> <li>Professores Titulares de topo</li> <li>Mais de 500000\$ anuais</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Licenciatura</li> <li>Mestrado</li> <li>Doutoramento</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Um ou mais filhos de profissões semelhantes</li> <li>Harmonia</li> <li>Aplicação nas profissões de elevado nível</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Casa de estilo elevado</li> <li>completa e moderna de estilo</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Zona residencial elevada</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>4</li> <li>5</li> <li>7</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>I</li> <li>CLASSE ALTA</li> </ul>         | DATA: / / |
| 2             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos industriais e Comerciais</li> <li>Dirigentes de médias empresas</li> <li>Agricultores - Proprietários</li> <li>Dirigentes industriais e sector público ou privado</li> <li>Oficiais das Forças Armadas</li> <li>Professores Titulares</li> <li>Professores Em Abalo</li> <li>Professores Em Secundário</li> <li>Professores Universitários (Doutoramento)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bacharelato ou Curso Superior (até 10 anos)</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mais de 500000\$ anuais</li> <li>(10 anos e sector público nacional)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Casa de estilo elevado</li> <li>equipada e confortável</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bom local</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>10</li> <li>8</li> <li>6</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>8</li> <li>6</li> <li>4</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>4</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>II</li> <li>CLASSE MÉDIA ALTA</li> </ul>  | DATA: / / |
| 3             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Eng. Industriais e Comerciais</li> <li>Químicos médios, Chefes de Serviço</li> <li>Eng. Exceção (gr. 1)</li> <li>Médicos especialistas</li> <li>Sargentos e Capitães</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>12 Anos</li> <li>Novo ou mais anos de escolaridade</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Harmonia média</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Casa de estilo em bom estado de conservação, equipada e casa de banho, electricidade, água quente</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Zona intermédia</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>10</li> <li>8</li> <li>6</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>8</li> <li>6</li> <li>4</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>5</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>III</li> <li>CLASSE MÉDIA</li> </ul>      | DATA: / / |
| 4             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Eng. Agrónomos/Reserva</li> <li>Eng. Exceção (gr. 1)</li> <li>Casas sem qualificação</li> <li>Funcionários públicos e membros de F.A. de intermediação de nível</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Escolaridade 14 anos e 12 anos</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Harmonia média e alto nível nacional</li> <li>Personalidade de Reforço</li> <li>Harmonia média</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Casa de estilo modesto com cozinha e casa de banho, com electricidade e água quente</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bom local / bom</li> <li>Zona antiga</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>10</li> <li>8</li> <li>6</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>8</li> <li>6</li> <li>4</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>6</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>IV</li> <li>CLASSE MÉDIA BAIXA</li> </ul> | DATA: / / |
| 5             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Agricultores próprios</li> <li>Técnicos especializados e profissões não classificadas na gama anterior</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Não sabe ler ou escrever</li> <li>Escolaridade 14 anos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência de nível médio</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Imprópria (destruída, antiga ou muito antiga)</li> <li>Condição de casas de nível em situação de precariedade</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bom de nível de residência</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>20</li> <li>8</li> <li>6</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>17</li> <li>8</li> <li>6</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>10</li> <li>8</li> <li>6</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>V</li> <li>CLASSE BAIXA</li> </ul>        | DATA: / / |

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale de l'habitat de population" Courlet, Septembre, 1966, Vol. VI - nº 2, Paris, Graffar, pp. 408 - 420. Adaptado em 1993 e actualizado em 2001 pelo Dr. Paulo Amorim.

Numa primeira fase é atribuída a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e numa segunda fase serve da soma destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade. A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social.

**Classificação:**

classe I/Alta 5-9; classe II/Média alta 10-13; classe III/ Média 14-17; classe IV/Média baixa 18-21; classe V/Baixa 22-25

## Escala de Barthel

|   |                                     |           |
|---|-------------------------------------|-----------|
| <b>1. Alimentação</b>   |                                     | <b>10</b> |
| Independente  | <input type="checkbox"/>            | 5         |
| Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)                            | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| Dependente  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>2. Transferências</b>  |                                     | <b>15</b> |
| Independente  | <input type="checkbox"/>            | 10        |
| Precisa de alguma ajuda   | <input checked="" type="checkbox"/> | 5         |
| Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se                            | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| Dependente, não tem equilíbrio sentado  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>3. Toalete</b>   |                                     | <b>5</b>  |
| Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes                               | <input checked="" type="checkbox"/> | 0         |
| Dependente, necessita de alguma ajuda   | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>4. Utilização do WC</b>  |                                     | <b>10</b> |
| Independente  | <input type="checkbox"/>            | 5         |
| Precisa de alguma ajuda   | <input checked="" type="checkbox"/> | 0         |
| Dependente  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>5. Banho</b>   |                                     | <b>5</b>  |
| Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)                                | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| Dependente, necessita de alguma ajuda   | <input checked="" type="checkbox"/> | 0         |
| <b>6. Mobilidade</b>  |                                     | <b>15</b> |
| Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)                          | <input type="checkbox"/>            | 10        |
| Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda   | <input checked="" type="checkbox"/> | 5         |
| Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas               | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| Imóvel  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>7. Subir e Descer Escadas</b>  |                                     | <b>10</b> |
| Independente, com ou sem ajudas técnicas  | <input type="checkbox"/>            | 5         |
| Precisa de ajuda  | <input checked="" type="checkbox"/> | 0         |
| Dependente  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>8. Vestir</b>  |                                     | <b>10</b> |
| Independente  | <input type="checkbox"/>            | 5         |
| Com ajuda   | <input checked="" type="checkbox"/> | 0         |
| Impossível  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>9. Controlo Intestinal</b>   |                                     | <b>10</b> |
| Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar        | <input checked="" type="checkbox"/> | 5         |
| Acidente ocasional  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| Incontinente ou precisa de uso de clistres  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>10. Controlo Urinário</b>  |                                     | <b>10</b> |
| Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | <input type="checkbox"/>            | 5         |
| Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)  | <input checked="" type="checkbox"/> | 0         |
| Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho                     | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>TOTAL</b>  |                                     | <b>65</b> |

## LISTA DE VERIFICAÇÃO AMBIENTAL

### RISCO DE QUEDA NO DOMICÍLIO (fatores extrínsecos)

Colocar um "X" em "Sim" ou "Não", conforme a observação das condições ambientais.

Deverá colocar-se "N/A" quando a situação descrita não for aplicável.

| Pavimento                    |   | Sim | Não |
|------------------------------|---|-----|-----|
| 1                            | As carpetes e esteiras estão assentes, sem rugas / enrolamentos   | X   |     |
| 2                            | Os tapetes estão assentes no chão em material antiderrapante  | X   |     |
| 3                            | Os derrames para o chão são limpos assim que ocorrem  | X   |     |
| 4                            | Os pavimentos estão desobstruídos / livres de materiais / equipamentos  | X   |     |
| 5                            | Os fios e cabos existentes não atravessam as vias de circulação   | X   |     |
| 6                            | Os pavimentos são antiderrapantes   | X   |     |
| 7                            | Os animais são mantidos afastados, de forma a impedir que se coloquem debaixo/ em frente dos pés ou se deitem em vias de circulação                                   | X   |     |
| Iluminação                   |   | Sim | Não |
| 1                            | A iluminação é suficiente, permitindo visão nítida  | X   |     |
| 2                            | As escadas e degraus estão bem iluminados   | X   |     |
| 3                            | Os interruptores de luz são de fácil acesso e estão perto de cada porta   | X   |     |
| 4                            | É fácil acender uma luz a partir da cama  | X   |     |
| 5                            | Existe uma boa iluminação na zona onde se guardam os medicamentos   | X   |     |
| Escadas, degraus e escadotes |   | Sim | Não |
| 1                            | Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis  | X   |     |
| 2                            | As escadas e os degraus estão bem iluminados  | X   |     |
| 3                            | Existe um interruptor de luz na base e no topo das escadas  | X   |     |
| 4                            | Os degraus são antiderrapantes ou dispõem de material antiderrapante no bordo dos mesmos  | X   |     |
| 5                            | As coberturas dos degraus encontram-se em bom estado de conservação   | X   |     |
| 6                            | As escadas dispõem de corrimão bem fixo e resistente  | X   |     |
| 7                            | O escadote ou as escadas amovíveis são baixos e dispõem de pés antiderrapantes  | X   |     |
| Cozinha                      |   | Sim | Não |
| 1                            | Os utensílios e equipamentos de cozinha, usados mais frequentemente, estão facilmente acessíveis sem necessidade de subir algo, dobrar-se ou comprometer o equilíbrio | X   |     |
| 2                            | Existe uma boa iluminação nas áreas de trabalho   | X   |     |
| 3                            | Os derrames são limpos imediatamente  | X   |     |
| 4                            | Existe uma boa ventilação de forma a evitar o embaciamento dos óculos   | X   |     |
| Instalação Sanitária         |   | Sim | Não |
| 1                            | Os tapetes existentes são antiderrapantes   | X   |     |
| 2                            | O sabonete, o shampoo e a toalha são de fácil acesso, de forma que os utilizadores não tenham que se dobrar ou esticar para chegarem até eles                         | X   |     |
| 3                            | A banheira ou duche permitem que os utilizadores saiam sem terem que se apoiar em torneiras ou toalheiros   | X   |     |
| 4                            | A banheira ou duche têm corrimãos ou equipamentos de apoio  | X   |     |
| 5                            | O duche permite entrada direta sem necessidade de pisar um bordo elevado ou degrau  | X   |     |
| 6                            | A sanita permite que os utilizadores se sentem e levantem com facilidade  | X   |     |

