



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**

**Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de
queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família**

Empowerment of families of elderly individuals with fear of falling at home:
Family nurse intervention

Anexos e Apêndices

Ana Luísa da Silva Almeida

**Lisboa
2024**

ÍNDICE DE ANEXOS

- I- Parecer definitivo da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (CES ARSLVT)
- II- Declaração de Autorização para realização do PIESF da Coordenação da USF
- III- Declaração de Autorização para realização do PIESF da Direção Executiva do ACeS.
- IV- Pedido de autorização aos autores e consentimento para utilização do instrumento Falls Efficacy Scale International 7 Itens – FES I 7 Itens
- V- Formação realizada durante as UCs Estágio e Estágio com relatório do I Mestrado em Enfermagem comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar
- VI- Certificado de apresentação de comunicação oral realizada no âmbito do V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, “Família Nuclear com filhos adultos portadores de Paraparesia Espástica Hereditária: Intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar”

ÍNDICE DE APÊNDICES

- I- Artigo “Nursing Interventions to Empower Family Caregivers to Manage the Risk of Falling in Older Adults: A Scoping Review”, até à fase de extração de dados.
- II- Análise SWOT
- III- Apresentação do PIESF realizada à equipa multidisciplinar da USF
- IV- Resultados obtidos com a implementação dos instrumentos de avaliação do PIESF
- V- Quadros síntese das atividades planeadas para os objetivos gerais do PIESF
- VI- Protocolo de investigação PIESF
- VII- Consentimento informado
- VIII- Planos de ação do PIESF com avaliação
- IX- Avaliação estrutural das famílias participantes
- X- Planos de cuidados do PIESF
- XI- Indicadores de avaliação do PIESF
- XII- Apresentação dos resultados do PIESF à equipa multidisciplinar da USF
- XIII- Estudo de caso “Família Nuclear com filhos adultos portadores de Paraparesia Espástica Hereditária: Intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar
- XIV- Folhetos realizados no âmbito de PIESF

ANEXOS

Exma. Senhora

Dr.ª Ana Luisa Almeida

analuisadasilva@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		5795/CES/2023	

Assunto: Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação do dia 10.11.2023 e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

LAURA SILVEIRA
Vice Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Anexo II- Declaração de autorização para realização do PIESF da
Coordenação da USF

9
9
9




Eu, [Redacted],
Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar [Redacted] declaro que estão reunidas as condições logísticas e humanas para a realização do projeto "Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família", em condições éticas adequadas.


[Redacted] 2 de agosto de 2023
A Coordenadora

Anexo III - Declaração de Autorização para realização do PIESF da Direção
Executiva do ACeS.



DECLARAÇÃO da DIREÇÃO EXECUTIVA

Eu,  Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS)  concordo com o estudo de investigação na USF  intitulado "*Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio*", pela Investigadora Ana Luísa da Silva Almeida, Mestranda do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e que decorrerá no período de 25-09-2023 a 09-02-2024.

Mais declaro que o ACeS  dispõe de recursos humanos e técnicos que permitem a realização do estudo de investigação melhor identificado em epígrafe.

Setúbal, 02 de agosto de 2023.

O Diretor Executivo

 Assinado digital por
08.02.2023 18:24:56
+01'00'

Anexo IV - Autorização dos autores para utilização da FES- I 7 itens

Pedido de Escala Falls Efficacy Scale international, FES-1 7 itens Portugal

Externo Caixa de entrada x



ANA LUÍSA DA SILVA ALMEIDA <analuisadasilva@campus.esel.pt>
para cristina_marques ▾

quinta, 13/07, 08:39 (há 8 dias) ☆ ↶ ⋮

Bom dia, Exma. Professora Doutora Cristina Marques

Sou, Ana Luísa da Silva Almeida e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária – na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Professora Ana Paula Fernandes das Neves.

Encontro-me a estruturar o meu projeto de intervenção que vai decorrer numa Unidade de Saúde Familiar. O título do meu projeto é "Capacitação de famílias de pessoa idosa com medo de quedas no domicílio: intervenção do enfermeiro de família". Deste modo, venho pedir-lhe autorização e acesso à escala FES-1,7 itens, assim como ao score de pontuação da escala, que pretendo utilizar no meu estudo.

Estou disponível para algum esclarecimento.

Muito obrigado.

Melhores cumprimentos!

Ana Luísa Almeida



Cristina Maria Alves Marques Vieira
para mim ▾

segunda, 17/07, 12:01 (há 4 dias) ☆ ↶ ⋮

Bom dia, Exma Sra Enfermeira Ana Luísa Almeida,

Pode usar, com todo o gosto, a FES-1 7 itens no seu projeto. A escala está publicada, com toda a informação solicitada. Partilho link: https://www.researchgate.net/publication/350767002_VALIDATION_OF_THE_INTERNATIONAL_7-ITEM_FALLS_EFFICACY_SCALE_IN_PORTUGUESE_COMMUNITY-DWELLING_OLDER_ADULTS

Desejo os maiores sucessos neste seu percurso.

Disponha.

Atenciosamente,

Cristina Marques-Vieira, *PhD, MSc, RN*
Professora Auxiliar
Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa
Investigadora Integrada do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS)
Coordenadora da Pós Graduação de Enfermagem do Desporto
Tel.(+351) 217 214 147, ext. 4478

Atenciosamente, *Maria Vieira*

Anexo V- Formação realizada durante as UCs Estágio e Estágio com relatório do I Mestrado em Enfermagem comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar

CERTIFICADO

Certifica-se que **ANA LUISA DA SILVA ALMEIDA**, participou na sessão formativa “Estratégia Multimodal para a Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção”, realizada no dia 31 de maio de 2023, no Auditório da Casa , com a duração de 2,5 horas.

Assinado por: **MARIA JOÃO CRISTÓVÃO DA SILVA**
Num. de identificação: 07717679
Data: 2023.06.14 09:39:37+01'00'

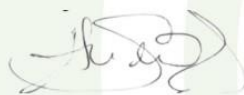
GCL PPCIRA DO



Certificado

Declara-se que **Ana Almeida** participou no Webinar “Investigação na prática clínica do Enfermeiro” que decorreu no dia 16 de novembro de 2023, das 15h às 17h00.

Lisboa, 22 de novembro de 2023



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Almeida participou no **3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico** que decorreu no dia 7 de fevereiro de 2024, com a duração de 5h30m.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Almeida participou no **1º Webinar do Projeto InfFUCI | CIDNUR A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem**, que se realizou no dia 9 de janeiro de 2023, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo III - Certificado de apresentação de comunicação oral realizada no âmbito do V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, “Família Nuclear com filhos adultos portadores de Paraparesia Espástica Hereditária: Intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar”

CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que Ana Luísa Almeida, Ana Paula Neves e Olga Barão são autoras da comunicação oral *“Família Nuclear com filhos adultos portadores de Paraparesia Espástica Hereditária: Intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar”* apresentada por Ana Luísa Almeida, no âmbito do V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, que decorreu *online* e presencial nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, nos Açores.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Rua da Liberdade
n.º 115, 2.º Dt
4460-203 Matosinhos



Maria Henriqueta Figueiredo

PRESIDENTE DA SPESF

APÊNDICES

APÊNDICE I - Artigo "Nursing Interventions to Empower Family Caregivers to Manage the Risk of Falling in Older Adults: A Scoping Review" até à fase de extração de dados



Review

Nursing Interventions to Empower Family Caregivers to Manage the Risk of Falling in Older Adults: A Scoping Review

Ana Silva Almeida ^{1,2,*}, ³ and Ana Paula Neves ²

¹ Setúbal Hospital Center E.P.E., 2910-446 Setúbal, Portugal

² Nursing School of Lisbon, 1900-160 Lisbon, Portugal; ana.neves@esel.pt

³

* Correspondence: anasilvalmeida@gmail.com

Abstract: Falls pose a significant risk to older adults, resulting in injuries and declining quality of life. The psychological impact, particularly the fear of falling, impairs their well-being. This pervasive fear affects daily activities, leading to self-imposed limitations and reduced engagement. This review aimed to identify nursing interventions to empower family caregivers to manage the risk of falling in older adults. A scoping review was developed following the JBI framework. We searched the CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina, and Cochrane Database of Systematic Reviews. The findings of this review revealed that out of 460 initially identified records, nine articles met the eligibility criteria and were retained for further in-depth analysis. These articles provided insights into nine distinct categories of nurse interventions: Therapeutic Relationships, Family Involvement, Personalized Care, Health Education, Multifactorial Falls Risk Assessment, Home Modifications, Referral, Transition Between Healthcare Services, and Health Care Consultants. The findings of this review have significant implications for clinical practice, particularly in emphasizing the crucial role of nurses in empowering family caregivers and older adults to manage the risk of falling at home. Healthcare professionals, policymakers, and researchers can benefit from this informative resource to develop strategies and guidelines.

Keywords: accidental falls; older adults; nurse; home environment



Citation: Almeida, A.S.; Paquias, A.; Neves, A.P. Nursing Interventions to Empower Family Caregivers to Manage the Risk of Falling in Older Adults: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2024**, *21*, 246. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030246>

Academic Editor: Annalisa Bargelloni

Received: 6 January 2024

Revised: 6 February 2024

Accepted: 15 February 2024

Published: 21 February 2024



Copyright: © 2024 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Annually, an estimated 37.3 million falls occur with sufficient severity to prompt individuals to seek healthcare services, and of these, 640,000 have fatal consequences [1]. This phenomenon is responsible for an annual loss of over 38 million years of disability-adjusted life, having a more significant impact on years of life with disability than the combined total of injuries caused by transportation, drowning, burns, and poisoning [1,2].

The fear of falling is a significant concern among older adults, as it can trigger difficulties in performing daily life activities and exacerbate anxiety, leading to reduced or absence of physical activity, thereby increasing the risk of falls [3–5]. Vitorino et al. [4] also concluded that risk factors associated with the fear of falling included a higher incidence of falls, female gender, age (greater age, greater fear of falling, significantly above 70 years), and poor self-perceived health status. Sedentary, decreased mobility, balance issues, living alone or with a limited social network, and polypharmacy are also risk factors for the prevalence of the fear of falling in older adults [6]. According to Huang [7], understanding the process of managing the fear of falling from the perspective of older adults is a crucial step in empowering them in fall prevention.

At the family level, falls entail direct costs related to the payment for treatments of associated injuries and indirect costs stemming from the financial loss due to time taken off work to care for their family member, psychological distress, and increased time spent

in care [8,9]. These factors can lead to an increase in objective and subjective burden and a decrease in their quality of life. Socially, falls result in economic costs due to increased hospitalization time and expenses related to human resources, materials, and additional diagnostic and therapeutic procedures resulting from increased interventions [1,9].

Most older adults reside in domestic environments, where falls are most prevalent [10,11]. The family unit emerges as a pivotal element that requires empowerment to assist individuals in managing the risk of falls [12,13]. Families are the frontline observers of their daily activities and potential hazards. They are uniquely positioned to identify behavior and environmental factors contributing to falls and implement preventive measures effectively [13]. In addition, addressing the risk and fear of falling within the family context acknowledges the emotional and psychological dimensions of aging. Fear of falling can significantly impact an individual's quality of life, leading to social withdrawal, decreased mobility, and increased dependency [14,15].

Moreover, engaging family caregivers in fall prevention interventions promotes collaboration, shared responsibility, and mutual support. Empowering family members in fall prevention interventions is crucial due to their pivotal role in the daily lives and care of their relatives [16]. As the primary support network, family members often serve as caregivers and decision makers for older adults. Therefore, equipping them with the necessary knowledge and skills to recognize and mitigate fall risks is paramount.

A study on the individual/caregiver dyad sought to understand how older adults and their caregivers perceive the fear of falling. It concluded that being cautious and careful is perceived by both parties differently. Older adults perceive it as overprotection, while caregivers see it as protective. Given these perspectives, the authors highlight the need to conduct studies on fall prevention and fear of falling interventions centered around the family [5]. Ang et al. [17] also mentioned that caregivers are aware of the risk of falls and are willing to assist their family members in preventing falls at home. For them, healthcare professionals need to involve family caregivers in their interventions and value their concerns regarding their family members' fear of falling at home because the family plays an irreplaceable role in the lives of older individuals with a fear of falling [3].

Whether in hospital or community settings, nurses are healthcare professionals with significant and comprehensive interactions with older adults. Their presence and active involvement are essential to ensuring that older adults receive quality care, appropriate support, and preventive guidance to promote healthy aging and improved quality of life [18].

Previous reviews have primarily focused on interventions aimed at empowering individuals to prevent falls and interventions targeting professional caregivers [19,20]. However, this review marks the first examination of interventions designed to empower family members and informal caregivers. In light of this observation, this study aims to identify nursing interventions to empower family caregivers to manage the risk of falling in older adults.

2. Materials and Methods

A scoping review was chosen to achieve the study's broad objective. Scoping reviews are well-suited to mapping and synthesizing the existing literature on a wide-ranging topic, making them an ideal choice for our research. To implement a structured and systematic approach to conducting this scoping review, we adhered to the framework established by JBI [21].

This report follows the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) guidelines outlined by Tricco et al. [22].

2.1. Defining and Aligning the Objective and Question

The PCC (Population, Concept, and Context) mnemonic was used to construct the research question that guided this review.

What are nursing interventions that empower family caregivers to manage the risk of falling in older adults?

2.2. Developing and Aligning the Inclusion Criteria with the Objective and Question

Following the PCC (Population, Concept, and Context) mnemonic, inclusion and exclusion criteria were established and are detailed in Table 1.

Table 1. Eligibility criteria.