|   |  |     |     |
|---|--|-----|-----|
| 7   | O pavimento é antiderrapante mesmo quando está molhado   | ✓   |     |
|   |  | Sim | Não |
| 1   | Existe facilidade em sentar e levantar do sofá   | ✓   |     |
| 2   | Os cabos, móveis e outros materiais são mantidos afastados das zonas de circulação   | ✓   |     |
| 3   | O mobiliário está disposto de forma a evitar que os residentes não tenham que se inclinar ou esticar muito para abrir as janelas       | ✓   |     |
| <b>Quarto</b>                             |  | Sim | Não |
| 1   | Existe facilidade em acender uma luz antes de sair da cama   | ✓   |     |
| 2   | Existe facilidade em entrar e sair da cama   | ✓   |     |
| 3   | Tem um telefone no quarto  | ✓   |     |
| 4   | O fio do cobertor elétrico está em condições de segurança para que não se tropece. O seu comando é fácil de alcançar a partir da cama? | ✓   |     |
| 5   | A colcha é feita sem franja  | ✓   |     |
| 6   | Os auxiliares de marcha, são fáceis de alcançar antes de sair da cama  | ✓   |     |
| <b>Vestuário e Calçado</b>                |  | Sim | Não |
| 1   | Os sapatos que se utilizam têm a sola antiderrapante   | ✓   |     |
| 2   | Os sapatos têm "calcanhares arredondados e largos"   | ✓   |     |
| 3   | São utilizados sapatos de rua, em vez de chinelos, fora de casa  | ✓   |     |
| 4   | A roupa adapta-se firmemente sem cordéis ou bainhas pendentes (por ex.: o robe, ...)   | ✓   |     |
| <b>Fora de casa</b>                       |  | Sim | Não |
| 1   | Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis   | ✓   |     |
| 2   | Os limites dos degraus têm uma faixa antiderrapante  | ✓   |     |
| 3   | As escadas têm um corrimão resistente e fácil de agarrar   | ✓   |     |
| 4   | Os caminhos ao redor da casa estão em bom estado de conservação  | ✓   |     |
| 5   | As áreas públicas nas imediações da casa estão em bom estado de conservação  | ✓   |     |
| 6   | Os caminhos e entradas estão bem iluminados à noite  | ✓   |     |
| 7   | O jardim é mantido livre de riscos (por ex.: ferramentas, mangueiras, ...)   | ✓   |     |
| 8   | O piso da garagem está livre de óleo e de outras substâncias gordurosas  | ✓   |     |
| Assinatura do responsável pela avaliação: |  |     |     |

Adaptado do documento "Your Home Safety Checklist" produzido pelo Departamento de Saúde do Governo da Austrália Oeste, no âmbito do Programa de Prevenção de Quedas "Stay on your feet", 2013



### ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL Escala Zarit (SCLínico)

Nº SNS

Estatuto do Cuidador Respondeável pelo preenchimento

Nome Pessoa Cuidada -

Nº SNS

| Item  | Nunca (1)                           | Quase Nunca (2)                     | Ao menos (3)                        | Muitas vezes (4)                    | Quase sempre (5)                    |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?                         |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 2 Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?                 |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 3 Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?              |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 4 Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| 5 Sente-se imitado(a) quando está junto do seu familiar?  |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 6 Considera que a sua situação actual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| 7 Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?   |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 8 Considera que o seu familiar está dependente de si?   |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| 10 Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?   |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 11 Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?                                  |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 12 Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?           |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 13 Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?                   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| 14 Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?       |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15 Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas? | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |
| 16 Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |
| 17 Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?                | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |
| 18 Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |
| 19 Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| 20 Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| 21 Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| 22 Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?                                  |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |

TOTAL

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

54

## Apêndice E - Escala FACES II (versão portuguesa Otilia Fernandes, 1995)

Questionário individual de autoavaliação que classifica o funcionamento da família nas dimensões de coesão familiar e adaptabilidade familiar, isto é a forma como os membros da família percebem as suas vivências no seio da própria família. desenvolvida em 1988 foi adaptada para a população portuguesa por Fernandes (1995).

### ESCALA FACES II (Otilia Fernandes, 1995)

Por favor, indique em cada afirmação ao que melhor corresponde à sua opinião, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz:

[1] - Quase Nunca [2] - De vez em quando [3] - Às vezes [4] - Muitas Vezes [5] - Quase sempre

|   |    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   |      |
|---|----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------|
| C | 1  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| A | 2  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| C | 3  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| A | 4  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| C | 5  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| A | 6  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| C | 7  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| A | 8  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| C | 9  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| A | 10 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| C | 11 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| A | 12 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +2 A |
| C | 13 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| A | 14 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| C | 15 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| A | 16 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| C | 17 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| A | 18 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| C | 19 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| A | 20 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| C | 21 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| A | 22 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| C | 23 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| A | 24 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 A |
| C | 25 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| A | 26 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| C | 27 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| A | 28 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 A |
| C | 29 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| C | 30 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |

C - coesão → 74 Ligada → ~~7~~  
 A - Adaptabilidade → 58 mais flexível → 7  
 O código negativa

$\frac{74+58}{2}$   
 144  
~~74~~  
 equilíbrio

### APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

|   |   |  |             |
|---|---|--|-------------|
| A | Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.   | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| B | Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.       | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| C | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.                     | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| D | Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| E | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.   | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |

Altamente Funciona

## Anexo 6- Resultados da Avaliação familiar- Família 3

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português)

Famílias (ou membros dependentes) capacitados  
para o estado de cuidar informal

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) \_\_\_\_\_

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se  
tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de  
fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos  
e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a  
minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem)  
serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo  
guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 8 / outubro / 2024

Assinatura do participante no projeto: \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

Nome: Daniela Valente

Assinatura: \_\_\_\_\_

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

| ESCALÃO | PROFISSÃO  | INSTRUÇÃO   | ORIGEM DO REQUISITO FAMILIAR  | TIPO DE HABITAÇÃO   | LOCAL DE RESIDÊNCIA                        | PONTUAÇÃO      |                |                 | POSIÇÃO SOCIAL                            |
|---------|--|---|---|---|--|----------------|----------------|-----------------|---|
|         |  |   |   |   |  | até 5 anos     | de 6 a 9 anos  | de 10 a 15 anos |   |
| 1       | - Industriais e Comerciantes<br>- Diretores de loja de sector público ou privado<br>(1000 empregados)<br>- Professores Universitários (com Doutoramento)<br>- Engenheiros Cívicos/Arquitetas<br>- Profissionais liberais de alto nível (engenheiros públicos)  | - Licenciatura<br>- Mestrado<br>- Doutoramento            | - Lucros de empresas de grande dimensão<br><br>- Rendimentos profissionais de elevado nível | - Casa ou andar/locação, independente do número de cômodos  | - Zona residencial exigente                | 3<br>4<br>5    | 4<br>5<br>6    | 3               | I<br>CLASSE ALTA<br><br>DATA: / /         |
| 2       | - Médicos Industriais e Comerciantes<br>- Dirigentes de médias empresas<br>- Agricultores (Proprietários)<br>- Dirigentes administrativos e técnicos superiores do sector público ou privado<br>- Oficiais das Forças Armadas<br>- Profissionais liberais<br>- Professores Ensino Secundário<br>- Professores Universitários (1º e 2º graus) | - Bacharelato ou Curso Superior (5/6 anos)<br>- 3.ª série | - Alto rendimento e aprendizagem<br>(10000 e acima nível nacional)                          | - Casa ou andar/locação, ocupação e confortável   | - Zona rural                               | 13<br>14<br>15 | 8<br>9<br>10   | 4<br>5<br>6     | II<br>CLASSE MÉDIA ALTA<br><br>DATA: / /  |
| 3       | - Eng. Industriais e Comerciantes<br>- Químicos, Médicos, Cientistas<br>- Eng. Doméstico (gr. 1)<br>- Médicos agrícolas<br>- Serenos e equiparados   | - 12.º Ano<br>- Não sabe ler ou escrever                  | - Rendimentos certos  | - Casa ou andar em bom estado de conservação, mas não a casa de bairro, electricidade, saneamento | - Zona intermédia                          | 14<br>15<br>16 | 10<br>11<br>12 | 7<br>8<br>9     | III<br>CLASSE MÉDIA<br><br>DATA: / /      |
| 4       | - Eng. Agrónomos/Rendistas<br>- Eng. Doméstico (gr. 1)<br>- Operários semi-qualificados<br>- Funcionários públicos e membros do P.A. ou semelhantes de nível 2   | - Escaridade 1.ª série e 2.ª série                        | - Rendimentos 1.º e 2.º níveis<br>- Pensões ou Rendimento proveniente certo                 | - Casa ou andar modesto, com electricidade e casa de bairro, com electricidade de menor nível     | - Bairro social / popular<br>- Zona antiga | 18<br>19<br>20 | 14<br>15<br>16 | 10<br>11<br>12  | IV<br>CLASSE MÉDIA BAIXA<br><br>DATA: / / |
| 5       | - Assalariados agrícolas<br>- Trabalhadores não qualificados e profissões não classificadas nos grupos anteriores  | - Não sabe ler ou escrever<br>- Escaridade 3.ª série      | - Assalariados (subsídio) RMO   | - Andares/locação, andar ou quarto<br>- Construção de má qualidade em situação de promiscuidade   | - Bairro de má ou não existente            | 22<br>23       | 17<br>18       | 12<br>13        | V<br>CLASSE BAIXA<br><br>DATA: / /        |

Fonte: Graffar - "Uma méthode de classification sociale des habitants de population"  
Comun. September, 1926, Vol. VI - n.º 8, Museu Graffar, pp. 484-488  
Adaptado em 1983 e actualizado em 2011 pelo Sr. Fausto Amaro

Numa primeira fase é atribuída a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e numa segunda fase serve da soma destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade. A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social.

#### Classificação:

classe I/Alta 5-9; classe II/Média alta 10-13; classe III/ Média 14-17; classe IV/Média baixa 18-21; classe V/Baixa 22-25

## Escala de Barthel

|   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <b>1. Alimentação</b>   |  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Independente  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 5 |
| Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)                            |  | <input type="checkbox"/> 0            |
| <b>2. Transferências</b>  |  | <input type="checkbox"/> 15           |
| Independente  |  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Precisa de alguma ajuda   |  | <input checked="" type="checkbox"/> 5 |
| Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se                            |  | <input type="checkbox"/> 0            |
| <b>3. Toalete</b>   |  | <input type="checkbox"/> 5            |
| Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes                               |  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>4. Utilização do WC</b>  |  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Independente  |  | <input type="checkbox"/> 5            |
| Precisa de alguma ajuda   |  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>5. Banho</b>   |  | <input type="checkbox"/> 5            |
| Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)                                |  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>6. Mobilidade</b>  |  | <input type="checkbox"/> 15           |
| Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)                          |  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda   |  | <input type="checkbox"/> 5            |
| Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquemas               |  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>7. Subir e Descer Escadas</b>  |  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Independente, com ou sem ajudas técnicas  |  | <input type="checkbox"/> 5            |
| Precisa de ajuda  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>8. Vestir</b>  |  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Independente  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 5 |
| Com ajuda   |  | <input type="checkbox"/> 0            |
| <b>9. Controlo Intestinal</b>   |  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar        |  | <input type="checkbox"/> 5            |
| Acidente ocasional  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>10. Controlo Urinário</b>  |  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho |  | <input type="checkbox"/> 5            |
| Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>TOTAL</b>  |  | <b>15</b>                             |

## LISTA DE VERIFICAÇÃO AMBIENTAL

### RISCO DE QUEDA NO DOMICÍLIO (fatores extrínsecos)

Colocar um "X" em "Sim" ou "Não", conforme a observação das condições ambientais.