Parameter	Inclusion Criteria	Exclusion Criteria
Population	Papers that focus on families caring for older adults.	Papers that do not focus on families that care for older adults.
Concept	Papers that explore interventions developed by nurses.	Papers addressing interventions outside the scope of nursing care.
Context	Papers related to the risk of falling in a home environment.	Papers unrelated to the risk of falling or home environment (e.g., hospital or long-term care facility).
Study design	All study designs, including experimental, observational, qualitative, mixed-methods, reviews, and other non-research formats such as editorials and viewpoints.	
Time frame	No time restrictions were imposed.	

2.3. Describing the Planned Approach to Evidence Searching, Selection, Data Extraction, and Presentation of the Evidence

The leading researcher (A.S.A.) conducted the searches in electronic databases. Following the search, the researcher identified and eliminated duplicate papers, ensuring that each unique study was included only once in the review.

This researcher selected the studies with a second investigator (A.P.). Data extraction was performed by the primary researcher using a standardized instrument that was pilot tested. The other two researchers validated the data extraction table.

2.4. Searching for the Evidence

The search strategy was developed to retrieve relevant papers from electronic databases. We searched the following databases: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection, Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MediciLatina, and Cochrane Database of Systematic Reviews.

The search was conducted on 24 June 2023, and we considered sources of evidence published in English, Portuguese, and Spanish.

The MeSH descriptors "accidental falls," "family," and "nurses," in conjunction with the Boolean operator "and" were utilized to identify relevant articles.

The search strategy employed in CINAHL Complete was as follows:

S1: "Accidental falls"

S2: "Family"

S3: "Nurses"

Combined search: S1 and S2 and S3.

2.5. Selecting the Evidence

Subsequently, a two-step screening process was implemented to identify relevant papers. Initially, two researchers (A.S.A. and A.P.) independently evaluated the titles and abstracts of all identified papers. Subsequently, they independently conducted full-text assessments of potentially relevant papers to ensure complete consensus on meeting the predefined inclusion and exclusion criteria. Disagreements concerning study eligibility were resolved through constructive discussions, with input from a third researcher (A.P.N.)

sought when necessary to achieve a consensus on the final selection of papers for inclusion in the scoping review.

2.6. *Extracting the Evidence*

A data extraction instrument for source details, characteristics, and results extraction was created to facilitate the systematic retrieval of information. This form enabled the extraction of critical data elements from each selected study: authors, publication year, study title, country, research aim, study design, and study findings.

To ensure a comprehensive analysis, the leading researcher conducted multiple readings of each selected paper, meticulously identifying and extracting the specific phrases that represented nursing interventions to empower families responsible for caring for older adults at risk of falling. Subsequently, the final extraction chart underwent a comprehensive review and discussion involving all authors.

2.7. *Analysis of the Evidence*

A data-driven thematic analysis was employed to examine and synthesize the collected data systematically. This analytical approach was guided by the framework developed by Braun and Clarke [23]. The primary objective of this analysis was to identify, categorize, and explore recurring themes and patterns present within the selected studies. The emerging themes were subsequently examined and interpreted within the scoping review's objectives.

It is important to note that, by the scoping review methodology, a quality assessment or critical appraisal of the included studies was not performed, as it was not aligned with the specific objectives of this review. Instead, the focus was on mapping and synthesizing the available evidence to provide a comprehensive overview of the research related to the topic of interest.

3. Results

A total of 460 papers were identified for screening. After eliminating duplicates, 348 titles and abstracts were screened for eligibility, excluding 112 papers. Following an abstract review of 42 articles, ten articles underwent a full-text review, and nine met the eligibility criteria. The flowchart illustrating the screening process is presented in Figure 1.

The included studies spanned publications from 2016 to 2022. Among these studies, five were conducted in the United States of America [24–28], one in Canada [29], one in the United Kingdom [30], one in Brazil [31], and another in Turkey [32] (Table 2).

3.1. *Therapeutic Relationships*

The category of therapeutic relationships in the study highlights the significance of patient–practitioner and family–practitioner relationships in supporting patients' self-management of falls. Establishing a solid rapport with the patients and their families is crucial in motivating and ensuring exercise adherence [30]. Practitioners recognized the importance of building trust and rapport with patients to enhance adherence to prescriptions.

Furthermore, practitioners also considered cultivating a positive relationship with the patient's family to be vital. Family caregivers were considered potential facilitators in the patient's rehabilitation journey [25]. Practitioners emphasized the importance of effective communication with the patient's family, believing that patients who received consistent support and assistance from family members had better rehabilitation outcomes [30].

3.2. *Family Involvement*

Social networks are pivotal in cultivating secure environments and promoting adherence to fall prevention strategies. In line with Killingback et al. [30], the involvement of family caregivers in the intervention is essential to enhance outcomes, particularly in promoting regular exercise regimens. Kim et al. [24] likewise underscore the significance of involving the families of older adults with managing the risk of falling. Caregivers

responsible for individuals in modified homes often seek guidance on maintaining a safe living environment.

3.3. Personalized Care

Killingback et al.'s [30] study underscores the essential nature of personalized care in achieving long-term fall prevention. They emphasize that establishing meaningful person-centered goals is crucial for motivating and ensuring the success of fall prevention programs. Montero et al. [29] recommend that healthcare professionals should inquire about the goals, independence, domestic activities, and priorities of families and older adults. Additionally, Olson et al. [25] emphasize the importance of nurses taking into account the valuable insights that family caregivers can provide regarding the home environment and the desired mobility levels for essential activities of their relatives. This can help them design more effective interventions. According to Tan et al. [28], early identification of the needs of the older adult population and matching nursing interventions are crucial to meeting the needs of patients and their families.

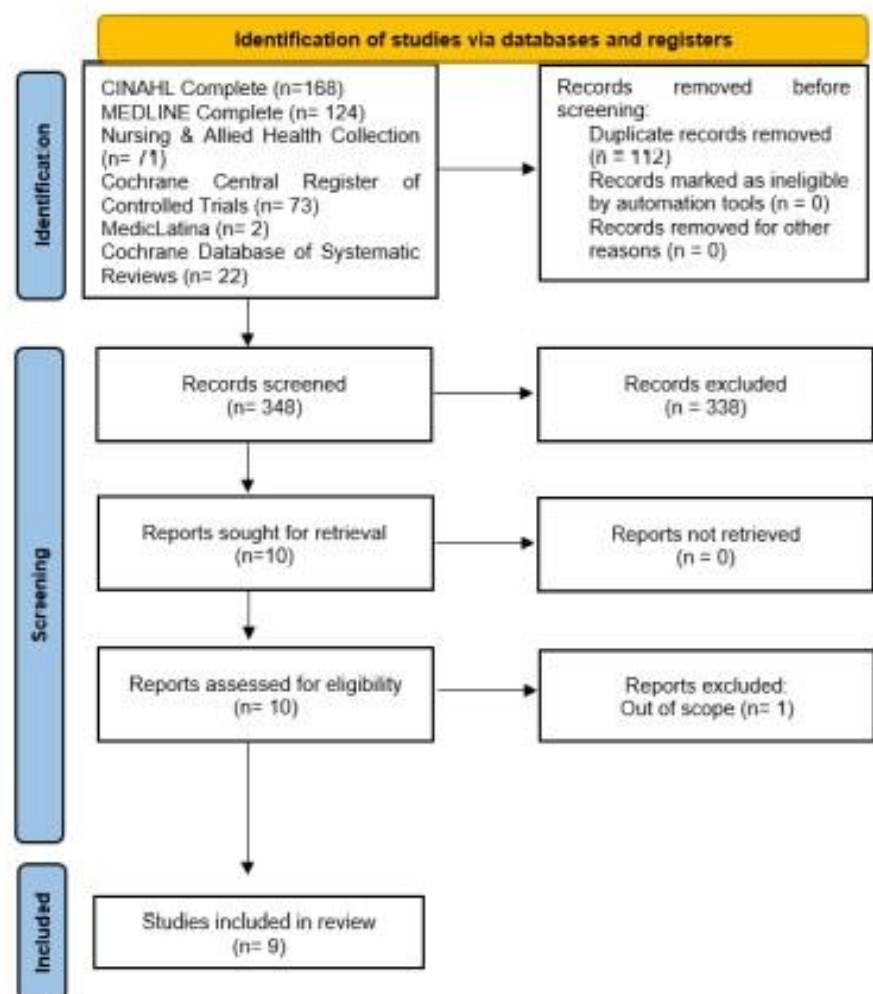


Figure 1. Prisma flow chart.

Table 2. Data extraction and synthesis.

Author/Year/Title/Country	Study Design/Aim	Participants	Interventions	Outcomes
Pereira Oliveira et al., 2016 [31] Caregiver's knowledge about prevention of falls in elderly Brazil	Exploratory descriptive study To analyze the caregiver's knowledge about preventing falls in older adults.	20 participants	Health Education Multifactorial falls risk assessment	Caregivers possess some preventive attitudes and awareness of potential complications following a fall. However, their understanding remains superficial due to inadequate guidance on prevention.
Powell-Cope et al., 2017 [26] Teaching Family Caregivers to Assist Safely with Mobility United States of America	Literature review To teach family caregivers to assist safely with mobility.	Not applicable	Health Education Multifactorial falls risk assessment Referral	Not applicable
Powell-Cope et al., 2018 [27] Preventing Falls and Fall-Related Injuries at Home United States of America	Literature review To help nurses provide caregivers with the tools they need to manage their family member's health care at home.	Not applicable	Health Education Multifactorial falls risk assessment	Not applicable
Kim et al., 2019 [24] Home modifications for older people with cognitive impairments: Mediation analysis of caregivers' information needs and perceptions of fall risks United States of America	Cross-sectional correlational study To identify how many older people with cognitive impairments are living in modified homes; explore associated factors and examine the mediating effects that their caregivers' information needs and perceptions of fall risk and other factors.	226 participants	Health Education Multifactorial falls risk assessment Health care consultant Family involvement Home modifications	Older adults with cognitive and functional impairments are more inclined to adapt their homes for the well-being of care recipients staying at home. Prioritizing caregivers' information needs is crucial when contemplating home modifications to facilitate the care of older individuals with impaired activities of daily living.
Tan et al., 2021 [28] Dementia and Falls Management in Underserved Populations: The Cognition and Mobility Care Management Program United States of America	Exploratory observational study To describe the organization, implementation, and evaluation of an intervention for underserved and ethnically diverse older patients with dementia and fall risk.	272 participants	Health Education Multifactorial falls risk assessment Referral Personalized Care	A primary care-based screening and co-management program to identify and manage dementia and falls risk was well received, with high satisfaction and perceived benefit from patients and caregivers.
Montero-Odasso et al., 2022 [29] World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative Canada	Expert consensus To create evidence- and expert consensus-based fall prevention and management recommendations applicable to older adults for use by healthcare and other professionals.	Not applicable	Health Education Multifactorial falls risk assessment Referral Personalized Care	Not applicable

Table 2. Cont.

Author/Year/Title/Country	Study Design/Aim	Participants	Interventions	Outcomes
Killingback et al., 2020 [30] Transitions from healthcare to self-care: a qualitative study of falls service practitioners' views on self-management United Kingdom	Exploratory descriptive study To understand the views of falls service practitioners regarding their role in supporting self-management of falls prevention; and a transition pathway from National Health Service exercise-based falls interventions to community-run exercise programs.	8 participants	Health Education Referral Personalized Care Health care consultant Therapeutic relationships Family involvement Transition between healthcare services	Some aspects of assisting older adults in self-management were deemed to be within or beyond the scope of fall service practitioners. Challenges in facilitating the transition to community-run programs included practitioner awareness and endorsement, patient acceptance, and patient suitability/program availability.
Yeni & Yilmaz, 2022 [32] Nurse-led home modification interventions for community-dwelling older adults with dementia and their impact on fall prevention Turkey	Quasi-experimental study To investigate the effects of nurse-led home modification interventions on the family members of home-dwelling older adults with dementia.	42 participants	Health Education Multifactorial falls risk assessment Home Modifications	Family-centered, nurse-led home-modification interventions can be effective in the prevention and reduction of falls in older adults with dementia.
Olson et al., 2022 [25] Promoting Safe Mobility United States of America	Literature review To explain strategies for partnering with caregivers to maximize older adults' functional ability.	Not applicable	Health Education Multifactorial falls risk assessment Referral Personalized Care Therapeutic relationships	Not applicable

ANÁLISE SWOT

Matriz de Avaliação SWOT	
Strengths (Forças) <ul style="list-style-type: none">• Integração rápida e efetiva na equipa de saúde da USF;• Bom relacionamento com os utentes da lista da enfermeira orientado clínica;• A aplicação do FES- 17 itens inicialmente, assim como do questionário inicial permitiu um planeamento atempado de diagnósticos de enfermagem familiar, assim como de intervenções de enfermagem de saúde familiar;• Disponibilidade da investigadora para tirar dúvidas ou outras questões;• Possibilidade para realização de visita domiciliária com concordância dos participantes, que manifestaram necessidade em participar no projeto.	Weaknesses (Fraquezas) <ul style="list-style-type: none">• Aplicabilidade do projeto só a pessoas idosas que compareçam na USF acompanhadas por familiar;• Indisponibilidade das pessoas idosas em receber a equipa de saúde no domicílio;• Referida sensação de proteção da pessoa idosa relativamente ao medo de queda, falta de perceção da mesma para o problema;• Recursos da comunidade inexistentes relativamente ao apoio para pequenas obras no domicílio.
Opportunities (Oportunidades) <ul style="list-style-type: none">• Maior consciencialização sobre o medo de queda no domicílio, pela equipa multidisciplinar;• Consciencialização da população idosa e familiares sobre a pertinência do medo de queda na realização das atividades de vida diária e dinâmica familiar;• Levantamento de recursos comunitários para a realização de atividades sociais e de desporto.	Threats (Ameaças) <ul style="list-style-type: none">• Desistência de participação no projeto, por institucionalização da pessoa idosa ou para morar com familiares distantes.