Deverá colocar-se "N/A" quando a situação descrita não for aplicável.

|                                     |   | Sim        | Não        |
|-------------------------------------|---|------------|------------|
| 1                                   | As carpetes e esteiras estão assentes, sem rugas / enrolamentos   |            | X          |
| 2                                   | Os tapetes estão assentes no chão em material antiderrapante  |            | X          |
| 3                                   | Os derrames para o chão são limpos assim que ocorrem  |            | X          |
| 4                                   | Os pavimentos estão desobstruídos / livres de materiais / equipamentos  |            | X          |
| 5                                   | Os fios e cabos existentes não atravessam as vias de circulação   |            | X          |
| 6                                   | Os pavimentos são antiderrapantes   |            | X          |
| 7                                   | Os animais são mantidos afastados, de forma a impedir que se coloquem debaixo/ em frente dos pés ou se deitem em vias de circulação                                   | X          |            |
| <b>Iluminação</b>                   |   | <b>Sim</b> | <b>Não</b> |
| 1                                   | A iluminação é suficiente, permitindo visão nítida  | X          |            |
| 2                                   | As escadas e degraus estão bem iluminados   | X          |            |
| 3                                   | Os interruptores de luz são de fácil acesso e estão perto de cada porta   | X          |            |
| 4                                   | É fácil acender uma luz a partir da cama  | X          |            |
| 5                                   | Existe uma boa iluminação na zona onde se guardam os medicamentos   | X          |            |
| <b>Escadas, degraus e escadotes</b> |   | <b>Sim</b> | <b>Não</b> |
| 1                                   | Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis  |            | X          |
| 2                                   | As escadas e os degraus estão bem iluminados  |            | X          |
| 3                                   | Existe um interruptor de luz na base e no topo das escadas  |            | X          |
| 4                                   | Os degraus são antiderrapantes ou dispõem de material antiderrapante no bordo dos mesmos  |            | X          |
| 5                                   | As coberturas dos degraus encontram-se em bom estado de conservação   | X          |            |
| 6                                   | As escadas dispõem de corrimão bem fixo e resistente  |            | X          |
| 7                                   | O escadote ou as escadas amovíveis são baixos e dispõem de pés antiderrapantes  | X          |            |
| <b>Cozinha</b>                      |   | <b>Sim</b> | <b>Não</b> |
| 1                                   | Os utensílios e equipamentos de cozinha, usados mais frequentemente, estão facilmente acessíveis sem necessidade de subir algo, dobrar-se ou comprometer o equilíbrio | X          |            |
| 2                                   | Existe uma boa iluminação nas áreas de trabalho   | X          |            |
| 3                                   | Os derrames são limpos imediatamente  | X          |            |
| 4                                   | Existe uma boa ventilação de forma a evitar o embaciamento dos óculos   | X          |            |
| <b>Instalação Sanitária</b>         |   | <b>Sim</b> | <b>Não</b> |
| 1                                   | Os tapetes existentes são antiderrapantes   | X          |            |
| 2                                   | O sabonete, o shampoo e a toalha são de fácil acesso, de forma que os utilizadores não tenham que se dobrar ou esticar para chegarem até eles                         | X          |            |
| 3                                   | A banheira ou duche permitem que os utilizadores saiam sem terem que se apoiar em torneiras ou toalheiros   | X          |            |
| 4                                   | A banheira ou duche têm corrimãos ou equipamentos de apoio  | X          |            |
| 5                                   | O duche permite entrada direta sem necessidade de pisar um bordo elevado ou degrau  | X          |            |
| 6                                   | A sanita permite que os utilizadores se sentem e levantem com facilidade  | X          |            |

|   |  |                                     |                                     |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 7   | O pavimento é antiderrapante mesmo quando está molhado   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <b>Sala</b>                               |  | <b>Sim</b>                          | <b>Não</b>                          |
| 1   | Existe facilidade em sentar e levantar do sofá   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 2   | Os cabos, móveis e outros materiais são mantidos afastados das zonas de circulação   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3   | O mobiliário está disposto de forma a evitar que os residentes não tenham que se inclinar ou esticar muito para abrir as janelas       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <b>Quarto</b>                             |  | <b>Sim</b>                          | <b>Não</b>                          |
| 1   | Existe facilidade em acender uma luz antes de sair da cama   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 2   | Existe facilidade em entrar e sair da cama   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3   | Tem um telefone no quarto  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 4   | O fio do cobertor elétrico está em condições de segurança para que não se tropece. O seu comando é fácil de alcançar a partir da cama? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 5   | A colcha é feita sem franja  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 6   | Os auxiliares de marcha, são fáceis de alcançar antes de sair da cama  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <b>Vestuário e Calçado</b>                |  | <b>Sim</b>                          | <b>Não</b>                          |
| 1   | Os sapatos que se utilizam têm a sola antiderrapante   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 2   | Os sapatos têm "calcanhares arredondados e largos"   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3   | São utilizados sapatos de rua, em vez de chinelos, fora de casa  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 4   | A roupa adapta-se firmemente sem cordéis ou bainhas pendentes (por ex.: o robe, ...)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <b>Fora de casa</b>                       |  | <b>Sim</b>                          | <b>Não</b>                          |
| 1   | Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 2   | Os limites dos degraus têm uma faixa antiderrapante  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3   | As escadas têm um corrimão resistente e fácil de agarrar   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4   | Os caminhos ao redor da casa estão em bom estado de conservação  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 5   | As áreas públicas nas imediações da casa estão em bom estado de conservação  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 6   | Os caminhos e entradas estão bem iluminados à noite  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7   | O jardim é mantido livre de riscos (por ex.: ferramentas, mangueiras, ...)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 8   | O piso da garagem está livre de óleo e de outras substâncias gordurosas  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Assinatura do responsável pela avaliação: |  |                                     |                                     |

Adaptado do documento "Your Home Safety Checklist" produzido pelo Departamento de Saúde do Governo da Austrália Oeste, no âmbito do Programa de Prevenção de Quedas "Stay on your feet", 2013

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Nome do avaliador: \_\_\_\_\_

Canal: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data de avaliação: \_\_\_\_\_

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <p><b>Percepção sensorial</b><br/>Capacidade de sentir a pressão ou a humidade da pele e de responder a dor.</p> | <p><b>1. Completamente intacta:</b><br/>Não reagiu a estímulos dolorosos (fio quente, fio de metal frio ou agulha a nuído) devido a um nível adequado de consciência ou à dor.</p>  | <p><b>2. Muito limitada:</b><br/>Reage a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gestos ou ruídos.</p>  | <p><b>3. Limitada:</b><br/>Responde a estímulos dolorosos, mas não consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.</p>  | <p><b>4. Nenhum limite:</b><br/>Quilibrado a todos os níveis. Não apresenta dificuldades de sentir ou expressar dor ou desconforto.</p>   |
| <p><b>Humidade</b><br/>Nível de exposição da pele à humidade.</p>  | <p><b>1. Pele constantemente húmida:</b><br/>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudores, urina, etc. É observada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>   | <p><b>2. Pele muito húmida:</b><br/>A pele está frequentemente "molhada" sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>   | <p><b>3. Pele acidentalmente húmida:</b><br/>A pele está por vezes húmida, embora não muda de lençóis de modo sistemático uma vez por dia.</p>  | <p><b>4. Pele raramente húmida:</b><br/>A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>   |
| <p><b>Atividade</b><br/>Nível de atividade física.</p>   | <p><b>1. Acamado:</b><br/>Capacidade limitada de mover-se para o lado.</p>  | <p><b>2. Sentado:</b><br/>Capacidade de mudar gravemente limitada ou nenhuma. Não pode fazer carga alguma de peso sozinho ou com a ajuda de outros.</p>  | <p><b>3. Andar ocasionalmente:</b><br/>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtos períodos, com ou sem ajuda. Puxa a maior parte dos braços deitado ou sentado.</p>   | <p><b>4. Andar frequentemente:</b><br/>Avança fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>   |
| <p><b>Mobilidade</b><br/>Capacidade de abor e controlar a posição do corpo.</p>                                  | <p><b>1. Completamente imóvel:</b><br/>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>  | <p><b>2. Muito limitada:</b><br/>Capacidade limitada de mover-se para a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinha.</p>  | <p><b>3. Limitada:</b><br/>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>   | <p><b>4. Nenhuma limitação:</b><br/>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>   |
| <p><b>Alimentação</b><br/>Capacidade de ingerir alimentos.</p>   | <p><b>1. Nenhum problema:</b><br/>Nunca teve uma refeição incompleta. Suficiente para obter 1/3 da energia que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacteos). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dentro do quarto.</p> | <p><b>2. Problemas moderados:</b><br/>Suficiente para obter 1/3 da energia que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em leite, queijo ou iogurte. Ocasionalmente toma um suplemento dentro do quarto.</p> | <p><b>3. Problemas graves:</b><br/>Recebe menos do que a quantidade habitual de líquidos ou alimentos por comida.</p>   | <p><b>4. Escassez:</b><br/>Come a maior parte das refeições na cama. Nunca recebe uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacteos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>                                  |
| <p><b>Prisão e forças de deslizamento</b></p>  | <p><b>1. Problema:</b><br/>Suficiente para obter 1/3 da energia que lhe é oferecida. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gestos ou ruídos.</p>  | <p><b>2. Problema moderado:</b><br/>Recebe menos do que a quantidade habitual de líquidos ou alimentos por comida.</p>   | <p><b>3. Nenhum problema:</b><br/>Nunca teve uma refeição incompleta. Suficiente para obter 1/3 da energia que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacteos). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dentro do quarto.</p> | <p><b>4. Nenhum problema:</b><br/>Nunca teve uma refeição incompleta. Suficiente para obter 1/3 da energia que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacteos). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dentro do quarto.</p> |

Puntuação total: **8**

Alf...



## ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

### Escala Zarit (SCLínico)

Nº SNS

Assinatura Cuidador Responsável pelo preenchimento

Nome Pessoa Cuidada:

Nº SNS

| Item  | Assim (1) | Quase Nunca (2) | Às vezes (3) | Muitas vezes (4) | Quase sempre (5) |
|---|-----------|-----------------|--------------|------------------|------------------|
| 1 Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?                         |           |                 |              | X                |                  |
| 2 Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?                 |           |                 |              | X                |                  |
| 3 Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?              |           |                 |              | X                |                  |
| 4 Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?   |           |                 | X            |                  |                  |
| 5 Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?   |           |                 | X            |                  |                  |
| 6 Considera que a sua situação actual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?   |           |                 | X            |                  |                  |
| 7 Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?   |           |                 |              |                  | X                |
| 8 Considera que o seu familiar está dependente de si?   |           |                 |              |                  | X                |
| 9 Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?  |           |                 |              | X                |                  |
| 10 Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?   |           |                 |              | X                |                  |
| 11 Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?                                  |           |                 | X            |                  |                  |
| 12 Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?           |           |                 | X            |                  |                  |
| 13 Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?                   |           | X               |              |                  |                  |
| 14 Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?       |           |                 |              |                  | X                |
| 15 Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas? | X         |                 |              |                  |                  |
| 16 Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?   |           |                 | X            |                  |                  |
| 17 Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?                |           |                 |              | X                |                  |
| 18 Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?                                      | X         |                 |              |                  |                  |
| 19 Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?   |           |                 |              | X                |                  |
| 20 Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?  |           |                 | X            |                  |                  |
| 21 Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?   |           |                 | X            |                  |                  |
| 22 Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?                                  |           |                 |              | X                |                  |

TOTAL

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;  
Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;  
Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

75

## Apêndice E - Escala FACES II (versão portuguesa Otilia Fernandes, 1995)

Questionário individual de autoavaliação que classifica o funcionamento da família nas dimensões de coesão familiar e adaptabilidade familiar, isto é a forma como os membros da família percebem as suas vivências no seio da própria família. desenvolvida em 1988 foi adaptada para a população portuguesa por Fernandes (1995).

### ESCALA FACES II (Otilia Fernandes, 1995)

Por favor, indique em cada afirmação ao que melhor corresponde à sua opinião, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

[1] - Quase Nunca [2] - De vez em quando [3] - Às vezes [4] - Muitas vezes [5] - Quase sempre

|    |  | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   |      |
|----|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------|
| 1  | Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +2 C |
| 2  | Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.                                      | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 3  | É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família. | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +2 C |
| 4  | Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 5  | Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +1 C |
| 6  | Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +1 A |
| 7  | Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +2 C |
| 8  | Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +2 A |
| 9  | Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 10 | As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +1 A |
| 11 | Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 12 | É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.                                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 13 | Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 14 | Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 15 | Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +2 C |
| 16 | Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.                       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +2 A |
| 17 | Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 18 | Na nossa família somos justos quanto à disciplina.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 19 | Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +2 C |
| 20 | A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 21 | Cada um de nós aceita o que a família decide.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +2 C |
| 22 | Na nossa família todos partilham responsabilidade.   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +2 A |
| 23 | Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +1 C |
| 24 | É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 25 | Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.                                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 26 | Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 27 | Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 28 | Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +2 A |
| 29 | Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +1 C |
| 30 | Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |

Coesão → 36

Adaptabilidade → 36

O total Negativo

$$\frac{36 + 36}{2} = 36$$

$$\frac{2 + 2}{2} = 2$$

### APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

|   |   |               |   |
|---|---|---------------|---|
| A | Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.   | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| B | Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.       | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| C | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.                     | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| D | Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| E | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.   | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |

Disfunção ambiental 3

## Anexo 7- Resultados da Avaliação familiar- Família 4

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português)

Famílias com membros dependentes, capacidades  
para o estudo do cuidador informal

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) \_\_\_\_\_

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se  
tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de  
fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos  
e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a  
minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem)  
serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo  
guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 22/ outubro / 2024

Assinatura do participante no projeto \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

Nome: Daniela Valente

Assinatura: \_\_\_\_\_

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

| ESCALÃO | PROFISSÃO   | INSTRUÇÃO   | ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR   | TIPO DE HABITAÇÃO   | LOCAL DE RESIDÊNCIA                          | PONTUAÇÃO      |                |              | POSIÇÃO SOCIAL                                |
|---------|---|---|---|---|--|----------------|----------------|--------------|---|
|         |   |   |   |   |  | 0/5 itens      | 0/4 itens      | 0/3 itens    |   |
| 1       | - Dirigentes e Comerciantes<br>- Gestores de lojas de sociedades<br>- (150 empregos)<br>- Professores Universitários<br>- (com Doutorado)<br>- Engenheiros/Cientistas<br>- Profissionais de alto nível<br>- Alta dirigentes públicos  | Licenciatura<br>Mestrado<br>Doutoramento                      | - Lucros de empresas de propriedade<br>- Heranças<br>- Rendimentos profissionais de elevado nível | - Casa suanda (suanda equipada) ou imóvel de centro   | - Zona residencial de elite                  | 5<br>4<br>3    | 4<br>3<br>2    | 3            | I<br>CLASSE ALTA<br>DATA: .../.../...         |
| 2       | - Médicos Industriais e Comerciantes<br>- Dirigentes de médias empresas<br>- Agricultores / Proprietários<br>- Dirigentes técnicos e científicos<br>- quadros técnicos de estado público ou privado<br>- Oficiais das Forças Armadas<br>- Profissionais liberais<br>- Professores Ensino Superior<br>- Professores Universitários<br>- (e Doutoramento) | Bacharelato ou Curso Superior obtido há 1 ano                 | - Renda remanescente e heranças<br>- (10 vezes o salário mínimo nacional)                         | - Casa suanda (suanda equipada) e suburbana   | - Subúrbio                                   | 10<br>9<br>8   | 8<br>7<br>6    | 4<br>3<br>2  | II<br>CLASSE MÉDIA ALTA<br>DATA: .../.../...  |
| 3       | - Eng. Industriais e Comerciantes<br>- Quadros técnicos de Estado<br>- Eng. Escalão (gr. 7)<br>- quadros superiores<br>- Sargentos e Alcaides   | 1 <sup>o</sup> Ano<br>Recebe-se mais de 1 ano de escolaridade | - Rendimentos certos  | - Casa suanda em bom estado de conservação, cómoda e com 20 metros quadrados de área útil                   | - Zona média                                 | 14<br>13<br>12 | 12<br>11<br>10 | 3<br>2<br>1  | III<br>CLASSE MÉDIA<br>DATA: .../.../...      |
| 4       | - Eng. Agrónomos/Técnicos<br>- Eng. Escalão (gr. 6)<br>- quadros com qualificação<br>- Funcionários públicos e membros das "A" de indústrias de base I  | Escolaridade 1 <sup>o</sup> ano e 1/2 ano                     | - Rendimentos: 1. do salário mínimo nacional<br>- Pensões ou Retribuições<br>- Rendimentos certos | - Casa suanda modesta com 120 metros e casa de banho com electricidade de rede normal                       | - Bairro social / popular<br>- Zona antiga   | 18<br>17<br>16 | 16<br>15<br>14 | 2<br>1<br>0  | IV<br>CLASSE MÉDIA BAIXA<br>DATA: .../.../... |
| 5       | - Assalariados agrícolas<br>- Trabalhadores industriais e profissões não classificadas nos grupos anteriores  | Não sabe ler ou escrever<br>Escolaridade 0 anos               | - Assalariados (0,50 em 1)<br>- RBC   | - Imóvel (casas) - (ruas de 1 <sup>o</sup> grau)<br>- Construção de baixo nível em situação de precariedade | - Bairro de 1 <sup>o</sup> grau de qualidade | 22<br>21<br>20 | 20<br>19<br>18 | 1<br>0<br>-1 | V<br>CLASSE BAIXA<br>DATA: .../.../...        |

Fonte: Graffar - "Um método de classificação social de estratos de população"  
Comun. Sociol., 1936, Vol. 11 - nº 3. Versão Graffar, pp. 482 - 489  
Adaptado em 1994 e actualizado em 2011 pelo Dr. Faustino Amaro

Numa primeira fase é atribuída a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e numa segunda fase serve da soma destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade. A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social.

**Classificação:**

classe I/Alta 5-9; classe II/Média alta 10-13; classe III/ Média 14-17; classe IV/Média baixa 18-21; classe V/Baixa 22-25

## Escala de Barthel

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <b>1. Alimentação</b>  |                                       |
| Independente.....  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....                            | <input type="checkbox"/> 5            |
| Dependente.....  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>2. Transferências</b>   |                                       |
| Independente.....  | <input type="checkbox"/> 15           |
| Precisa de alguma ajuda.....   | <input type="checkbox"/> 10           |
| Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....                            | <input type="checkbox"/> 5            |
| Dependente, não tem equilíbrio sentado.....  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>3. Toalete</b>  |                                       |
| Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....                               | <input type="checkbox"/> 5            |
| Dependente, necessita de alguma ajuda.....   | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>4. Utilização do WC</b>   |                                       |
| Independente.....  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Precisa de alguma ajuda.....   | <input type="checkbox"/> 5            |
| Dependente.....  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>5. Banho</b>  |                                       |
| Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....                                | <input type="checkbox"/> 5            |
| Dependente, necessita de alguma ajuda.....   | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>6. Mobilidade</b>   |                                       |
| Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....                          | <input type="checkbox"/> 15           |
| Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....   | <input type="checkbox"/> 10           |
| Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....               | <input type="checkbox"/> 5            |
| Imóvel.....  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>7. Subir e Descer Escadas</b>   |                                       |
| Independente, com ou sem ajudas técnicas.....  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Precisa de ajuda.....  | <input type="checkbox"/> 5            |
| Dependente.....  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>8. Vestir</b>   |                                       |
| Independente.....  | <input type="checkbox"/> 10           |
| Com ajuda.....   | <input checked="" type="checkbox"/> 5 |
| Impossível.....  | <input type="checkbox"/> 0            |
| <b>9. Controlo Intestinal</b>  |                                       |
| Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....        | <input type="checkbox"/> 10           |
| Acidente ocasional.....  | <input type="checkbox"/> 5            |
| Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....   | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>10. Controlo Urinário</b>   |                                       |
| Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho..... | <input type="checkbox"/> 10           |
| Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....  | <input type="checkbox"/> 5            |
| Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....                     | <input checked="" type="checkbox"/> 0 |
| <b>TOTAL</b>   | <b>5</b>                              |

## LISTA DE VERIFICAÇÃO AMBIENTAL

### RISCO DE QUEDA NO DOMICÍLIO (fatores extrínsecos)

Colocar um "X" em "Sim" ou "Não", conforme a observação das condições ambientais.