APÊNDICE III - Apresentação do PIESF realizada à equipa multidisciplinar da USF

Projeto de Intervenção

Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família.

Discente: Ana Luísa Da Silva Almeida, N.º 11627
Orientadora Pedagógica: Ana Paula Fernandes Neves
Orientadora Clínica:



ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Setúbal, novembro 2023

1

ÍNDICE

- **INTRODUÇÃO**
- **ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**
 - Conceito de família
 - A pessoa idosa e o envelhecimento
 - Conceitos de queda e medo de queda
 - As quedas, o medo de queda e as suas implicações para as famílias
- Modelos de Enfermagem – Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
- **METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**
 - Protocolo de Revisão da Literatura
 - Questão de Investigação
 - Bases de dados, critérios de seleção, intervalo de tempo e descritores
- Projeto de Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar
 - Procedimentos amostrais, critérios de elegibilidade
 - Local e duração do estudo
 - Colheita de dados e Instrumentos de recolha de dados
 - Questões ético-legais
 - Protocolo de Intervenção
 - Avaliação do projeto: Indicadores
 - Intervenções de Enfermagem de Saúde Familiar
- **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

2

INTRODUÇÃO

Em Portugal a prevalência de lesões por queda é superior a 76% na faixa etária dos 65-74 anos, podendo ser ainda de 90% na faixa etária dos 75 e mais anos (Coimbra, Marques & Chaves, 2019).

O medo de queda e conseqüente risco de queda altera a forma de estar da pessoa que o vivencia, mas também a sua família/cuidador.



3


A recorrência de quedas é o principal fator do medo de cair entre as pessoas idosas que residem no seu domicílio (Vitorino et al., 2017).

O medo de queda tem conseqüências para a pessoa idosa e os seus familiares.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (2021), define como prioridade a cultura de segurança: aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.

Compreender como o medo de queda e o risco de queda pode influenciar a restante família torna-se crucial para a Enfermagem de Saúde Familiar.

Este projeto de intervenção será realizado entre 25 de setembro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024, durante 10 semanas.



4



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Conceito de família

Para Wright e Leahey (2013), existem 5 atributos essenciais:

- os elementos devem funcionar como um sistema;
- podem ter ou não ligações consanguíneas;
- podem existir ou não crianças descendentes dessa unidade;
- os elementos estão empenhados fisicamente e emocionalmente neste Sistema
- todos assumem funções de proteção, socialização e cuidado entre eles.

Os cuidados de saúde de família são a solução para a melhoria da qualidade de vida, tal como na aquisição de importantes ganhos em saúde (Carriço et al., 2010).

Fonte: <https://www.shutterstock.com/image-vector/family.html>

5



A PESSOA IDOSA E O ENVELHECIMENTO


A população portuguesa atualmente é constituída por um quinto de pessoas idosas (DGS, 2006).

Se em 2001, existiam 101.6 idosos por cada 100 jovens, em 2022 existem por cada 100 jovens, 183.5 pessoas idosas (Portada, 2023).

O envelhecimento a um nível biológico implica alterações fisiológicas que podem proporcionar o aparecimento de variadas patologias, ou mesmo um declínio geral da capacidade física (WHO, 2016).

Os ambientes em que as pessoas idosas vivem influenciam a sua independência e autonomia de forma substancial, pois podem ser um recurso ou barreira para o desempenho das suas atividades (WHO, 2016).

6



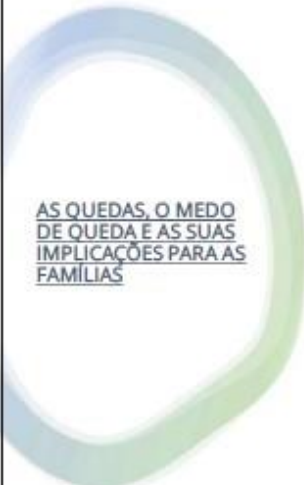
O medo de cair pode desencadear dificuldades na realização de atividades de vida diária ou até mesmo a sua mitigação, aumento da ansiedade, com repercussão na diminuição ou ausência de atividades física, o que por si só aumenta o risco de queda (Cappleman & Thiamwong, 2020; Vitorino et al., 2017; Yang et al., 2023).

O medo de queda pode ser operacionalizado como uma consequência da queda, ou como preditor de futuras quedas (Yang, 2023).

Gerir o medo de queda é um passo importante para capacitar a pessoa para a prevenção de quedas.

Vitorino et al., (2017), concluíram ainda que os fatores de risco associados ao medo de cair foram, a maior incidência de quedas, a pessoa ser do sexo feminino, idade e fraca autoapreciação do estado de saúde. O sedentarismo, decréscimo na mobilidade, equilíbrio e viver sozinho ou com reduzida rede social, assim como a polimedicação também são fatores de risco para a prevalência do medo de cair na pessoa idosa (Lach, 2005).

7



AS QUEDAS, O MEDO DE QUEDA E AS SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS FAMÍLIAS

A nível familiar a queda implica:

- Custos diretos
- Custos indiretos

(Davey et al, 2009; Vaishya & Vaish, 2020)

É importante os profissionais de saúde incluírem os familiares nas suas intervenções, e valorizarem as suas preocupações relativamente ao medo de queda dos familiares no domicílio; pois a família desempenha um papel insubstituível na vida das pessoas idosas com medo de queda (Cappleman & Thiamwong, 2020).

8

MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



O Modelo dos Sistema de Betty Neuman baseia-se na Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 1952).

Esta teoria descreve a família como unidade em que os membros interagem entre si, sendo este o foco da ação. A família é vista como um todo, que é afetada pelo ambiente.

Para Neuman e Fawcett (2011), no ambiente onde a família se insere, existem fatores de stress que tem potencial para causar uma reação sintomática ao mesmo, ou afetar o reequilíbrio após contacto com o mesmo.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) permite consolidar o conhecimento e prática do Enfermeiro de Saúde Familiar. Ao ser aplicado na diade enfermeiro - família, permite a existência de um processo terapêutico colaborativo, integrado e participativo, numa abordagem em três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012).

9

REVISÃO SCOPING

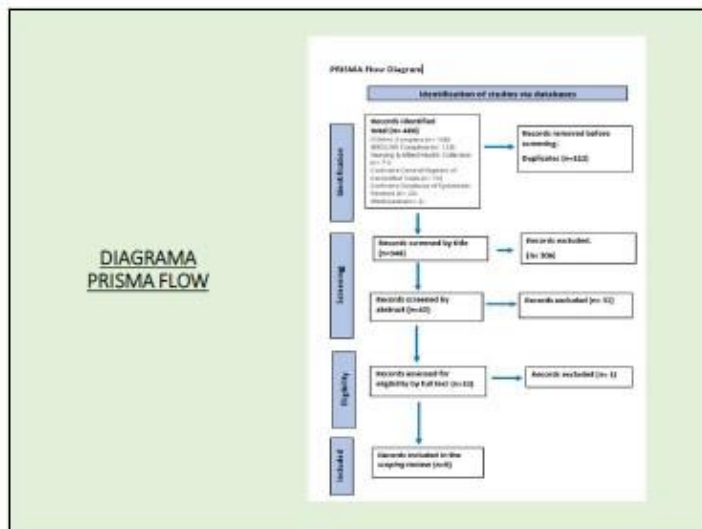
Questão de Investigação

Quais são as intervenções de enfermagem de saúde familiar (C) que reduzem o medo de queda (C) na família de pessoa idosas em ambiente domiciliário (P)?

Bases de dados, critérios de seleção, intervalo de tempo, descritores

- Revisão sistemática de literatura – Revisão Scoping, segundo Joanna Briggs Institute (JBI).
- Com o acrónimo PCC, População, Conceito e Contexto.
- A Pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials e MediciLatina.
- As línguas selecionadas foram o Português e o Inglês e Espanhol. Foram excluídos artigos com foco no ambiente hospitalar e com indivíduos com idade menor a 18 anos.
- Os descritores MeSH são "Nurs*", "Accidental falls", "Accidents home" e "Family". Com o descriptor booleano "and" e "or".

10



11

RESULTADOS: CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Obtiveram-se como categorias:

- Literacia em saúde (n=9)
- Avaliação Multifatorial do risco de queda (n=8)
- Referenciação (n=5)
- Cuidado personalizado (n=4)
- Modificações arquitetónicas (n=2)
- Envolvimento da família (n=2)
- Relação terapêutica (n=2)
- Consultoria (n=2)
- Transição entre serviços de saúde (n=1)

12

OBJETIVOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Objetivos gerais:

- 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.

Objetivos específicos:

- Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupos (Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B3.1);
- Desenvolver uma prática de Enfermagem de saúde familiar de forma ativa e intencional (Competências Específicas do EEECESP: 1.7);
- Avaliar o medo de queda com recurso a escala FES – I Portugal (Escala Internacional de Eficácia Queda) Escala de 7 itens;
- Identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem de saúde familiar junto de famílias com membro com medo de queda no domicílio;
- Capacitar as famílias/ cuidadores para prevenir quedas no ambiente domiciliário e reduzir o medo de queda nas famílias com pessoa idosa.

13

PROCEDIMENTOS AMOSTRAIS E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

- População: famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio, utentes da USF
- Amostragem não probabilística, por conveniência.
- Dada a natureza do estudo, não efetuámos cálculos formais do tamanho da amostra. No entanto, considerando uma taxa de desistência de 25% e com base numa regra geral para estudos-piloto (Julious, 2005), pretendemos recrutar 16 participantes.
- Critérios de inclusão:
 - ✓ famílias que estejam inscritas na USF, que se dirijam à mesma durante o período de colheita de dados, que tenham uma pessoa idosa com medo de queda, FES- I 7 itens superior a 15;
 - ✓ Autorizem uma visita domiciliária para a implementação das intervenções de enfermagem de saúde familiar;
 - ✓ A pessoa e ou o familiar deverão aceitar participar e assinar o consentimento informado do projeto.
- Critérios de exclusão:
 - ✓ pessoas idosas totalmente dependentes confinadas ao leito.

14

QUESTÕES ÉTICO-LEGAIS

- Princípios éticos designados na declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo;
- Consentimento informado dos participantes, a confidencialidade, e o respeito pela honestidade nas relações criadas entre os participantes e o investigador;
- Foi realizado e submetido um protocolo ético à comissão de ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT), com a solicitação de recolha de dados e realização de questionário aos utentes da USF (Aguarda-se resposta);
- Pedida autorização à Coordenadora da USF (Aceite);
- Pedida autorização do Diretor executivo do ACES que abrange a USF (Aceite);
- Durante a realização do projeto serão realizados pedidos de consentimento informado a todos os participantes, onde serão informados do objetivo da investigação, da confidencialidade dos dados e anonimato, da sua participação ser voluntária, e que caso não desejem fazer parte da mesma, que o podem realizar ou desistir em qualquer momento, assim como foram esclarecidos que caso desejem podem ter acesso aos resultados obtidos.
- Pedida autorização para utilização da escala FES – I 7 itens , validada e traduzida (Marques- Vieira et al., 2021), assim como pedido de score de pontuação da mesma (Aceite).

15

COLHEITA DE DADOS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Serão colhidos os dados sociodemográficos das pessoas idosas com medo de queda, e do seu familiar.

Os dados serão colhidos através de questionários por autoperenchimento ou com ajuda do investigador. Os instrumentos a aplicar serão:

- Questionário inicial para pessoa idosa com medo de cair no domicílio;
- Questionário inicial para familiar de pessoa idosa com medo de cair no domicílio;
- Consentimento informado;
- Escala FES – I 7itens, adaptado de Marques- Vieira, et al (2021);
- Instrumento de avaliação de segurança do domicílio;
- Questionário final da pessoa idosa com medo de cair no domicílio (realizado por contacto telefónico);
- Questionário final do familiar de pessoa idosa com medo de cair no domicílio (contacto telefónico).

16

Questionário inicial da pessoa idosa com medo de queda: questionário realizado com recurso a perguntas abertas e fechadas, que permitem identificar variáveis como: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, agregado familiar, antecedentes pessoais e história anterior de quedas.

PROJETO: CRIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO MEDO DE CAIR
QUESTIONÁRIO INICIAL DA PESSOA IDOSA

Este formulário avalia o medo de cair em situações de risco, como: subir ou descer escadas, apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão, subir ou descer uma ladeira, frequentar um evento social, etc.

Identificação da pessoa idosa com medo de cair:

Nome: _____ Sobrenome: _____

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino

Estado civil: Casado Solteiro Viúvo Divorciado

Habilitações literárias: Não sabe ler e escrever Não sabe ler Não sabe escrever Não sabe ler e escrever Sabe ler e escrever

QUESTIONÁRIO INICIAL DA PESSOA IDOSA COM MEDO DE CAIR NO DOMÍLIO

Este formulário avalia o medo de cair em situações de risco, como: subir ou descer escadas, apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão, subir ou descer uma ladeira, frequentar um evento social, etc.

Identificação da pessoa idosa com medo de cair no domicílio:

Nome: _____ Sobrenome: _____

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino

Estado civil: Casado Solteiro Viúvo Divorciado

Habilitações literárias: Não sabe ler e escrever Não sabe ler Não sabe escrever Não sabe ler e escrever Sabe ler e escrever

17

Questionário inicial do familiar da pessoa idosa com medo de queda: questionário que permite identificar variáveis como: sexo, idade, habilitações literárias, agregado familiar, medo que o seu familiar caia, atitudes quando se ausenta do domicílio.

PROJETO: CRIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO MEDO DE CAIR
QUESTIONÁRIO INICIAL DO FAMILIAR DA PESSOA IDOSA

Este formulário avalia o medo de cair em situações de risco, como: subir ou descer escadas, apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão, subir ou descer uma ladeira, frequentar um evento social, etc.

Identificação do familiar da pessoa idosa com medo de cair no domicílio:

Nome: _____ Sobrenome: _____

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino

Estado civil: Casado Solteiro Viúvo Divorciado

Habilitações literárias: Não sabe ler e escrever Não sabe ler Não sabe escrever Não sabe ler e escrever Sabe ler e escrever

QUESTIONÁRIO INICIAL DO FAMILIAR DA PESSOA IDOSA COM MEDO DE CAIR NO DOMÍLIO

Este formulário avalia o medo de cair em situações de risco, como: subir ou descer escadas, apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão, subir ou descer uma ladeira, frequentar um evento social, etc.

Identificação do familiar da pessoa idosa com medo de cair no domicílio:

Nome: _____ Sobrenome: _____

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino

Estado civil: Casado Solteiro Viúvo Divorciado

Habilitações literárias: Não sabe ler e escrever Não sabe ler Não sabe escrever Não sabe ler e escrever Sabe ler e escrever

18

A Escala FES – 17 itens, foi validada para Português por Marques-Vieira et al., (2021). Esta escala avalia 7 itens: vestir e despir a roupa; tomar banho ou duche; sentar ou levantar de uma cadeira; subir ou descer escadas; apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão; subir ou descer uma ladeira; frequentar um evento social. Estes itens são avaliados numa escala do tipo likert, com resposta entre 1 a 4 (nem um pouco preocupada, um pouco preocupada, muito preocupada e extremamente preocupada). A pontuação pode ser entre 0 e os 28 pontos. Uma pontuação igual ou superior a 15 prediz medo de cair, na população idosa residente da comunidade.

Escala FES – 17 itens, adaptada de Marques-Vieira, et al. (2021)

Esta escala avalia 7 itens: vestir e despir a roupa; tomar banho ou duche; sentar ou levantar de uma cadeira; subir ou descer escadas; apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão; subir ou descer uma ladeira; frequentar um evento social. Estes itens são avaliados numa escala do tipo likert, com resposta entre 1 a 4 (nem um pouco preocupada, um pouco preocupada, muito preocupada e extremamente preocupada). A pontuação pode ser entre 0 e os 28 pontos. Uma pontuação igual ou superior a 15 prediz medo de cair, na população idosa residente da comunidade.

Item	Item	Item	Item	Item
1. Vestir e despir a roupa	2. Tomar banho ou duche	3. Sentar ou levantar de uma cadeira	4. Subir ou descer escadas	5. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
6. Subir ou descer uma ladeira	7. Frequentar um evento social	8. Subir ou descer escadas	9. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	10. Subir ou descer uma ladeira
11. Frequentar um evento social	12. Subir ou descer escadas	13. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	14. Subir ou descer uma ladeira	15. Frequentar um evento social
16. Subir ou descer escadas	17. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	18. Subir ou descer uma ladeira	19. Frequentar um evento social	20. Subir ou descer escadas
21. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	22. Subir ou descer uma ladeira	23. Frequentar um evento social	24. Subir ou descer escadas	25. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
26. Subir ou descer uma ladeira	27. Frequentar um evento social	28. Subir ou descer escadas	29. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	30. Subir ou descer uma ladeira
31. Frequentar um evento social	32. Subir ou descer escadas	33. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	34. Subir ou descer uma ladeira	35. Frequentar um evento social
36. Subir ou descer escadas	37. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	38. Subir ou descer uma ladeira	39. Frequentar um evento social	40. Subir ou descer escadas
41. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	42. Subir ou descer uma ladeira	43. Frequentar um evento social	44. Subir ou descer escadas	45. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
46. Subir ou descer uma ladeira	47. Frequentar um evento social	48. Subir ou descer escadas	49. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	50. Subir ou descer uma ladeira
51. Frequentar um evento social	52. Subir ou descer escadas	53. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	54. Subir ou descer uma ladeira	55. Frequentar um evento social
56. Subir ou descer escadas	57. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	58. Subir ou descer uma ladeira	59. Frequentar um evento social	60. Subir ou descer escadas
61. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	62. Subir ou descer uma ladeira	63. Frequentar um evento social	64. Subir ou descer escadas	65. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
66. Subir ou descer uma ladeira	67. Frequentar um evento social	68. Subir ou descer escadas	69. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	70. Subir ou descer uma ladeira
71. Frequentar um evento social	72. Subir ou descer escadas	73. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	74. Subir ou descer uma ladeira	75. Frequentar um evento social
76. Subir ou descer escadas	77. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	78. Subir ou descer uma ladeira	79. Frequentar um evento social	80. Subir ou descer escadas
81. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	82. Subir ou descer uma ladeira	83. Frequentar um evento social	84. Subir ou descer escadas	85. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
86. Subir ou descer uma ladeira	87. Frequentar um evento social	88. Subir ou descer escadas	89. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	90. Subir ou descer uma ladeira
91. Frequentar um evento social	92. Subir ou descer escadas	93. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	94. Subir ou descer uma ladeira	95. Frequentar um evento social
96. Subir ou descer escadas	97. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	98. Subir ou descer uma ladeira	99. Frequentar um evento social	100. Subir ou descer escadas
101. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	102. Subir ou descer uma ladeira	103. Frequentar um evento social	104. Subir ou descer escadas	105. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
106. Subir ou descer uma ladeira	107. Frequentar um evento social	108. Subir ou descer escadas	109. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	110. Subir ou descer uma ladeira
111. Frequentar um evento social	112. Subir ou descer escadas	113. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	114. Subir ou descer uma ladeira	115. Frequentar um evento social
116. Subir ou descer escadas	117. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	118. Subir ou descer uma ladeira	119. Frequentar um evento social	120. Subir ou descer escadas
121. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	122. Subir ou descer uma ladeira	123. Frequentar um evento social	124. Subir ou descer escadas	125. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
126. Subir ou descer uma ladeira	127. Frequentar um evento social	128. Subir ou descer escadas	129. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	130. Subir ou descer uma ladeira
131. Frequentar um evento social	132. Subir ou descer escadas	133. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	134. Subir ou descer uma ladeira	135. Frequentar um evento social
136. Subir ou descer escadas	137. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	138. Subir ou descer uma ladeira	139. Frequentar um evento social	140. Subir ou descer escadas
141. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	142. Subir ou descer uma ladeira	143. Frequentar um evento social	144. Subir ou descer escadas	145. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
146. Subir ou descer uma ladeira	147. Frequentar um evento social	148. Subir ou descer escadas	149. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	150. Subir ou descer uma ladeira
151. Frequentar um evento social	152. Subir ou descer escadas	153. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	154. Subir ou descer uma ladeira	155. Frequentar um evento social
156. Subir ou descer escadas	157. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	158. Subir ou descer uma ladeira	159. Frequentar um evento social	160. Subir ou descer escadas
161. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	162. Subir ou descer uma ladeira	163. Frequentar um evento social	164. Subir ou descer escadas	165. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
166. Subir ou descer uma ladeira	167. Frequentar um evento social	168. Subir ou descer escadas	169. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	170. Subir ou descer uma ladeira
171. Frequentar um evento social	172. Subir ou descer escadas	173. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	174. Subir ou descer uma ladeira	175. Frequentar um evento social
176. Subir ou descer escadas	177. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	178. Subir ou descer uma ladeira	179. Frequentar um evento social	180. Subir ou descer escadas
181. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	182. Subir ou descer uma ladeira	183. Frequentar um evento social	184. Subir ou descer escadas	185. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
186. Subir ou descer uma ladeira	187. Frequentar um evento social	188. Subir ou descer escadas	189. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	190. Subir ou descer uma ladeira
191. Frequentar um evento social	192. Subir ou descer escadas	193. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	194. Subir ou descer uma ladeira	195. Frequentar um evento social
196. Subir ou descer escadas	197. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	198. Subir ou descer uma ladeira	199. Frequentar um evento social	200. Subir ou descer escadas
201. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	202. Subir ou descer uma ladeira	203. Frequentar um evento social	204. Subir ou descer escadas	205. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
206. Subir ou descer uma ladeira	207. Frequentar um evento social	208. Subir ou descer escadas	209. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	210. Subir ou descer uma ladeira
211. Frequentar um evento social	212. Subir ou descer escadas	213. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	214. Subir ou descer uma ladeira	215. Frequentar um evento social
216. Subir ou descer escadas	217. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	218. Subir ou descer uma ladeira	219. Frequentar um evento social	220. Subir ou descer escadas
221. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	222. Subir ou descer uma ladeira	223. Frequentar um evento social	224. Subir ou descer escadas	225. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
226. Subir ou descer uma ladeira	227. Frequentar um evento social	228. Subir ou descer escadas	229. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	230. Subir ou descer uma ladeira
231. Frequentar um evento social	232. Subir ou descer escadas	233. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	234. Subir ou descer uma ladeira	235. Frequentar um evento social
236. Subir ou descer escadas	237. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	238. Subir ou descer uma ladeira	239. Frequentar um evento social	240. Subir ou descer escadas
241. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	242. Subir ou descer uma ladeira	243. Frequentar um evento social	244. Subir ou descer escadas	245. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
246. Subir ou descer uma ladeira	247. Frequentar um evento social	248. Subir ou descer escadas	249. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	250. Subir ou descer uma ladeira
251. Frequentar um evento social	252. Subir ou descer escadas	253. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	254. Subir ou descer uma ladeira	255. Frequentar um evento social
256. Subir ou descer escadas	257. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	258. Subir ou descer uma ladeira	259. Frequentar um evento social	260. Subir ou descer escadas
261. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	262. Subir ou descer uma ladeira	263. Frequentar um evento social	264. Subir ou descer escadas	265. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
266. Subir ou descer uma ladeira	267. Frequentar um evento social	268. Subir ou descer escadas	269. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	270. Subir ou descer uma ladeira
271. Frequentar um evento social	272. Subir ou descer escadas	273. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	274. Subir ou descer uma ladeira	275. Frequentar um evento social
276. Subir ou descer escadas	277. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	278. Subir ou descer uma ladeira	279. Frequentar um evento social	280. Subir ou descer escadas
281. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	282. Subir ou descer uma ladeira	283. Frequentar um evento social	284. Subir ou descer escadas	285. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão
286. Subir ou descer uma ladeira	287. Frequentar um evento social	288. Subir ou descer escadas	289. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	290. Subir ou descer uma ladeira
291. Frequentar um evento social	292. Subir ou descer escadas	293. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	294. Subir ou descer uma ladeira	295. Frequentar um evento social
296. Subir ou descer escadas	297. Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	298. Subir ou descer uma ladeira	299. Frequentar um evento social	300. Subir ou descer escadas

19

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE QUEDA NO DOMÍLIO

Fator de Risco	Sim	Não	Observações
1. Iluminação adequada no domicílio			
2. Piso antiderrapante			
3. Escadas seguras			
4. Cadeiras seguras			
5. Banheiro seguro			
6. Cozinha segura			
7. Sala segura			
8. Quarto seguro			
9. Varandas seguras			
10. Outros			

Observações:

Este formulário avalia os fatores de risco de queda no domicílio, incluindo iluminação, piso antiderrapante, escadas seguras, cadeiras seguras, banheiro seguro, cozinha segura, sala segura, quarto seguro, varandas seguras e outros.

Instrumento para avaliação dos fatores de risco de queda no domicílio, realizado pelo investigador, de acordo com evidência científica. Este instrumento permite avaliar a existência de fatores de risco ambientais, assim como identificar se já foram realizadas intervenções para aumentar/ garantir a de segurança do domicílio.

20

Questionário final da pessoa idosa com medo de queda: questionário realizado com recurso a perguntas abertas e fechadas, que permitem identificar variáveis como: história de quedas durante o projeto; avaliação do projeto.

Questionário final da pessoa idosa com medo de cair no domicílio (questionário com recurso a perguntas fechadas)

Código participante: PDS-17 (Iris)

Quanto a frequência das quedas nos últimos meses:

nenhuma
 1 ou 2
 3 ou 4
 5 ou mais

Em caso de se ter ocorrido alguma queda, qual a(s) causa(s):

desconhecimento
 falta de cuidados
 falta de luz

A participação neste projeto ajudou a saber mais sobre o medo de cair?

Sim
 Não

Recomendaria participar com a sua participação neste projeto:

Muito satisfeito
 Satisfeito
 Nem satisfeito nem insatisfeito
 Insatisfeito
 Muito insatisfeito

Qual foram os pontos mais positivos que encontrou na frequência deste projeto?

Disponibilidade de intervenções
 Quantidade de informação transmitida
 Outros: _____

Qual foram os aspetos menos positivos que encontrou e melhor neste projeto?

Disponibilidade de intervenções
 Quantidade de informação transmitida
 Outros: _____

Não se esqueça de preencher a identificação.

21

Questionário final do familiar de pessoa idosa com medo de cair no domicílio (questionário com recurso a perguntas abertas e fechadas, que permitem identificar variáveis como: história de quedas durante o projeto; existência de medo de queda por parte do seu familiar; avaliação do projeto.

Questionário final do familiar de pessoa idosa com medo de cair no domicílio (questionário com recurso a perguntas fechadas)

Código participante: _____

Tem alguma queda durante o dia?

Sim, mais de duas vezes
 Sim, uma vez
 Não, mas já se ocorreu
 Não, nunca
 Não sei

Em caso de se ter ocorrido alguma queda, qual a(s) causa(s):

desconhecimento
 falta de cuidados
 falta de luz

A participação neste projeto ajudou a saber mais sobre o medo de cair no domicílio?

De modo positivo
 De modo negativo
 Pouco positivo
 Pouco negativo
 Não sei

Recomendaria participar com a sua participação neste projeto:

Muito satisfeito
 Satisfeito
 Nem satisfeito nem insatisfeito
 Insatisfeito
 Muito insatisfeito

Qual foram os pontos mais positivos que encontrou na frequência deste projeto?