Deverá colocar-se "N/A" quando a situação descrita não for aplicável.

| Pavimento                    |   | Sim | Não |
|------------------------------|---|-----|-----|
| 1                            | As carpetes e esteiras estão assentes, sem rugas / enrolamentos   |     | X   |
| 2                            | Os tapetes estão assentes no chão em material antiderrapante  |     | X   |
| 3                            | Os derrames para o chão são limpos assim que ocorrem  | X   |     |
| 4                            | Os pavimentos estão desobstruídos / livres de materiais / equipamentos  |     | X   |
| 5                            | Os fios e cabos existentes não atravessam as vias de circulação   |     | X   |
| 6                            | Os pavimentos são antiderrapantes   |     | X   |
| 7                            | Os animais são mantidos afastados, de forma a impedir que se coloquem debaixo/ em frente dos pés ou se deitem em vias de circulação                                   | X   |     |
| Iluminação                   |   | Sim | Não |
| 1                            | A iluminação é suficiente, permitindo visão nítida  | X   |     |
| 2                            | As escadas e degraus estão bem iluminados   |     | X   |
| 3                            | Os interruptores de luz são de fácil acesso e estão perto de cada porta   | X   |     |
| 4                            | É fácil acender uma luz a partir da cama  |     | X   |
| 5                            | Existe uma boa iluminação na zona onde se guardam os medicamentos   | X   |     |
| Escadas, degraus e escadotes |   | Sim | Não |
| 1                            | Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis  | X   |     |
| 2                            | As escadas e os degraus estão bem iluminados  |     | X   |
| 3                            | Existe um interruptor de luz na base e no topo das escadas  |     | X   |
| 4                            | Os degraus são antiderrapantes ou dispõem de material antiderrapante no bordo dos mesmos  |     | X   |
| 5                            | As coberturas dos degraus encontram-se em bom estado de conservação   | X   |     |
| 6                            | As escadas dispõem de corrimão bem fixo e resistente  |     | X   |
| 7                            | O escadote ou as escadas amovíveis são baixos e dispõem de pés antiderrapantes  | X   |     |
| Cozinha                      |   | Sim | Não |
| 1                            | Os utensílios e equipamentos de cozinha, usados mais frequentemente, estão facilmente acessíveis sem necessidade de subir algo, dobrar-se ou comprometer o equilíbrio | X   |     |
| 2                            | Existe uma boa iluminação nas áreas de trabalho   | X   |     |
| 3                            | Os derrames são limpos imediatamente  | X   |     |
| 4                            | Existe uma boa ventilação de forma a evitar o embaciamento dos óculos   |     | X   |
| Instalação Sanitária         |   | Sim | Não |
| 1                            | Os tapetes existentes são antiderrapantes   |     | X   |
| 2                            | O sabonete, o shampoo e a toalha são de fácil acesso, de forma que os utilizadores não tenham que se dobrar ou esticar para chegarem até eles                         |     | X   |
| 3                            | A banheira ou duche permitem que os utilizadores saiam sem terem que se apoiar em torneiras ou toalheiros   |     | X   |
| 4                            | A banheira ou duche têm corrimãos ou equipamentos de apoio  |     | X   |
| 5                            | O duche permite entrada direta sem necessidade de pisar um bordo elevado ou degrau  |     | X   |
| 6                            | A sanita permite que os utilizadores se sentem e levantem com facilidade  | X   |     |

|   |  |                                     |                                     |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 7   | O pavimento é antiderrapante mesmo quando está molhado   |                                     |                                     |
| <b>Sala</b>                               |  | Sim                                 | Não                                 |
| 1   | Existe facilidade em sentar e levantar do sofá   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 2   | Os cabos, móveis e outros materiais são mantidos afastados das zonas de circulação   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3   | O mobiliário está disposto de forma a evitar que os residentes não tenham que se inclinar ou esticar muito para abrir as janelas       |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>Quarto</b>                             |  | Sim                                 | Não                                 |
| 1   | Existe facilidade em acender uma luz antes de sair da cama   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2   | Existe facilidade em entrar e sair da cama   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3   | Tem um telefone no quarto  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 4   | O fio do cobertor elétrico está em condições de segurança para que não se tropece. O seu comando é fácil de alcançar a partir da cama? |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5   | A colcha é feita sem franja  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6   | Os auxiliares de marcha, são fáceis de alcançar antes de sair da cama  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| <b>Vestuário e Calçado</b>                |  | Sim                                 | Não                                 |
| 1   | Os sapatos que se utilizam têm a sola antiderrapante   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2   | Os sapatos têm "calcanhares arredondados e largos"   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3   | São utilizados sapatos de rua, em vez de chinelos, fora de casa  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 4   | A roupa adapta-se firmemente sem cordéis ou bainhas pendentes (por ex.: o robe, ...)   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| <b>Fora de casa</b>                       |  | Sim                                 | Não                                 |
| 1   | Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 2   | Os limites dos degraus têm uma faixa antiderrapante  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3   | As escadas têm um corrimão resistente e fácil de agarrar   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 4   | Os caminhos ao redor da casa estão em bom estado de conservação  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5   | As áreas públicas nas imediações da casa estão em bom estado de conservação  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6   | Os caminhos e entradas estão bem iluminados à noite  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7   | O jardim é mantido livre de riscos (por ex.: ferramentas, mangueiras, ...)   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8   | O piso da garagem está livre de óleo e de outras substâncias gordurosas  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Assinatura do responsável pela avaliação: |  |                                     |                                     |

Adaptado do documento "Your Home Safety Checklist" produzido pelo Departamento de Saúde do Governo da Austrália Oeste, no âmbito do Programa de Prevenção de Quedas "Stay on your feet", 2013

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Nome do avaliador: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_\_

|  |   |   |  |   |   |
|--|---|---|--|---|---|
| <p><b>Percepção sensorial</b><br/>Capacidade de reação significativas ao desconforto</p> <p>1. <b>Completamente limitada:</b><br/>Não reage a estímulos dolorosos (pelo gemo, não se mexe nem se agita) a não ser quando a um nível razoável de consciência ou à sensação.<br/>OU<br/>capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p> <p>2. <b>Muito limitada:</b><br/>Sempre ou frequentemente, não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou reações físicas.<br/>OU<br/>tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p> <p>3. <b>Ligeiramente limitada:</b><br/>Obstáculos a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.<br/>OU<br/>tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p> <p>4. <b>Nenhuma limitação:</b><br/>Obstáculos a instruções verbais.<br/>Não apresenta dificuldade sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p> | <p>1. <b>1. Muito constantemente</b><br/>Nunca.<br/>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudores, urina, etc. É necessária humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p> <p>2. <b>2. Pele muito húmida:</b><br/>Apesar de não impregnar-se, não tem sempre, húmida. Os lençóis, fitas de sermão e modais pelo menos uma vez por turno.</p> <p>3. <b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b><br/>A pele está por vezes húmida, exceto uma vez adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p> <p>4. <b>4. Pele raramente húmida:</b><br/>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>   | <p>1. <b>1. Muito limitada:</b><br/>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode ficar erguido sem de ser ajudado e sentar-se na cadeira normal ou de rodar.</p> <p>2. <b>2. Pouco limitada:</b><br/>Capacidade de marcha gravemente limitada.</p> <p>3. <b>3. Pouco limitada:</b><br/>Por vezes tem dificuldades de marcha e não consegue ficar de pé sozinho, com ou sem ajuda. Precisa a maior parte dos braços de apoio.</p> <p>4. <b>4. Pouco limitada:</b><br/>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas vezes durante o período em que está acordado.</p>  | <p><b>Atividade</b><br/>Nível de atividade física</p> <p>1. <b>1. Completamente limitada:</b><br/>Não consegue levantar-se sem ajuda e controlar a posição do corpo.</p> <p>2. <b>2. Muito limitada:</b><br/>Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades sem ajuda.</p> <p>3. <b>3. Pouco limitada:</b><br/>Capacidade de marcha gravemente limitada.</p> <p>4. <b>4. Nenhuma limitação:</b><br/>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p> | <p>1. <b>1. Muito limitada:</b><br/>Nunca como uma refeição completa. Sarcófago com mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. Come frequentemente duas refeições, ou menos, de porções (carne ou batatas).<br/>OU<br/>tem um suplemento dietético líquido está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.</p> <p>2. <b>2. Pouco limitada:</b><br/>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 batatas. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.<br/>OU<br/>recebe menos de que a quantidade teor de líquidos ou alimentos por sonda.</p> <p>3. <b>3. Adequada:</b><br/>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, batatas). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.<br/>OU<br/>é alimentado por sonda ou num regime de sonda permitida total satisfazendo geralmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p> <p>4. <b>4. Excelente:</b><br/>Come a maior parte das refeições na altura. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, batatas). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p> | <p>1. <b>1. Muito limitada:</b><br/>Nunca como uma refeição completa. Sarcófago com mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. Come frequentemente duas refeições, ou menos, de porções (carne ou batatas).<br/>OU<br/>tem um suplemento dietético líquido está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.</p> <p>2. <b>2. Pouco limitada:</b><br/>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 batatas. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.<br/>OU<br/>recebe menos de que a quantidade teor de líquidos ou alimentos por sonda.</p> <p>3. <b>3. Adequada:</b><br/>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, batatas). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.<br/>OU<br/>é alimentado por sonda ou num regime de sonda permitida total satisfazendo geralmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p> <p>4. <b>4. Excelente:</b><br/>Come a maior parte das refeições na altura. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, batatas). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p> |
| <p><b>Forças e deslocamento</b></p> <p>1. <b>1. Problema:</b><br/>Requer uma ajuda moderada a substancial para se movimentar e empurrar/levantar e mover completamente sem deslocar contra os lençóis. Dificuldade frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda manual. Equilibrado, consciente ou aplicação leve a fricção sobre oente.</p> <p>2. <b>2. Problema potencial:</b><br/>Movimentar-se sem alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É possível que durante uma movimentação, a parte distal 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 desliza.</p> <p>3. <b>3. Nenhum problema:</b><br/>Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar constantemente durante uma mudança de posição.<br/>Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>  | <p>1. <b>1. Muito limitada:</b><br/>Nunca como uma refeição completa. Sarcófago com mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. Come frequentemente duas refeições, ou menos, de porções (carne ou batatas).<br/>OU<br/>tem um suplemento dietético líquido está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.</p> <p>2. <b>2. Pouco limitada:</b><br/>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 batatas. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.<br/>OU<br/>recebe menos de que a quantidade teor de líquidos ou alimentos por sonda.</p> <p>3. <b>3. Adequada:</b><br/>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, batatas). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.<br/>OU<br/>é alimentado por sonda ou num regime de sonda permitida total satisfazendo geralmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p> <p>4. <b>4. Excelente:</b><br/>Come a maior parte das refeições na altura. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, batatas). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p> | <p>1. <b>1. Muito limitada:</b><br/>Nunca como uma refeição completa. Sarcófago com mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. Come frequentemente duas refeições, ou menos, de porções (carne ou batatas).<br/>OU<br/>tem um suplemento dietético líquido está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.</p> <p>2. <b>2. Pouco limitada:</b><br/>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 batatas. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.<br/>OU<br/>recebe menos de que a quantidade teor de líquidos ou alimentos por sonda.</p> <p>3. <b>3. Adequada:</b><br/>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, batatas). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.<br/>OU<br/>é alimentado por sonda ou num regime de sonda permitida total satisfazendo geralmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p> <p>4. <b>4. Excelente:</b><br/>Come a maior parte das refeições na altura. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, batatas). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p> |  |   |   |
| <p>Nota: Quando mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>   |   |   |  |   |   |
| <p>Pontuação total: <b>16</b></p>  |   |   |  |   |   |

## ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

### Escala Zarit (SCLínico)

Nº SNS

Assinatura Cuidador Responsável pelo preenchimento

Nome Pessoa Cuidada -

Nº SNS

| Item  | Nunca (1)                           | Quase Nunca (2)                     | Ai/Vezes (3)                        | Muitas/Vezes (4)                    | Quase sempre (5)                    |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?                         |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 2 Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?                 |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?              |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 4 Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?   |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 5 Sente-se imitado(a) quando está junto do seu familiar?  |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 6 Considera que a sua situação actual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?   |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 7 Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?   |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 Considera que o seu familiar está dependente de si?   |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?  |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 10 Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?   |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 11 Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?                                  |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 12 Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?           |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 13 Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?                   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| 14 Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?       |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15 Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas? |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 16 Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?   |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 17 Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?                | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |
| 18 Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?                                      |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 19 Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?   |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 20 Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?  |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 21 Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?   |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 22 Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?                                  |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |

TOTAL

0

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;  
 Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;  
 Superior a 56 = Sobrecarga intensa.



## Apêndice E - Escala FACES II (versão portuguesa Otilia Fernandes, 1995)

Questionário Individual de autoavaliação que classifica o funcionamento da família nas dimensões de coesão familiar e adaptabilidade familiar, isto é a forma como os membros da família percebem as suas vivências no seio da própria família. desenvolvida em 1988 foi adaptada para a população portuguesa por Fernandes (1995).

### ESCALA FACES II (Otilia Fernandes, 1995)

Por favor, indique em cada afirmação ao que melhor corresponde à sua opinião, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

[1] - Quase Nunca [2] - De vez em quando [3] - Às vezes [4] - Muitas Vezes [5] - Quase sempre

|    |  | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   |      |
|----|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------|
| 1  | Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 2  | Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.                                      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 B |
| 3  | É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 4  | Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| 5  | Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 6  | Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 7  | Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 8  | Em nossa casa discutimos os problemas e sentimos-nos bem com as soluções encontradas.                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 9  | Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 10 | As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 11 | Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 12 | É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +1 A |
| 13 | Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 14 | Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 15 | Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 16 | Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são boas em conta.                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 A |
| 17 | Na nossa família sentimos-nos muito chegados uns aos outros.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 18 | Na nossa família somos justos quanto a disciplina.   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +2 A |
| 19 | Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 20 | A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 21 | Cada um de nós aceita o que a família decide.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 22 | Na nossa família todos partilham responsabilidade.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 F |
| 23 | Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +2 C |
| 24 | É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 25 | Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.                                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 26 | Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| 27 | Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 28 | Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 29 | Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 30 | Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |

coesão  $\rightarrow 70 \rightarrow 6$  Ligada

Adaptabilidade  $\rightarrow 53 \rightarrow$  Flexível -6

O redução negativa

$$\frac{6+6}{2} = 6$$

### APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

|   |   |  |             |
|---|---|--|-------------|
| A | Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.   | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| B | Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.       | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| C | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.                     | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| D | Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |
| E | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.   | Quase Sempre<br>Algumas Vezes<br>Quase Nunca | 2<br>1<br>0 |

Altamente  
Funcional

8

## Anexo 8- Resultados da Avaliação familiar- Família 5

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## Designação do Estudo (em português)

Famílias com membros dependentes, capacitando-as para o estabelecimento de suporte informal

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) \_\_\_\_\_

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tem intenção de realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 22/ outubro / 2024

Assinatura do participante no projeto: \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

Nome: Daniela Valente

Assinatura: \_\_\_\_\_

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

| CRITÉRIO | PROFISSÃO   | INSTRUÇÃO   | ORIGEM DO REVENIMENTO FAMILIAR   | TIPO DE HABITAÇÃO   | LOCAL DE RESIDÊNCIA                    | PONTUAÇÃO  |             |             | POSICÃO SOCIAL                           |
|----------|---|---|--|---|--|------------|-------------|-------------|--|
|          |   |   |  |   |  | até 5 anos | até 10 anos | até 15 anos |  |
| 1        | - Gr industriais e Comerciantes<br>- Gestores de topo do sector público ou privado<br>(+ 500 empregados)<br>- Professores Universitários com Doutoramento<br>- Engenheiros/Arquitetos/Arquitectos<br>- Profissionais liberais de alto nível<br>- Dirigentes públicos  | - Licenciatura<br>- Mestrado<br>- Doutoramento        | - Lucros de empresas de propriedade familiar<br>- Heranças<br>- Rendimentos profissionais de elevado nível | - Casa ou andar (elevado espaço) e jardim de jardim   | - Zona residencial exigente            | 3<br>4     | 4<br>4      | 3           | I<br>CLASSE ALTA<br><br>GAMA ( )         |
| 2        | - Médicos, Policiais e Comerciantes<br>- Dirigentes de médias empresas<br>- Agricultores / Proprietários<br>- Dirigentes intermédios e quadros superiores do sector público ou privado<br>- Oficiais das Forças Armadas<br>- Profissionais liberais<br>- Professores Esc. Superiores<br>- Professores Esc. Secundárias<br>- Professores Universitários (2.º Grau) | - Bacharelato ou Curso Superior obtido (+ 3 anos)     | - Alcos, dividendos e heranças (+ 10 milhas e acima, mesmo nacional)                                       | - Casa ou andar (elevado espaço) e jardim   | - Zona local                           | 10<br>4    | 8<br>4      | 4<br>4      | II<br>CLASSE MÉDIA ALTA<br><br>GAMA ( )  |
| 3        | - Prof. Industriais e Comerciantes<br>- Quadros médios (chefes de Secção)<br>- Eng. Técnicos (gr. 2)<br>- Médicos agricultores<br>- Sargentos e corporais   | - 2.º Ano<br>- Não sabe ler ou escrever               | - Rendimentos certos   | - Casa ou andar em bom estado de conservação (elevado e médio de facto, electrodomésticos essenciais) | - Zona intermédia                      | 14<br>4    | 11<br>4     | 7<br>4      | III<br>CLASSE MÉDIA<br><br>GAMA ( )      |
| 4        | - Prof. Agricultores/Arquitetos<br>- Eng. Técnicos (gr. 1)<br>- Operários semi-qualificados<br>- Funcionários públicos e membros das F.A. de estatuto de nível 1  | - Escolaridade (+ 6 anos e + 8 anos)                  | - Remunerações (+ ao salário mínimo nacional)<br>- Pensões e Retiradas<br>- Rendimentos certos             | - Casa ou andar modesto com electricidade e gás de baixo, sem electrodomésticos de maior nível        | - Zona social / comum<br>- Zona antiga | 18<br>4    | 14<br>4     | 10<br>4     | IV<br>CLASSE MÉDIA BAIXA<br><br>GAMA ( ) |
| 5        | - Operários agrícolas<br>- Trabalhadores não qualificados e profissões não classificadas nos pontos anteriores  | - Não sabe ler ou escrever<br>- Escolaridade + 4 anos | - Rendimentos (subsídios) baixos   | - Imóveis (casas, andar ou sumo)<br>- Construção de várias famílias em situação de precariedade       | - Zona de alto do comum                | 22<br>4    | 17<br>4     | 10<br>4     | V<br>CLASSE BAIXA<br><br>GAMA ( )        |

Fonte: Graffar - "Un método de classificação social d'habitatants de Portugal" - Coimbra, Suplemento, 1936, Vol. IV - nº 3. Heraldo Graffar, pp. 456-459. Adaptado em 1992 e actualizado em 2001 pelo Sr. Paulo Aires.

Numa primeira fase é atribuída a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e numa segunda fase serve da soma destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade. A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social.