Disponibilidade de intervenções
 Quantidade de informação transmitida
 Outros: _____

Qual foram os aspetos menos positivos que encontrou e melhor neste projeto?

Disponibilidade de intervenções
 Quantidade de informação transmitida
 Outros: _____

Não se esqueça de preencher a identificação.

22

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

- Todos os participantes do estudo serão submetidos a uma intervenção que consiste em três momentos.
 - 1ª sessão - contacto com contacto presencial;
 - 2ª sessão, consiste numa visita domiciliária, que se espera realizar uma semana a duas semanas depois do 1º contacto – de modo a manter a motivação inicial dos participantes e a adesão ao projeto;
 - 3ª sessão – por contacto telefónico 1 mês após a visita domiciliária, onde se pretende avaliar a eficácia do projeto, assim como a adesão dos participantes, e ainda esclarecer dúvidas.

23

AVALIAÇÃO DO PROJETO: INDICADORES

Os indicadores selecionados devem espelhar a informação obtida na implementação dos instrumentos de avaliação escolhidos.

- Indicadores de educação:** Nível de instrução dos familiares de pessoa idosa com medo de queda; Nível de instrução da pessoa idosa com medo de queda.
- Indicadores relacionados com condições habitacionais:** Taxa de habitações com barreiras arquitetónicas; Taxa de habitações sem barreiras arquitetónicas; Taxa de habitações com adequação às necessidades da família. Número de respostas sociais para adequação de habitações às necessidades das famílias. Atendendo a este indicador e aos recursos de outros parceiros, nomeadamente juntas de freguesia da área de abrangência da USF e a Câmara Municipal, foi enviado email a 25/09/23, a questionar se têm algum projeto de apoio à população sénior para pequenas obras de adaptação ao domicílio (aguarda-se resposta).
- Indicadores sociais:** População idosa com medo de queda; População idosa que não realiza as suas atividades de vida por medo de queda. População de familiares de pessoa idosa com preocupação pelo familiar com medo de queda.
- Indicadores de Resultado:** Adesão ao projeto; Satisfação das famílias com o projeto; Taxa de efetividade na prevenção do risco de queda; Taxa de prevalência de quedas; Taxa de pessoa idosa com medo de queda inicial e final.

24

APÊNDICE IV - Resultados obtidos com a implementação dos instrumentos de avaliação
do PIESF



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**

Relatório de Estágio

Apêndice IV

Resultados obtidos com a implementação dos instrumentos de avaliação do
PIESF

Ana Luísa da Silva Almeida



**Lisboa
2024**

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos familiares segundo o sexo

Quadro 2 – Caracterização dos familiares segundo a idade

Quadro 3 – Caracterização dos familiares segundo o grau de parentesco

Quadro 4 – Caracterização dos familiares segundo o estado civil

Quadro 5 – Caracterização dos familiares segundo as habilitações académicas

Quadro 6 – Caracterização dos familiares relativamente a antecedentes de queda nos últimos 12 meses

Quadro 7 – Caracterização dos familiares relativamente a preocupação com queda do seu familiar idoso

Quadro 8 – Como o familiar reduz a sua preocupação com o medo de queda da pessoa idosa

Quadro 9 – Desejo do familiar em ter mais informação sobre a temática

Quadro 10 – Caracterização das pessoas idosas segundo o sexo

Quadro 11 – Caracterização das pessoas idosas segundo a idade

Quadro 12 – Caracterização das pessoas idosas segundo o agregado familiar

Quadro 13 – Caracterização das pessoas idosas segundo o estado civil

Quadro 14 – Caracterização das pessoas idosas segundo as habilitações académicas

Quadro 15 – Caracterização das pessoas idosas relativamente a antecedentes de queda no último ano

Quadro 16 – Caracterização das pessoas idosas relativamente a toma diária de medicação

Quadro 17 – Caracterização das pessoas idosas relativamente a visão comprometida

Quadro 18 – Caracterização das pessoas idosas relativamente a audição comprometida

Quadro 19 – Caracterização das pessoas idosas relativamente a presença de dor na mobilização

Quadro 20 – Caracterização das pessoas idosas relativamente a recurso a produtos auxiliares de marcha

Quadro 21 – Caracterização das pessoas idosas relativamente a preocupação com queda

Quadro 22 – Caracterização das pessoas idosas relativamente a acesso anterior a informação sobre prevenção e medo de queda no domicílio

Quadro 23- Caracterização das pessoas idosas relativamente a desejo de participar no projeto

Quadro 24 - Caracterização inicial das pessoas idosas relativamente à FES I 7 Itens

Quadro 25 - Mediana inicial de variáveis de FES I 7 Itens

Quadro 26 - Caracterização inicial da variável Tomar banho

Quadro 27 - Caracterização inicial da variável subir ou descer escadas

Quadro 28 - Caracterização inicial da variável Apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão

Quadro 29 - Caracterização do domicílio relativamente à presença de animal de estimação

Quadro 30 - Caracterização do domicílio relativamente à presença de barreiras arquitetónicas

Quadro 31- Caracterização do domicílio relativamente à presença de piso antiderrapante

Quadro 32- Caracterização do domicílio relativamente à presença de iluminação adequada na casa

Quadro 33 - Caracterização do domicílio relativamente à presença de tapetes no soalho

Quadro 34- Caracterização do domicílio relativamente à presença exterior da casa limpo e desobstruído

Quadro 35 - Caracterização do domicílio relativamente a caminho entre quarto e wc livre de obstáculos

Quadro 36 - Caracterização do domicílio relativamente ao acesso fácil à luz quando está na cama

Quadro 37 - Caracterização do domicílio relativamente à presença de barras de apoio no duche/ banheira e sanitário

Quadro 38 - Caracterização do domicílio relativamente à presença de piso antiderrapante ou tapete no fundo da banheira/ duche

Quadro 39 - Caracterização do domicílio relativamente à altura da sanita ser suficientemente elevada para a pessoa idosa

Quadro 40 - Caracterização do familiar/ pessoa idosa relativamente à aquisição de alteador de sanita

Quadro 41 - Caracterização do domicílio relativamente à presença de bordos de degraus identificados e com antiderrapante

Quadro 42 – Caracterização do domicílio relativamente à presença de corrimão de ambos os lados das escadas

Quadro 43– Caracterização da pessoa idosa relativamente à utilização de calçado confortável, fechado e com sola antiderrapante

Quadro 44– Caracterização da pessoa idosa relativamente ao recurso a escadote para alcançar objetos acima do nível da cabeça

Quadro 45 – Caracterização do domicílio relativamente à presença de objetos espalhados pelo chão

Quadro 46 – Caracterização do domicílio relativamente à presença de cabos de eletrodomésticos pelo chão

Quadro 47 – Caracterização da pessoa idosa relativamente à posse de telemóvel

Quadro 48– Caracterização da pessoa idosa relativamente ao conhecimento para utilização do telemóvel, assim como da necessidade de este o acompanhar

Quadro 49 – Caracterização final dos familiares relativamente a preocupação com medo de queda do seu familiar idoso

Quadro 50– Caracterização da participação no projeto pelo familiar

Quadro 51 – Caracterização da satisfação do familiar com o projeto

Quadro 52 – Caracterização das dificuldades sentidas pelo familiar durante a participação no projeto

Quadro 53 – Caracterização dos aspetos positivos percecionados pelo familiar durante a participação no projeto

Quadro 54 – Caracterização da presença de queda pela pessoa idosa durante o projeto

Quadro 55 – Caracterização da localização da queda ocorrida durante o projeto

Quadro 56 – Caracterização da participação no projeto pela pessoa idosa

Quadro 57 – Caracterização da satisfação da pessoa idosa com o projeto

Quadro 58 – Caracterização das dificuldades sentidas pela pessoa idosa durante a participação no projeto

Quadro 59 – Caracterização dos aspetos positivos percecionados pela pessoa idosa durante a participação no projeto

Quadro 60– Caracterização final das pessoas idosas relativamente à FES I 7 Itens

Quadro 61 – Caracterização final da FES I 7itens da pessoa idosa

Quadro 62 - Comparação entre a FES I 7 Itens Inicial e FES I 7 Itens final das pessoas idosas

Quadro 63 - Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva

ÍNDICE

1- Apresentação dos resultados do projeto de Intervenção	6
1.1 Caracterização sociodemográfica do familiar de pessoa idosa.....	6
1.2 Caracterização do familiar relativamente a antecedentes de queda e preocupação com queda.....	7
1.3 Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa com medo de queda.....	9
1.4 Caracterização da pessoa idosa relativamente a antecedentes de queda, antecedentes pessoais de saúde e preocupação com queda.....	11
1.5 Caracterização dos participantes idosos de acordo com a FES- I 7 itens.....	14
1.6 Resultados da aplicação do instrumento de avaliação de segurança do domicílio....	16
1.7 Resultados finais de aplicação do questionário final ao familiar.....	22
1.8 Resultados final da aplicação do questionário final à pessoa idosa.....	23
1.9 Resultados da avaliação de eficácia do projeto.....	25

1- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

1.1 Caracterização sociodemográfica do familiar de pessoa idosa.

Temos uma amostra de 17 familiares, conforme é possível observar no quadro 1, sendo treze do sexo feminino e quatro do masculino. A idade média do familiar de pessoa idosa é de 53,2 anos, ou seja, indivíduos ainda em fase ativa laboral. Sendo a idade máxima de 76 anos e a mínima de 23 anos (quadro 2)

Relativamente ao grau de parentesco (quadro 3), 58,8% são filhos (n=10), 17,6% (n=3) familiares são casados com a pessoa idosa e os restantes quatro indivíduos apresentam outro grau de parentesco com a pessoa idosa, sendo 3 noras e 1 neta, este conhecimento obteve-se através da entrevista realizada individualmente. Estes familiares são na sua maioria casados (n=13), sendo dois solteiros e outros dois encontram-se em união de facto (Quadro 4).

Quando se observa o quadro 5, verifica-se que os familiares apresentam níveis de escolaridade diferentes, sendo que cinco destes possuem o 3º ciclo do ensino básico (29,4%), seis o ensino secundário (35,3%) , dois o ensino profissionalizante e também dois o 1º ciclo do ensino básico, dois destes familiares possuem formação ao nível do ensino superior.

Quadro 1

Caracterização dos familiares segundo o sexo

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Válido F	13	76,5	76,5
M	4	23,5	100,0
Total	17	100,0	

Quadro 2

Caracterização dos familiares segundo a idade

N	Válido	17
	Omisso	0
Média		53,29
Mediana		57,00
Erro Desvio		14,017
Intervalo		53
Mínimo		23
Máximo		76

Quadro 3

Caracterização dos familiares segundo o grau de parentesco

	Frequência	Percentage m	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Esposa/Marido	3	17,6	17,6	17,6
Filho(a)	10	58,8	58,8	76,5
Outro	4	23,5	23,5	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 4

Caracterização dos familiares segundo o estado civil

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Casado(a)	13	76,5	76,5	76,5
União de facto	2	11,8	11,8	88,3
Solteiro(a)	2	11,8	11,8	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 5

Caracterização dos familiares segundo as habilitações académicas

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
1º Ciclo Ensino Básico	2	11,8	11,8	11,8
3º Ciclo Ensino Básico	5	29,4	29,4	41,2
Ensino Secundário	6	35,3	35,3	76,5
Curso Profissionalizante	2	11,8	11,8	88,2
Curso Superior	2	11,8	11,8	100,0
Total	17	100,0	100,0	

1.2 Caracterização do familiar relativamente a antecedentes de queda e preocupação com queda

É possível constatar pelo quadro 6 que 23,5% dos familiares já tinham presenciado uma queda nos últimos 12 meses (n=4), contudo nove deles referem nunca ter caído ou não se lembrar de ter caído, e três dos familiares referem que caíram há mais de 1 ano, e um deles refere que nunca caiu, mas que alguém próximo dele já.

Quando se questionam os familiares relativamente à preocupação de queda do seu familiar, todos eles demonstram preocupação com a situação, sendo que 64,7% deles referem que estão muito preocupados (n=11), e 35,3% referem-se preocupados (n=6),

(quadro 7). Ainda abordando a preocupação quando questionados como a reduzem, 58,8% contactam o seu familiar idoso (n=10), 29,4 % (n=5) além de contactarem o familiar, pedem a outro familiar ou vizinho para irem visitar o seu familiar idoso, 5,9% ou seja (n=1) pedem a um vizinho do familiar para ir visitar o seu familiar idoso e um dos familiares refere que não faz nada (quadro 8). Na entrevista compreendeu-se que este familiar estava em sobrecarga, com dificuldade em gerir a situação, muito evidenciada pelo facto do seu familiar nunca andar com telemóvel, ou raramente atende, pelo que, evita o contacto telefónico.

Todos os familiares inquiridos, 100%, manifestam necessidade de ter acesso a mais informação, assim como desejo em participar no projeto (n=19) (quadro 9).

Quadro 6

Caracterização dos familiares relativamente a antecedentes de queda nos últimos 12 meses

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Sim, mais do que uma vez	1	5,9	5,9	5,9
Sim, uma vez	3	17,6	17,6	23,5
Não, mas caí no passado	3	17,6	17,6	41,2
Não, nunca caí	9	52,9	52,9	94,1
Não me lembro, mas alguém próximo de mim caiu	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 7

Caracterização dos familiares relativamente a preocupação com queda do seu familiar idoso

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Sim, muito preocupado	11	64,7	64,7	64,7
Sim, preocupado	6	35,3	35,3	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 8

Como o familiar reduz a sua preocupação com o medo de queda da pessoa idosa

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Contacta o seu familiar	10	58,8	58,8	58,8
Pede a um vizinho ou outro familiar para ir visitar o seu familiar	1	5,9	5,9	64,7
Faz ambos, os dois anteriores	5	29,4	29,4	94,1
Não faço nada	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 9

Desejo do familiar em ter mais informação sobre a temática

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Sim	17	100,0	100,0	100,0

1.3 Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa com medo de queda

A nossa amostra é composta por 17 pessoas idosas, sendo 41,2% (n=7) do sexo masculino e sendo 58,8% (n=10) do sexo feminino (quadro 10). Estatisticamente a média de idades é de 80,41 anos, apresentado a pessoa mais velha 89 anos e a pessoa mais nova 68 anos (quadro 11).

Quadro 10

Caracterização das pessoas idosas segundo o sexo

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido F	10	58,8	58,8	58,8
M	7	41,2	41,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 11

Caracterização das pessoas idosas segundo a idade

N	Válido	17
	Omisso	0
Média		80,41
Mediana		82,00
Erro Desvio		5,990
Intervalo		21
Mínimo		68
Máximo		89

Os agregados familiares existentes estão apresentados no quadro 12, e constata-se 35,3% de famílias unipessoais (n =6), 52,9% são famílias nucleares constituídas por casal (n=9) , duas famílias alargadas, uma com 3 elementos e outra com 5.

Relativamente ao estado civil esta amostra é constituída por 58,8% de pessoas casadas e 41,2% de indivíduos viúvos (quadro 13). Quando se verificam as habilitações literárias, constata-se que 64,7% apresentam o 1º ciclo (n=11), sendo a segunda habilitação mais frequente nenhuma com 11,8% (n=2) e todas as restantes com 5,9% (quadro 14).

Quadro 12

Caracterização das pessoas idosas segundo o agregado familiar

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1	6	35,3	35,3	35,3
	2	9	52,9	52,9	88,2
	3	1	5,9	5,9	94,1
	5	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 13

Caracterização das pessoas idosas segundo o estado civil

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Casado(a)	10	58,8	58,8	58,8
	Viúvo(a)	7	41,2	41,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 14

Caracterização das pessoas idosas segundo as habilitações académicas

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
1º ciclo do ensino básico	11	64,7	64,7	64,7
2º ciclo do ensino básico	1	5,9	5,9	70,6
3º ciclo do ensino básico	1	5,9	5,9	76,5
Ensino secundário	1	5,9	5,9	82,4
Curso superior	1	5,9	5,9	88,2
Nenhum	2	11,8	11,8	100,0
Total	17	100,0	100,0	

1.4 Caracterização da pessoa idosa relativamente a antecedentes de queda, antecedentes pessoais de saúde e preocupação com queda

Um dos critérios para inclusão no projeto, é a presença de uma queda no último ano, assim sendo, o quadro 14, expõe que 58,8% das pessoas idosas (n=10) apresentaram uma queda no último ano, e 41,2% (n=7) duas ou mais quedas no último ano.

Quadro 15

Caracterização das pessoas idosas relativamente a antecedentes de queda no último ano

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 1 queda	10	58,8	58,8	58,8
2 quedas ou mais	7	41,2	41,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Relativamente aos antecedentes pessoais de saúde, constatámos que todas as pessoas idosas tomam medicação diariamente (n=17) (quadro 16). De seguida o antecedente de saúde mais frequente é a presença de visão comprometida com 70,6% (n=12), quadro 17. A presença de alterações sensoriais foi ainda questionada relativamente à audição, com 52,9% (n=9) pessoas a referirem audição comprometida (quadro 18), posteriormente foram inquiridas sobre a presença de dor durante a deambulação, sendo a resposta positiva em 70,6% da amostra (n=12), quadro 19.

Finalmente tentámos perceber se as pessoas idosas se movimentavam com produtos auxiliares de marcha, tendo-se obtido uma resposta positiva em seis pessoas, ou seja 35,3%, da amostra total (tabela 20).

Quadro 16

Caracterização das pessoas idosas relativamente a toma diária de medicação

	Frequência	Percentage m	Percentage m válida	Percentage acumulativa
Sim	17	100,0	100,0	100,0

Quadro 17

Caracterização das pessoas idosas relativamente a visão comprometida

	Frequência	Percentage	Percentage válida	Percentage acumulativa
Válido Sim	12	70,6	70,6	70,6
Não	5	29,4	29,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 18

Caracterização das pessoas idosas relativamente a audição comprometida

	Frequência	Percentage	Percentage válida	Percentage acumulativa
Válido Sim	9	52,9	52,9	52,9
Não	8	47,1	47,1	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 19

Caracterização das pessoas idosas relativamente a presença de dor na mobilização

	Frequência	Percentage	Percentage válida	Percentage acumulativa
Válido Sim	12	70,6	70,6	70,6
Não	5	29,4	29,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 20

Caracterização das pessoas idosas relativamente a recurso a produtos auxiliares de marcha

	Frequência	Percentage	Percentage válida	Percentage acumulativa
Válido Sim	6	35,3	35,3	35,3
Não	11	64,7	64,7	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Relativamente à preocupação com o medo de cair, na visão do próprio, além do instrumento FES- 17 Itens, colocámos ainda a pergunta de forma direta, e encontramos resultados de 29,4 % dos indivíduos muito preocupados em cair (n=5), e preocupados em

cair 41,2% (n=7), 17,6% dos indivíduos manifestam-se moderadamente preocupados e de forma igual com 5,9% com pouco ou nenhuma preocupação (quadro 21).

Quadro 21

Caracterização das pessoas idosas relativamente a preocupação com queda

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Sim, muito preocupado	5	29,4	29,4	29,4
Sim, preocupado	7	41,2	41,2	70,6
Moderadamente preocupado	3	17,6	17,6	88,2
Pouco preocupado	1	5,9	5,9	94,1
Nada preocupado	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quando se questionam estes indivíduos sobre o acesso anterior a formação específica nesta área, referem nunca ter tido, nem sobre o medo de queda nem sobre a prevenção de queda, 88,2% (n=15) pessoas, sendo que 11,8% delas manifestam que já tinham tido informação anteriormente (quadro 22), todos os participantes manifestaram vontade de frequentar o projeto e de obter mais informação sobre esta temática (quadro 23).

Quadro 22

Caracterização das pessoas idosas relativamente a acesso anterior a informação sobre prevenção e medo de queda no domicílio

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Sim	2	11,8	11,8	11,8
Não	15	88,2	88,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 23

Caracterização das pessoas idosas relativamente a desejo de participar no projeto

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Sim	17	100,0	100,0	100,0

Relativamente ao medo de queda, o instrumento de avaliação de medo de queda percecionado pela pessoa idosa, FES - I 7 Itens, foi colocado à totalidade dos participantes. Tendo-se encontrado um valor médio de 17,76 ou seja, a presença medo

de queda muito elevado. O indivíduo com o valor inferior de FES – i7 itens pontuou 15, ou seja, presença de medo de queda moderado, e o valor mais elevado encontrado foi de 22, presença de medo extremo (quadro 24).

Quadro 24

Caracterização inicial das pessoas idosas relativamente à FES I 7 Itens

N	Válido	17
	Omisso	0
Média		17,76
Mediana		17,00
Erro Desvio		2,306
Intervalo		7
Mínimo		15
Máximo		22

1.5 Caracterização dos participantes idosos de acordo com a FES- I 7 itens

Seguidamente foram exploradas cada variável da FES I 7itens, de modo a trazer mais fundamentos para a intervenção personalizada junto de famílias, e assim adaptar melhor os diagnósticos de enfermagem de saúde familiar. Observando o quadro 25, compreende-se que a maioria dos participantes refere ter medo de cair enquanto desempenha atividades diárias como a realização dos cuidados de higiene, subir ou descer escadas e ainda apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão. Atendendo à importância destas atividades, decidiu-se ainda verificar os níveis de preocupação individualizada destas três variáveis, de forma independente.

Quadro 25

Mediana inicial de variáveis de FES I 7 Itens

	Vestir ou despir roupa	Tomar banho ou duche	Sentar ou levantar de uma cadeira	Subir ou descer escadas	Apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão	Subir ou descer uma ladeira	Frequentar um evento social
N Válido	17	17	17	17	17	17	17
Omisso	0	0	0	0	0	0	0
Mediana	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00

Relativamente à variável Tomar banho ou duche, catorze dos participantes (82,3%) demonstram entre muita e extrema preocupação nesta atividade (quadro 26). Quando se observa a variável subir e descer as escadas é compreendido que dezasseis dos participantes (94,1%) manifestam muita ou extrema preocupação enquanto sobem ou descem escadas (quadro 27), já na variável apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão, 64,7% dos inquiridos (n=11) referem estar muito ou extremamente preocupados em realizar esta atividade (quadro 28)

Quadro 26

Caracterização inicial da variável Tomar banho

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Um pouco preocupado	3	17,6	17,6	17,6
Muito preocupado	9	52,9	52,9	70,6
Extremamente preocupado	5	29,4	29,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 27

Caracterização inicial da variável subir ou descer escadas

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Nem um pouco preocupado	1	5,9	5,9	5,9
Muito preocupado	11	64,7	64,7	70,6
Extremamente preocupado	5	29,4	29,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 28

Caracterização inicial da variável Apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Um pouco preocupado	6	35,3	35,3	35,3
Muito preocupado	10	58,8	58,8	94,1
Extremamente preocupado	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

1.6 Resultados da aplicação do instrumento de avaliação de segurança do domicílio

A aplicação do instrumento de avaliação de segurança do domicílio foi implementada durante as visitas domiciliárias previamente marcadas e aceites pelos participantes. Em cada visita foi realizada uma entrevista com o instrumento de modo a completá-lo da forma mais correta e autêntica possível. Este instrumento permitiu avaliar o ambiente domiciliário relativamente às condições externas, internas e ainda utilização ou não de meios de prevenção de quedas.

As primeiras seis questões prendem-se com características gerais do domicílio, ou seja, presença de animais de estimação, piso antiderrapante na casa, exterior sem obstáculos, tendo-se constatado que em 42,1 % (quadro 29) dos agregados existiam animais de estimação, mas pela observação constou-se que 3 deles não circulavam livremente pelo domicílio. Relativamente a fatores gerais presentes que apresentem um maior risco de queda, constatou-se a presença de barreiras arquitetónicas verificou-se em 70,6% das habitações (quadro 30), em 58,8% constatou-se que o piso do chão era antiderrapante (quadro31), positivamente foram encontrados 88,2% dos domicílios -com boa iluminação (quadro 32), assim como apenas 5,9%, ou seja, um domicílio com tapetes no chão, todos os restantes já se encontravam sem tapetes ao longo da casa (quadro33). Quando observado o exterior, 82,4% apresentam um exterior limpo e desobstruído (quadro 34), existindo nesta observação um domicílio que não se enquadra, porque se situa num prédio de habitação vertical.

Quadro 29

Caracterização do domicílio relativamente à presença de animal de estimação

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Sim	7	41,2	41,2	41,2
Não	10	58,8	58,8	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 30

Caracterização do domicílio relativamente à presença de barreiras arquitetónicas

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	12	70,6	70,6	70,6
	Não	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 31

Caracterização do domicílio relativamente à presença de piso antiderrapante

		Frequência	Percentagem	Percentage m válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	10	58,8	58,8	58,8
	Não	7	41,2	41,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 32

Caracterização do domicílio relativamente à presença de iluminação adequada na casa

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	15	88,2	88,2	88,2
	Não	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 33

Caracterização do domicílio relativamente à presença de tapetes no soalho

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	1	5,9	5,9	5,9
	Não	16	94,1	94,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 34

Caracterização do domicílio relativamente à presença exterior da casa limpo e desobstruído

		Frequência	Percentagem	Percentage m válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	14	82,4	82,4	82,4
	Não	2	11,8	11,8	94,1
	Não Aplicável	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quando se observam os dados relativamente à divisão da casa, quarto, constata-se que o caminho entre o quarto e wc se encontra livre de obstáculos em 64,7% (quadro 35), assim como 94,1% dos inquiridos consegue aceder com facilidade a uma luz quando se encontra na cama (quadro 36).

Quadro 35

Caracterização do domicílio relativamente a caminho entre quarto e wc livre de obstáculos

	Frequência	Percentagem	Percentage m válida	Percentagem acumulativa
Válido Sim	11	64,7	64,7	64,7
Não	6	35,3	35,3	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 36

Caracterização do domicílio relativamente ao acesso fácil à luz quando está na cama

	Frequência	Percentagem	Percentage m válida	Percentagem acumulativa
Válido Sim	16	94,1	94,1	94,1
Não	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Uma outra divisão avaliada de forma individual foram as casas de banho. Verificou-se que só 11,8% dos domicílios apresentam barras de apoio duche ou banheira e ou sanitário (quadro 37), sendo que nas que está presente é porque anteriormente outro indivíduo do agregado precisou dos mesmos pela sua dependência, apesar do número anterior, 70,6% das casas de banho apresentam tapete antiderrapante no duche/banheira (quadro 38).

Quando se avalia a altura da sanita, 64,7% das mesmas não apresentam altura suficiente para a pessoa se levantar sozinha da mesma (quadro 39), e que apenas 5,9% já considerou comprar e comprou alteador de sanita (quadro 40). Com base na entrevista, constatou-se que a maioria dos familiares e pessoas idosas desconheciam a sua existência e forma de utilização.

Quadro 37

Caracterização do domicílio relativamente à presença de barras de apoio no duche/ banheira e sanitário

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	2	11,8	11,8	11,8
	Não	15	88,2	88,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 38

Caracterização do domicílio relativamente à presença de piso antiderrapante ou tapete no fundo da banheira/ duche

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	12	70,6	70,6	70,6
	Não	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 39

Caracterização do domicílio relativamente à altura da sanita ser suficientemente elevada para a pessoa idosa

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	6	35,3	35,3	35,3
	Não	11	64,7	64,7	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 40 - Caracterização do familiar/ pessoa idosa relativamente à aquisição de alteador de sanita

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	1	5,9	5,9	5,9
	Não	16	94,1	94,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Relativamente à presença de escadas, verificou-se que em 76,5% dos domicílios os degraus não se encontram identificados, nem com antiderrapante (quadro 41), tal como se constatou a inexistência de corrimão em ambos os lados da escada em 64,7% dos domicílios (quadro 42).