#### Classificação:

classe I/Alta 3-9; classe II/Média alta 10-13; classe III/ Média 14-17; classe IV/Média baixa 18-21; classe V/Baixa 22-25

## Escala de Barthel

|  |                                     |           |
|--|-------------------------------------|-----------|
| <b>1. Alimentação</b>  |                                     |           |
| Independente.....  | <input checked="" type="checkbox"/> | 10        |
| Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar as alimentinas).....                          | <input type="checkbox"/>            | 5         |
| Dependente.....  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>2. Transferências</b>   |                                     |           |
| Independente.....  | <input type="checkbox"/>            | 15        |
| Precisa de alguma ajuda.....   | <input checked="" type="checkbox"/> | 10        |
| Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....                            | <input type="checkbox"/>            | 5         |
| Dependente, não tem equilíbrio sentado.....  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>3. Toalete</b>  |                                     |           |
| Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....                               | <input checked="" type="checkbox"/> | 5         |
| Dependente, necessita de alguma ajuda.....   | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>4. Utilização do WC</b>   |                                     |           |
| Independente.....  | <input type="checkbox"/>            | 10        |
| Precisa de alguma ajuda.....   | <input type="checkbox"/>            | 5         |
| Dependente.....  | <input checked="" type="checkbox"/> | 0         |
| <b>5. Banho</b>  |                                     |           |
| Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....                                | <input type="checkbox"/>            | 5         |
| Dependente, necessita de alguma ajuda.....   | <input checked="" type="checkbox"/> | 0         |
| <b>6. Mobilidade</b>   |                                     |           |
| Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....                          | <input type="checkbox"/>            | 5         |
| Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....   | <input checked="" type="checkbox"/> | 10        |
| Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....               | <input checked="" type="checkbox"/> | 5         |
| Imóvel.....  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>7. Subir e Descer Escadas</b>   |                                     |           |
| Independente, com ou sem ajudas técnicas.....  | <input type="checkbox"/>            | 10        |
| Precisa de ajuda.....  | <input type="checkbox"/>            | 5         |
| Dependente.....  | <input checked="" type="checkbox"/> | 0         |
| <b>8. Vestir</b>   |                                     |           |
| Independente.....  | <input type="checkbox"/>            | 10        |
| Com ajuda.....   | <input checked="" type="checkbox"/> | 5         |
| Impossível.....  | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>9. Controlo Intestinal</b>  |                                     |           |
| Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....        | <input type="checkbox"/>            | 10        |
| Acidente ocasional.....  | <input checked="" type="checkbox"/> | 5         |
| Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....   | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>10. Controlo Urinário</b>   |                                     |           |
| Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho..... | <input type="checkbox"/>            | 10        |
| Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....  | <input checked="" type="checkbox"/> | 5         |
| Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....                     | <input type="checkbox"/>            | 0         |
| <b>TOTAL</b>   |                                     | <b>45</b> |

## LISTA DE VERIFICAÇÃO AMBIENTAL

### RISCO DE QUEDA NO DOMICÍLIO (fatores extrínsecos)

Colocar um "X" em "Sim" ou "Não", conforme a observação das condições ambientais.

Deverá colocar-se "N/A" quando a situação descrita não for aplicável.

|                                     |   | Sim | Não |
|-------------------------------------|---|-----|-----|
| 1                                   | As carpetes e esteiras estão assentes, sem rugas / enrolamentos   | X   |     |
| 2                                   | Os tapetes estão assentes no chão em material antiderrapante  | X   |     |
| 3                                   | Os derrames para o chão são limpos assim que ocorrem  | X   |     |
| 4                                   | Os pavimentos estão desobstruídos / livres de materiais / equipamentos  | X   |     |
| 5                                   | Os fios e cabos existentes não atravessam as vias de circulação   | X   |     |
| 6                                   | Os pavimentos são antiderrapantes   | X   |     |
| 7                                   | Os animais são mantidos afastados, de forma a impedir que se coloquem debaixo/ em frente dos pés ou se deitem em vias de circulação                                   | X   |     |
| <b>Iluminação</b>                   |   | Sim | Não |
| 1                                   | A iluminação é suficiente, permitindo visão nítida  | X   |     |
| 2                                   | As escadas e degraus estão bem iluminados   | X   |     |
| 3                                   | Os interruptores de luz são de fácil acesso e estão perto de cada porta   | X   |     |
| 4                                   | É fácil acender uma luz a partir da cama  | X   |     |
| 5                                   | Existe uma boa iluminação na zona onde se guardam os medicamentos   | X   |     |
| <b>Escadas, degraus e escadotes</b> |   | Sim | Não |
| 1                                   | Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis  | X   |     |
| 2                                   | As escadas e os degraus estão bem iluminados  | X   |     |
| 3                                   | Existe um interruptor de luz na base e no topo das escadas  | X   |     |
| 4                                   | Os degraus são antiderrapantes ou dispõem de material antiderrapante no bordo dos mesmos  | X   |     |
| 5                                   | As coberturas dos degraus encontram-se em bom estado de conservação   | X   |     |
| 6                                   | As escadas dispõem de corrimão bem fixo e resistente  | X   |     |
| 7                                   | O escadote ou as escadas amovíveis são baixos e dispõem de pés antiderrapantes  | X   |     |
| <b>Cozinha</b>                      |   | Sim | Não |
| 1                                   | Os utensílios e equipamentos de cozinha, usados mais frequentemente, estão facilmente acessíveis sem necessidade de subir algo, dobrar-se ou comprometer o equilíbrio | X   |     |
| 2                                   | Existe uma boa iluminação nas áreas de trabalho   | X   |     |
| 3                                   | Os derrames são limpos imediatamente  | X   |     |
| 4                                   | Existe uma boa ventilação de forma a evitar o embaciamento dos óculos   | X   |     |
| <b>Instalação Sanitária</b>         |   | Sim | Não |
| 1                                   | Os tapetes existentes são antiderrapantes   | X   |     |
| 2                                   | O sabonete, o shampoo e a toalha são de fácil acesso, de forma que os utilizadores não tenham que se dobrar ou esticar para chegarem até eles                         | X   |     |
| 3                                   | A banheira ou duche permitem que os utilizadores saiam sem terem que se apoiar em torneiras ou toalheiros   | X   |     |
| 4                                   | A banheira ou duche têm corrimãos ou equipamentos de apoio  | X   |     |
| 5                                   | O duche permite entrada direta sem necessidade de pisar um bordo elevado ou degrau  | X   |     |
| 6                                   | A sanita permite que os utilizadores se sentem e levantem com facilidade  | X   |     |

|   |  |     |     |
|---|--|-----|-----|
| 7   | O pavimento é antiderrapante mesmo quando está molhado   | X   |     |
|   |  |     | Não |
| 1   | Existe facilidade em sentar e levantar do sofá   | X   |     |
| 2   | Os cabos, móveis e outros materiais são mantidos afastados das zonas de circulação   | X   |     |
| 3   | O mobiliário está disposto de forma a evitar que os residentes não tenham que se inclinar ou esticar muito para abrir as janelas       | X   |     |
| <b>Quarto</b>                             |  | Sim | Não |
| 1   | Existe facilidade em acender uma luz antes de sair da cama   | X   |     |
| 2   | Existe facilidade em entrar e sair da cama   | X   |     |
| 3   | Tem um telefone no quarto  | X   |     |
| 4   | O fio do cobertor elétrico está em condições de segurança para que não se tropece. O seu comando é fácil de alcançar a partir da cama? | X   |     |
| 5   | A colcha é feita sem franja  | X   |     |
| 6   | Os auxiliares de marcha, são fáceis de alcançar antes de sair da cama  | X   |     |
| <b>Vestuário e Calçado</b>                |  | Sim | Não |
| 1   | Os sapatos que se utilizam têm a sola antiderrapante   | X   |     |
| 2   | Os sapatos têm "calcanhares arredondados e largos"   | X   |     |
| 3   | São utilizados sapatos de rua, em vez de chinelos, fora de casa  | X   |     |
| 4   | A roupa adapta-se firmemente sem cordéis ou bainhas pendentes (por ex.: o robe, ...)   | X   |     |
| <b>Fora de casa</b>                       |  | Sim | Não |
| 1   | Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis   | X   |     |
| 2   | Os limites dos degraus têm uma faixa antiderrapante  | X   |     |
| 3   | As escadas têm um corrimão resistente e fácil de agarrar   | X   |     |
| 4   | Os caminhos ao redor da casa estão em bom estado de conservação  | X   |     |
| 5   | As áreas públicas nas imediações da casa estão em bom estado de conservação  | X   |     |
| 6   | Os caminhos e entradas estão bem iluminados à noite  | X   |     |
| 7   | O jardim é mantido livre de riscos (por ex.: ferramentas, mangueiras, ...)   | X   |     |
| 8   | O piso da garagem está livre de óleo e de outras substâncias gordurosas  | X   |     |
| Assinatura do responsável pela avaliação: |  |     |     |

Adaptado do documento "Your Home Safety Checklist" produzido pelo Departamento de Saúde do Governo da Austrália Oeste, no âmbito do Programa de Prevenção de Quedas "Stay on your feet", 2013

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Nome do avaliador: \_\_\_\_\_

Cama: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_\_

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| <p><b>Percepção sensorial</b><br/>Capacidade de percepção de mudanças significativas no decúbito.</p> <p><b>1. Completamente limitada:</b><br/>Não reage a estímulos dolorosos (pelo gêmeo, não se mexe nem se agita a noite) devido a um nível reduzido de consciência ou à anestesia.</p> <p><b>2. Muito limitada:</b><br/>Baixa ou nenhuma a resposta dolorosa. Não consegue comunicar o desconforto, exemplo através de gemidos ou suspiros.</p> <p><b>3. ligeiramente limitada:</b><br/>Coerente a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.</p> <p><b>4. Nenhuma limitação:</b><br/>Detectar e instruir-se verbalmente. Não apresenta dificuldade alguma que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p> | <p><b>Hemiflexão</b><br/>Movilidade do joelho à flexão e extensão.</p> <p><b>1. Não completamente limitada:</b><br/>A pele mantêm-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. É necessária mudança sempre que o doente é deslocado ou virado.</p> <p><b>2. Não muito limitada:</b><br/>A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. De manhã têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p> <p><b>3. Pouco ou ocasionalmente limitada:</b><br/>A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança ocasional de posição aproximadamente uma vez por dia.</p> <p><b>4. Frequentemente húmida:</b><br/>A pele está geralmente seca. Os linchos só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p> | <p><b>Atividade</b><br/>Nível de actividade física</p> <p><b>1. Acamado:</b><br/>O doente está confinado à cama.</p> <p><b>2. Sentado:</b><br/>Capacidade de marcha governada por outros ou assistência. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p> <p><b>3. Andar ocasionalmente:</b><br/>Pode fazer alguns passos o dia, mas apenas curtos, difíceis, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p> <p><b>4. Andar frequentemente:</b><br/>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p> | <p><b>Mobilidade</b><br/>Capacidade de abanar e levantar a posição de corpo</p> <p><b>1. Completamente limitada:</b><br/>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p> <p><b>2. Muito limitada:</b><br/>Ocupa o mesmo espaço (permanece a posição de corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou espontâneas locais).</p> <p><b>3. Pouco ou ocasionalmente limitada:</b><br/>Ocupa o mesmo espaço (permanece a posição de corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou espontâneas locais).</p> <p><b>4. Nenhuma limitação:</b><br/>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p> | <p><b>Alimentação</b><br/>Nutrição</p> <p><b>1. Muito pobre:</b><br/>Nunca come uma refeição completa. Normalmente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come durante as duas refeições, ou menos, de preferência (carne ou lactados).</p> <p><b>2. Pouco ou ocasionalmente limitada:</b><br/>Nunca come uma refeição completa. Normalmente come mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. Come durante as duas refeições, mas toma geralmente um suplemento (isto faz seja oferecido).</p> <p><b>3. Adequada:</b><br/>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições distintas de proteínas (carne, peixe, lactados). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento (isto faz seja oferecido).</p> <p><b>4. Excelente:</b><br/>Come a maior parte das refeições no tempo. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactados). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p> | <p><b>Prisão e forças de esvaziamento</b></p> <p><b>1. Problema:</b><br/>Requer uma ajuda moderada a regular para se moverem e é impossível evacuar e/ou urinar completamente sem auxílio (carne ou carvão). Dificuldade frequente para evacuar com frequência constante com ajuda mínima. Esporadicamente, constipação ou prisão de ventre leve a fezes queixas constantes.</p> <p><b>2. Problema limitado:</b><br/>Requer ajuda com alguma dificuldade ou regular para evacuar e/ou urinar. Durante uma movimentação, a pele dentro de alguma forma contra o lincho, cadete, apoplex ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desca.</p> <p><b>3. Nenhum problema:</b><br/>Não se dá conta e na cadeira sem ajuda e sem lincha ou outros dispositivos para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p> | <p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p> |
| <p>Pontuação total <b>19</b></p>   |   |   |  |   |  |  |

## ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

### Escala Zarit (SCLínico)

Nº SNS

Assinatura Cuidador Responsável pelo preenchimento

Nome Pessoa Cuidada -

Nº SNS

|    | Item   | Nunca (1)                           | Quase Nunca (2)                     | Ai vezes (3)                        | Muitas Vezes (4) | Quase sempre (5) |
|----|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|------------------|
| 1  | Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?                        |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                  |
| 2  | Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?                |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                  |
| 3  | Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?             |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                  |
| 4  | Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 5  | Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                  |
| 6  | Considera que a sua situação actual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 7  | Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                  |
| 8  | Considera que o seu familiar está dependente de si?  |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                  |                  |
| 9  | Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 10 | Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?   |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                  |                  |
| 11 | Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 12 | Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?           | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 13 | Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 14 | Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?       | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 15 | Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas? | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 16 | Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 17 | Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?                | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 18 | Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 19 | Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?   |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                  |                  |
| 20 | Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                  |
| 21 | Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                  |                  |
| 22 | Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                  |

**TOTAL**

inferior a 46 = Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

0

35

### Apêndice E - Escala FACES II (versão portuguesa Otilia Fernandes, 1995)

Questionário individual de autoavaliação que classifica o funcionamento da família nas dimensões de coesão familiar e adaptabilidade familiar, isto é a forma como os membros da família percebem as suas vivências no seio da própria família. desenvolvida em 1988 foi adaptada para a população portuguesa por Fernandes (1995).

#### ESCALA FACES II (Otilia Fernandes, 1995)

Por favor, indique em cada afirmação ao que melhor corresponde à sua opinião, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

[1] - Quase Nunca [2] - De vez em quando [3] - Às vezes [4] - Muitas Vezes [5] - Quase sempre

|    |  | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   |      |
|----|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------|
| 1  | Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 2  | Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.                                      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 3  | É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 4  | Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 5  | Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 6  | Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| 7  | Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 8  | Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 9  | Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 10 | As responsabilidades de nossa casa rodam pelos vários elementos da família.                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 11 | Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 12 | É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +1 A |
| 13 | Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 14 | Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| 15 | Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 16 | Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são boas em conta.                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +2 A |
| 17 | Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 C |
| 18 | Na nossa família somos justos quanto a disciplina.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 19 | Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 20 | A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 A |
| 21 | Cada um de nós aceita o que a família decide.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 22 | Na nossa família todos partilham responsabilidade.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 23 | Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 24 | É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 25 | Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +5 C |
| 26 | Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 A |
| 27 | Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |
| 28 | Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | +3 A |
| 29 | Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | +4 C |
| 30 | Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | +5 C |

Coesão => 71 -> Instabilidade 7

Adaptabilidade -48 - Flexível 5

$$\frac{7+5}{2} = 6$$

O Cadosão Negativo

Heterodimetria  
equilibrada

### APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

|   |   |               |   |
|---|---|---------------|---|
| A | Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.   | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| B | Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.       | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| C | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.                     | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| D | Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |
| E | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.   | Quase Sempre  | 2 |
|   |   | Algumas Vezes | 1 |
|   |   | Quase Nunca   | 0 |

10

A Homeopatia Funcional

**Anexo 9- Plano de Sessão de Formação + panfleto**

## Plano de sessão formativa

Local: USF vila da igreja

Participantes- Enfermeiros

Temática: Cuidador Informal

Data: 3 de janeiro de 2025

Duração: 1:00 hora

| Objetivo geral  | Conteúdos  | Metodologia   | Materiais                              |
|---|--|---|--|
| <p>Introduzir a temática do cuidador informal;</p> <p>Identificar qual o decreto-lei que introduz esta temática ( 1/2022 de 10 de janeiro);</p> <p>Identificar os documentos necessários para o pedido do estatuto.</p> | <p>Conceitos centrais de cuidador informal principal e não principal;</p> <p>Quem pode ser cuidador informal principal e não principal;</p> <p>Identificar quais os benefícios, requisitos, direitos, deveres do cuidador informal principal e não principal;</p> <p>Cessaçãõ do reconhecimento do estatuto de cuidador informal;</p> <p>Medidas de apoio ao cuidador informal;</p> <p>Abordar com os participantes os critérios para documentar a avaliação de uma família e o período de execução;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas.</p> | <p>Expositivo (exposição oral com recurso a slides de apoio)</p> <p>Expositivo (panfleto)</p> | <p>Computador, projetor multimédia</p> |

## Como pedir o Estatuto de Cuidador Informal

- Documento de identificação válido;
- Comprovativo de residência legal;
- Atestado de robustez física ou ter regime de maior acompanhado;
- Consentimento da pessoa cuidada;
- ter regulação de exercício das responsabilidades parentais (se aplicável).

## O que necessita para o pedido

- Entregar o requerimento para reconhecimento do estatuto de Cuidador Informal nos serviços de segurança social.
- ou
- Preencher o formulário digital no portal da segurança social direta ou em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

## Deveres do Cuidador Informal

- Garantir o bem estar da pessoa cuidada;
- Acompanhar o cuidado sempre que necessário;
- Privacidade, confidencialidade;
- Ser ouvida;
- aceder a atividades ocupacionais, de lazer e convívio;
- comunicar com os profissionais de saúde;
- Informar a segurança social no caso de mudanças nas condições de acesso ao estatuto de cuidador informal.

**Informe-se junto do seu Enfermeiro de família/ equipa de saúde familiar e ajude a cuidar dos seus**

Elaborado por: Daniela Valente  
sob a orientação de:  
Professora Doutora Ana Andrade  
Enfermeira Especialista Sandra  
Fonseca



## Estatuto cuidador informal

## O futuro do cuidar

Mestrado de Enfermagem Comunitária  
- Área de Enfermagem de Saúde Familiar

### Cuidador Principal

Quem acompanha o a pessoa cuidada o tempo inteiro, vivendo com ela na mesma casa ( não pode ser titular de prestação de desemprego)

### Cuidador não Principal

O que acompanha regularmente a pessoa cuidada, mas não o tempo inteiro (pode ter emprego remunerado e receber ou não pelos cuidados que presta), não necessita de viver com a pessoa.

### Quem pode ser cuidador?

- Pessoas com idade igual ou superior a 18 anos;
- Residir legalmente em território nacional;
- Ter condições de saúde e disponibilidade;
- Não ser titular de pensão de invalidez
- Ser marido/mulher, companheiro/ companheira ou familiar até ao 4º grau em linha reta.

### Quem é a pessoa cuidada?

- Pessoa dependente de terceiros e a necessitar de cuidados permanentes, mas que não se encontrem numa instituição social ou de saúde em regime residencial;
- Jovens com deficiência, sendo que estes podem frequentar uma escola, mas não podem residir nela.

### Tem, ainda, de receber umas das seguintes prestações sociais

- Complemento de dependência de 2º grau;
- Subsídio por assistência a 3ª pessoas;
- Ter atestado medico de incapacidade (multiusos).

### Vantagens do cuidador informal

- Beneficiar de medidas de apoio;
- Beneficiar de "descanso do cuidador";
- Ter ao dispor ajuda de uma rede de profissionais de referência;
- Aceder ao grupo de autoajuda;
- obter formação em informação especializada;
- Integrar o mercado de trabalho após o término da prestação de cuidados.

### Vantagens do cuidador informal principal

- Subsídio se elegível (dependendo dos rendimentos do agregado familiar);
- Acesso a segurança social.

### Vantagens do cuidador informal principal

- Conciliar a prestação de cuidados com o emprego;
- Aceder ao teletrabalho por 4 anos;
- Beneficiar de regime de trabalhador- estudante;
- Legislação laboral de apoio

**Anexo 10- participação no congresso****CERTIFICADO**

Certifica-se que **Daniela Sofia Sousa Valente** integrou a Comissão Organizadora do **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom nos dias 30 e 31 de janeiro de 2025.

*Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.*

Visu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da  
Escola Superior de Saúde de Viseu,

  
Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do  
Conselho Técnico-Científico,

  
Professor Doutor António Madureira Dias



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **CERTIFICADO**

Certifica-se que **Daniela Sofia Sousa Valente** participou no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 31 de janeiro de 2025.

*Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.*

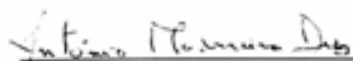
*Total de horas de formação: 7 (sete) horas*

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da  
Escola Superior de Saúde de Viseu,

  
Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do  
Conselho Técnico-Científico,

  
Professor Doutor António Madureira Dias



## CERTIFICADO

Certifica-se que **Daniela Valente** apresentou a Comunicação Oral com o título **"Avaliação de uma família com Necessidades Especiais - Estudo de caso"** dos Autores **Daniela Valente, Sandra Fonseca, Ana Andrade, Catarina Afonso, Isabel Bica, Odete Amaral, Claudia Chaves, Henriqueta Figueiredo** no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 31 de janeiro de 2025.

*Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.*

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da  
Escola Superior de Saúde de Viseu,

  
Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do  
Conselho Técnico-Científico,

  
Professor Doutor António Madureira Dias