Quadro 41

Caracterização do domicílio relativamente à presença de bordos de degraus identificados e com antiderrapante

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	1	5,9	5,9	5,9
	Não	13	76,5	76,5	82,4
	Não Aplicável	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 42

Caracterização do domicílio relativamente à presença de corrimão de ambos os lados das escadas

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	3	17,6	17,6	17,6
	Não	11	64,7	64,7	82,4
	Não Aplicável	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Posteriormente as observações focaram-se no vestiário, calçado e atitudes comportamentais geradoras de maior risco de queda no domicílio. Constatou-se que a totalidade dos participantes utilizam calçado confortável e antiderrapante (100%) (quadro 43), mas somente 58,8% deles utilizam um escadote para alcançar coisas a níveis mais elevados que a cabeça (quadro 44), existindo em entrevista dois participantes que referem por vezes recorrer a cadeiras. Uma grande percentagem de domicílios encontrava-se bem organizados, limpos e sem brinquedos ou objetos espalhados pelo chão (94,1%) (quadro 45) assim como na mesma percentagem de casas não se observaram fios de eletrodomésticos espalhados pelo chão (quadro 46).

Finalmente o instrumento permitiu compreender se as pessoas idosas têm telemóvel e se sabem como o utilizar, ou mesmo se andam com ele habitualmente. Verificou-se que 82,4% dos participantes idosos já são portadores de telemóvel (quadro 47), contudo destes, temos 29,4 % que ou não sabem utilizá-lo ou não andam com ele habitualmente (quadro 48). Verificou-se em entrevista que este é um fator de discórdia, muito importante, entre o participante idoso e o familiar.

Quadro 43

Caracterização da pessoa idosa relativamente à utilização de calçado confortável, fechado e com sola antiderrapante

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	17	100,0	100,0	100,0

Quadro 44

Caracterização da pessoa idosa relativamente ao recurso a escadote para alcançar objetos acima do nível da cabeça

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	10	58,8	58,8	58,8
	Não	7	41,2	41,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 45

Caracterização do domicílio relativamente à presença de objetos espalhados pelo chão

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	1	5,9	5,9	5,9
	Não	16	94,1	94,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 46

Caracterização do domicílio relativamente à presença de cabos de eletrodomésticos pelo chão

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	1	5,9	5,9	5,9
	Não	16	94,1	94,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 47

Caracterização da pessoa idosa relativamente à posse de telemóvel

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	14	82,4	82,4	82,4
	Não	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 48

Caracterização da pessoa idosa relativamente ao conhecimento para utilização do telemóvel, assim como da necessidade de este o acompanhar

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Sim	9	52,9	52,9	52,9
Não	5	29,4	29,4	82,4
Não Aplicável	3	17,6	17,6	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Posteriormente um mês após a entrevista em contexto de visita domiciliária, foi realizado um contacto telefónico com os participantes para se conseguir recolher dados finais, como a existência de quedas durante a participação no projeto, satisfação dos participantes com o projeto.

1.7 Resultados finais de aplicação do questionário final ao familiar

Os participantes quando questionados mantêm preocupação com o medo de queda do seu familiar, estando 64,7% preocupados e 35,3 % muito preocupados (quadro 49). Quando inqueridos se gostaram de participar no projeto, 100% deles afirmam que sim (quadro 50), e 94,2% encontram-se ou satisfeitos ou muito satisfeitos com o projeto (quadro 51).

Quadro 49

Caracterização final dos familiares relativamente a preocupação com medo de queda do seu familiar idoso

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Sim, muito preocupado	6	35,3	35,3	35,3
Sim, preocupado	11	64,7	64,7	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 50

Caracterização da participação no projeto pelo familiar

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Sim	17	100,0	100,0	100,0

Quadro 51

Caracterização da satisfação do familiar com o projeto

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Muito satisfeito	8	47,1	47,1	47,1
Satisfeito	8	47,1	47,1	94,2
Nem satisfeito/ nem insatisfeito	1	5,8	5,8	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Foram ainda questionados sobre dificuldades sentidas durante o projeto, e 70,6% referem que não tiveram dificuldades, contudo 29,4% referem que a quantidade de informação transmitida foi uma dificuldade (quadro 52), já quando abordados os aspetos positivos, 70,6% referem que a disponibilidade do enfermeiro e a quantidade de informação fornecida foram os aspetos positivos para eles (quadro 53).

Quadro 52 – Caracterização das dificuldades sentidas pelo familiar durante a participação no projeto

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Quantidade de informação transmitida	5	29,4	29,4	29,4
Nenhuma	12	70,6	70,6	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 53 – Caracterização dos aspetos positivos percebidos pelo familiar durante a participação no projeto

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Disponibilidade do enfermeiro	5	29,4	29,4	29,4
Ambas as anteriores	12	70,6	70,6	100,0
Total	17	100,0	100,0	

1.8 Resultados finais da aplicação do questionário final à pessoa idosa

O questionário final à pessoa idosa aborda questões relacionadas com a histórico de quedas durante o projeto, onde ocorreram, assim como os aspetos positivos e

negativos percebidos durante o projeto, e foi aplicada a escala FES- 7 Itens de modo a obtermos uma avaliação sobre a eficácia do projeto de intervenção.

Durante o decorrer do projeto 11,8% (n=2) dos participantes idosos apresentaram uma queda (quadro 54), tendo esta ocorrido na rua em 5,9% e no exterior de casa a outro participante (quadro 55). Desta forma, verifica-se que 88,2 dos participantes não presenciaram quedas durante o decurso do projeto.

Quadro 54

Caracterização da presença de queda pela pessoa idosa durante o projeto

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nenhuma	15	88,2	88,2	88,2
	1 Queda	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 55

Caracterização da localização da queda ocorrida durante o projeto

		Frequência	Perce ntage m	Percentag em válida	Percentagem acumulativa
Válido	Exterior da Casa	1	5,9	5,9	5,9
	Rua	1	5,9	5,9	11,8
	Não Aplicável	15	88,2	88,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Relativamente à satisfação em participar no projeto, 100% das pessoas idosas mencionam ter gostado de participar no projeto (quadro 56), 47,1% referem estar muito satisfeitas, e 52,9% satisfeitas pela oportunidade de ter participado (quadro 57).

As maiores dificuldades percebidas pelas pessoas idosas foram a quantidade de informação fornecida, com 52,9% dos inquiridos a referir esta dificuldade, contudo 47,1 referem também que não sentiram nenhuma dificuldade (quadro 58). Relativamente aos aspetos positivos, 58,8% referem que a disponibilidade do enfermeiro foi o aspeto mais positivo (quadro 59).

Quadro 56

Caracterização da participação no projeto pela pessoa idosa

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	17	100,0	100,0	100,0

Quadro 58

Caracterização das dificuldades sentidas pela pessoa idosa durante a participação no projeto

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Quantidade de informação	9	52,9	52,9	52,9
Nenhuma	8	47,1	47,1	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Quadro 59

Caracterização dos aspectos positivos percebidos pela pessoa idosa durante a participação no projeto

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Disponibilidade do enfermeiro	10	58,8	58,8	58,8
Ambas	7	41,2	41,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

1.9 Resultados da avaliação de eficácia do projeto

Para se compreender a eficácia do projeto, recorreu-se aos valores de FES- I 7 Itens, tendo-se obtido no questionário final um valor médio de 16,18, com uma mediana de 16,18 (quadro 60). Atendendo ao quadro 61, os valores 14 e 15 foram os mais recorrentes ambos com 47,1 % do total da amostra. Comparando os valores iniciais e finais, constata-se uma redução de 17,84 para 16,18, estes valores foram apurados com os valores dos participantes que iniciaram e concluíram o projeto, tendo-se excluído os que desistiram (quadro 62).

Quadro 60- Caracterização final das pessoas idosas relativamente à FES I 7 Itens

N	Válido	17
	Omisso	0
Média		16,18
Mediana		16,00
Erro Desvio		2,007
Intervalo		6
Mínimo		14
Máximo		20

Quadro 61 - Caracterização final da FES I 7itens da pessoa idosa

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	14	4	23,5	23,5	23,5
	15	4	23,5	23,5	47,1
	16	3	17,6	17,6	64,7
	17	1	5,9	5,9	70,6
	18	3	17,6	17,6	88,2
	20	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Quadro 61

Comparação entre a FES I 7 Itens Inicial e FES I 7 Itens final das pessoas idosas

		FES -I 7 Itens Final	FES I 7 inicial
N	Válido	17	17
	Omisso	0	0
Média		16,18	17,76
Mediana		16,00	17,00
Erro Desvio		2,007	2,306
Intervalo		6	7
Mínimo		14	15
Máximo		20	22

Para verificar se as diferenças entre os dois momentos de avaliação para cada variável dependente seguiam uma distribuição normal, aplicámos o teste de Shapiro-Wilk. Este mostrou não haver evidência para assumir que os dados seguiam uma distribuição normal ($p \leq 0.001$), levando-nos a optar pela utilização do teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras emparelhadas (Quadro 3).

Quadro 63

Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

	Z	Significância Sig. (2 extremidades)
Vestir ou despir roupa	0,000	1,000
Tomar banho ou duche	-2,236	0,025
Sentar ou levantar de uma cadeira	-1,414	0,157
Subir ou descer escadas	-2,449	0,014
Apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão	-2,449	0,014
Subir ou descer uma ladeira	-2,000	0,046
Frequentar um evento social	-2,000	0,046
Valor Total	-3,508	<,001

Os resultados das avaliações do medo de cair (FES- I 7 Itens) foram comparados antes e depois da intervenção (Tabela 1) que aparece abaixo deste texto. Em média, os participantes demonstraram menor percepção de medo na realização da atividade tomar banho ou duche depois da intervenção ($M = 2.82$) do que antes da intervenção ($M = 3.12$). O teste de Wilcoxon indicou que esta melhoria era estatisticamente significativa ($Z = -2,236$, $p = 0,025$). A mesma tendência foi identificada em relação às variáveis subir ou descer escadas ($M_{t0} = 2,29$; $M_{t1} = 2,41$; $Z = -2,449$, $p = 0,014$), Apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão ($M_{t0} = 2,71$; $M_{t1} = 2,35$; $Z = -2,449$, $p = 0,014$), Subir ou descer uma ladeira ($M_{t0} = 2,53$; $M_{t1} = 2,29$; $Z = -2,000$, $p = 0,046$) e Frequentar um evento social ($M_{t0} = 2,18$; $M_{t1} = 1,94$; $Z = -2,000$, $p = 0,046$).

O valor total apresentou uma significância estatística ($p < ,001$), indicando que a intervenção teve um efeito global significativo na diminuição do medo de cair durante a realização das atividades.

Tabela 1

Estatística descritiva

	T0 (N=17)	T1 (N=17)	total (N=34)
Vestir ou despir roupa			
Média (Desvio Padrão)	2.06 (0.556)	2.06 (0.556)	2.06 (0.547)
Mediana [Min, Max]	2.00 [1.00, 3.00]	2.00 [1.00, 3.00]	2.00 [1.00, 3.00]
Tomar banho ou duche			
Média (Desvio Padrão)	3.12 (0.697)	2.82 (0.636)	2.97 (0.674)
Mediana [Min, Max]	3.00 [2.00, 4.00]	3.00 [2.00, 4.00]	3.00 [2.00, 4.00]
Sentar ou levantar de uma cadeira			
Média (Desvio Padrão)	2.41 (0.712)	2.29 (0.588)	2.35 (0.646)
Mediana [Min, Max]	2.00 [1.00, 4.00]	2.00 [1.00, 3.00]	2.00 [1.00, 4.00]
Subir ou descer escadas			
Média (Desvio Padrão)	3.18 (0.728)	2.82 (0.728)	3.00 (0.739)
Mediana [Min, Max]	3.00 [1.00, 4.00]	3.00 [1.00, 4.00]	3.00 [1.00, 4.00]
Apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão			
Média (Desvio Padrão)	2.71 (0.588)	2.35 (0.786)	2.53 (0.706)
Mediana [Min, Max]	3.00 [2.00, 4.00]	2.00 [1.00, 4.00]	3.00 [1.00, 4.00]
Subir ou descer uma ladeira			
Média (Desvio Padrão)	2.53 (0.800)	2.29 (0.686)	2.41 (0.743)
Mediana [Min, Max]	2.00 [1.00, 4.00]	2.00 [1.00, 3.00]	2.00 [1.00, 4.00]
Frequentar um evento social			
Média (Desvio Padrão)	2.18 (0.728)	1.94 (0.556)	2.06 (0.649)
Mediana [Min, Max]	2.00 [1.00, 4.00]	2.00 [1.00, 3.00]	2.00 [1.00, 4.00]
Valor global			
Média (Desvio Padrão)	17.8 (2.31)	16.2 (2.02)	17.0 (2.27)
Mediana [Min, Max]	17.0 [15.0, 22.0]	16.0 [14.0, 20.0]	17.0 [14.0, 22.0]

APÊNDICE V - Quadros síntese das atividades planeadas para os objetivos
gerais do PIESF

Objetivo Geral 1: 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

Objetivo específico

- Promover um ambiente físico, psicossocial, cultura e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupos (Competência Comum do Enfermeiro Especialista)
- Aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão, e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares (Descritor de qualificação para grau de mestre);
- Desenvolver uma prática de enfermagem de saúde familiar de forma ativa e intencional (Competências Específicas do EEECESF)

Atividades	Recursos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Integra a equipa multiprofissional da USF; - Aborda a família com disponibilidade e criatividade para responder as necessidades da mesma; - Promoção do respeito da família e seus membros à escolha e à autodeterminação, considerando os seus valores, costumes e crenças; - Estabelece o diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde; - Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação e à confidencialidade na equipa de Enfermagem onde está inserido; - Colhe dados junto da família e seus membros, consultar o processo clínico de modo a conceber um plano de cuidados desejado e adequado para a família e seus membros; - Demonstra autonomia e iniciativa na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clínica; - Participa na tomada de decisões em equipa, promovendo a parceria com a família e seus membros; - Identifica lacunas do conhecimento no próprio, nas famílias e na equipa de enfermagem; - Pesquisa artigos em bases de dados científicas, suportados principalmente na ciência enfermagem e na prática clínica de enfermagem de saúde familiar; -Aplica os conhecimentos provenientes dessa evidência; -Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática; 	<p>Humanos: Equipa multiprofissional e de Enfermagem da USF; Enfermeira orientadora; Professora orientadora pedagógica;</p> <p>Famílias da USF.</p> <p>Materiais:</p> <p><u>Legislação:</u> Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Saúde Familiar.</p> <p>Processos clínicos dos clientes;</p> <p>Bases de dados científicas;</p> <p>Protocolos e normas da USF;</p> <p>Físicos: Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida – USF. Temporais: Ver cronograma (Apêndice).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participa ativamente nas atividades da USF e conhece a sua dinâmica, normas e protocolos de cuidados; - Evidencia uma prática de enfermagem de saúde familiar, assente no respeito pelos princípios éticos e deontológicos do exercício profissional; - Demonstra autonomia e iniciativa na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clínica; - Colhe dados junto da família e seus membros, processo clínico e concebe um plano de cuidados personalizado para a família; - Identifica lacunas no conhecimento e realiza revisão sistemática da literatura – <i>Scoping</i> segundo JBI, que serve de suporte à sua intervenção; - Aplica os conhecimentos provenientes dessa evidência; - reúne periodicamente com a orientadora pedagógica e orientadora clínica para analisar o seu percurso.

- Reune periodicamente com a orientadora pedagógica e com a enfermeira orientadora de modo a analisar o seu percurso e as práticas desenvolvidas.

--

--

Objetivo Geral 2- Liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Objetivos específicos- - Colaborar na concepção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade (Competência comum do Enfermeiro Especialista: B1);

- Integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, que incluem reflexão sobre as responsabilidades sociais e éticas (Descritor de qualificação para grau de mestre);

- Criar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar aos diversos níveis de prevenção (Competências Específicas do EEECESF: 2.2.4).

Atividades	Recursos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Aborda as famílias com disponibilidade e criatividade para responder as necessidades da mesma;- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde família, junto da mesma e seus membros, de modo a conceber um plano de intervenção personalizado e adequado para a família e seus membros;- Utiliza instrumentos de avaliação familiar;- Solicita o histórico familiar e hereditário das famílias, assim como a estrutura familiar, a sintomatologia atual que podem afetar o estado de saúde da família;- Identifica fatores de risco (ambientais - domicílio, psicológicos, pessoais) que podem aumentar o medo de queda na família de pessoa idosa;- Integra informação adicional de interações familiares observadas, assim como linguagem verbal e não verbal;- Avalia a capacidade da família para se manter unida, capacidade de agilizar processos de mudança e apoiar os membros na sua interação com o meio ambiente;- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas;- Avalia a reciprocidade entre a família, os seus membros, a saúde e o meio ambiente;- Identifica lacunas do conhecimento na pessoa idosa com medo de queda e na família;	<p>Humanos: Equipa multiprofissional e de Enfermagem da USF; Enfermeira orientadora; Professora orientadora pedagógica;</p> <p>Utentes da USF.</p> <p>Materiais:</p> <p><u>Legislação:</u> Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Saúde Familiar; Descritores de Dublin para o Grau de Mestre.</p> <p>Processos clínicos dos clientes;</p> <p>Bases de dados científicas;</p> <p>Protocolos e normas da USF;</p> <p><u>Instrumentos de avaliação familiar:</u></p> <p>Processo de enfermagem segundo o MDAIF.</p> <p>Equipamentos:</p> <p>Computador;</p>	<ul style="list-style-type: none">- Colhe dados junto da família pertinentes para o estado de saúde da família, recorrendo a instrumentos de saúde familiar; e concebe um plano de cuidados personalizado para a família;- Avalia a capacidade da família se manter unida e tentar alterar os fatores de risco identificados;- Avalia a capacidade da família mudar comportamentos;- Demonstra autonomia e iniciativa na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clínica;- Recorre a sistemas de informação como Sclinico, para melhorar os dados e resultados de saúde família;- Demonstra competência na difusão do pensamento e análise crítica de enfermagem de saúde familiar, quando aborda estruturas institucionais para parceria no projeto.- Divulga conhecimento científico através da publicação de artigo científico revisto por pares sobre a revisão <i>scoping</i> realizada;- Realiza uma ação de formação para a equipa multidisciplinar para apresentar os resultados do PIESF;- Realiza relatório de Estágio;- Reúne periodicamente com a orientadora pedagógica e orientadora clínica para analisar o seu percurso.

<ul style="list-style-type: none">- Capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde;- Implementa e promover o PIESF junto da equipa multidisciplinar- Referencia as famílias para outros profissionais de saúde;- Discuti regularmente com a família o seu progresso, de modo a alcançar os seus objetivos, analisar com a família os desafios que a realização implica;- Reflete sobre as interações enfermeiro/ família e avaliação a sua efetividade tanto no processo familiar como nos resultados.- Documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente;- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção;-Divulga conhecimento vindo dos seus processos de investigação;-Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar;- Demonstra competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica de enfermagem de saúde familiar.	<p>Impressora; Telefone da USF; Carro para realizar visita domiciliária Institucionais: Junta de Freguesia do Sado; Junta de Freguesia de Alto da Guerra e Gâmbia, e Câmara Municipal de Setúbal. Físicos: Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida - USF.</p>	
---	---	--

Objetivo Geral 3- Capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio

Objetivos específicos- Desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de Enfermagem de saúde familiar, mediante processos de tomada de decisão de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, com respeito pelos direitos humanos e de acordo com a evidência científica (Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; D1; D2; Competências Específicas: 1.1; 1.4; 1.7);

- Implementar o PIESF com o objetivo de capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio (Competências específicas do EEECESF: 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.7; 1.8; 2.1; 2.2).

Atividades	Recursos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Seleciona as famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio para o projeto;- Estabelece uma relação com as famílias de pessoas idosas com medo de queda e seus membros para promover a saúde, a prevenção de doenças ou acidentes e controle de situações complexas;- Aborda as famílias com disponibilidade e criatividade para responder as necessidades da mesma;- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde família, junto da mesma e seus membros, de modo a conceber um plano de intervenção personalizado e adequado para a família e seus membros;- Utiliza instrumentos de avaliação familiar;- Solicita o histórico familiar e hereditário das famílias, assim como a estrutura familiar, a sintomatologia atual que podem afetar o estado de saúde da família;- Identifica fatores de risco (ambientais - domicílio, psicológicos, pessoais) que podem aumentar o medo de queda na família de pessoa idosa;- Integra informação adicional de interações familiares observadas, assim como linguagem verbal e não verbal;- Avalia a capacidade da família para se manter unida, capacidade de agilizar processos de mudança e apoiar os membros na sua interação com o meio ambiente;	<p>Humanos: Equipa multiprofissional e de Enfermagem da USF; Enfermeira orientadora; Professora orientadora pedagógica;</p> <p>Famílias de pessoa idosa com medo de queda da USF.</p> <p>Materiais:</p> <p><u>Legislação:</u> Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Saúde Familiar; Descritores de Dublin para o Grau de Mestre.</p> <p>Processos clínicos dos clientes;</p> <p>Bases de dados científicas;</p> <p>Protocolos e normas da USF;</p> <p><u>Instrumentos de avaliação familiar:</u></p> <p>Processo de enfermagem segundo o MDAIF- genograma, ecomapa, Escala</p>	<ul style="list-style-type: none">- Seleciona a amostra para a implementação do PIESF;- Estabelece uma relação com a família de pessoa idosa com medo de queda no domicílio;- Colhe dados junto da família pertinentes para o estado de saúde da família, recorrendo a instrumentos de saúde familiar; e concebe um plano de cuidados personalizado para a família;- Realiza visita domiciliária com concordância da família onde identifica quais os fatores de risco presentes no domicílio e apresenta-os à família de pessoa idosa com medo de queda;- Identifica lacunas no conhecimento e realiza ensino personalizado à família durante a consulta de enfermagem na USF, no domicílio ou telefonicamente;- Avalia a capacidade da família se manter unida e tentar alterar os fatores de risco identificados;- Avalia a capacidade da família mudar comportamentos, com recurso à observação e entrevista com família e pessoa idosa;- Monitoriza as respostas às diferentes condições de saúde e doença, com recurso aos instrumentos do PIESF e consulta de enfermagem de saúde familiar.- Avalia o PIESF recorrendo à aplicação inicial e final da FES - 17 itens à pessoa idosa com medo de queda no

<ul style="list-style-type: none"> - Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas; - Avalia a reciprocidade entre a família, os seus membros, a saúde e o meio ambiente; - Identifica lacunas do conhecimento na pessoa idosa com medo de queda e na família; - Capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde; - Realiza ensinamentos de modo a promover a adaptação do domicílio da pessoa idosa com medo de queda; - Referencia a família para outros profissionais de saúde; - Discute regularmente com a família o seu progresso, de modo a alcançar os seus objetivos, analisar com a família os desafios que a realização implica; - Reflete sobre as interações enfermeiro/ família e avaliação a sua efetividade tanto no processo familiar como nos resultados. - Documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente; - Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção; - Participa no desenvolvimento de políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família; - Avalia a eficácia do PIESF, recorrendo aos instrumentos do mesmo; - Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar; - Demonstra competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica de enfermagem de saúde familiar. 	<p>de Graffar, Escalas de Risco familiar; Apgar Familiar de Smilkstein. <u>Instrumentos do PIESE:</u> Escala de FES – 17 itens; Questionário sócio demográfico inicial da pessoa idosa com medo de queda do domicílio; Questionário Sócio demográfico Inicial de familiar de pessoa idosa com medo de queda no domicílio; Instrumento de avaliação de fatores de risco domiciliários; Questionário final à pessoa idosa com medo de queda no domicílio; Questionário final ao familiar de pessoa idosa com medo de queda no domicílio. Equipamentos: Computador; Impressora; Telefone da USF; Carro para realizar visita domiciliária Institucionais: Junta de Freguesia do Sado; Junta de Freguesia de Alto da Guerra e Gâmbia, e Câmara Municipal de Setúbal. Físicos: Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida – USF; Domicílio da pessoa idosa com medo de queda. Temporais: Ver cronograma (Apêndice).</p>	<p>domicílio: -População idosa com medo de queda (Inicial e final); População idosa que não realiza as suas atividades de vida por medo de queda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avalia a reciprocidade e efetividade das suas intervenções junto da família: taxa de adesão dos participantes; taxa de retenção dos participantes, População de familiares de pessoa idosa com preocupação pelo familiar com medo de queda (inicial e final); Satisfação das famílias com o projeto; Taxa de efetividade na prevenção do risco de queda; Taxa de prevalência de quedas; - Demonstra autonomia e iniciativa na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clínica; - Recorre a sistemas de informação como Sclinico, para melhorar os dados e resultados de saúde família; - Recorre a recolha e análise de dados de investigação com recurso a SPSS. - Demonstra competência na difusão do pensamento e análise crítica de enfermagem de saúde familiar, quando aborda estruturas institucionais para parceria no projeto. - Realiza uma ação de formação para a equipa multidisciplinar para apresentar os resultados do PIESF; - Realiza folhetos sobre os fatores de risco domiciliários para o risco de queda, “ - Realiza relatório de Estágio; - Reúne periodicamente com a orientadora pedagógica e orientadora clínica para analisar o seu percurso.
---	--	---



Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar

**Protocolo de Investigação para apreciação pela
Comissão de Ética para a Saúde da Administração
Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**

Ana Luísa da Silva Almeida

Lisboa, agosto 2023

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. REQUERIMENTO À COMISSÃO DE ÉTICA PARA APRECIÇÃO DO PROJETO	4
2. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO	5
2.1. Informações gerais do projeto de investigação:	5
2.2. Introdução.....	5
2.3. Objetivos.....	7
2.4. Metodologia	8
2.4.1. População, materiais e métodos.....	8
2.4.2. Fontes de informação e processo de recolha de dados:	9
2.4.3. Protocolo de intervenção:.....	11
2.4.4. Local exato onde realiza o estudo.....	13
2.4.5. Plano de análise estatística ou análise de conteúdo.....	13
2.5 Recursos/orçamento/protocolo financeiro e origem de eventuais financiamentos.....	13
2.6 Cronograma	13
2.7 Aspectos Éticos	14
2.8 Declaração de conflito de interesses.....	15
2.9 Declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores	15
2.10 Declaração a assinar por profissionais de saúde que referenciem participantes aos investigadores	15
2.11 Identificação do “Elo de ligação”	15
3. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR PRINCIPAL SOBRE A PROPRIEDADE DE DADOS, RESULTADOS DO ESTUDO, CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS CONFORME PRINCÍPIOS DA DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA, DA OMS E DA COMUNIDADE EUROPEIA, ASSIM COMO NO CUMPRIMENTO O REGULAMENTO GERAL DA PROTEÇÃO DE DADOS.....	16

4. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR PRINCIPAL PARA A ENTREGA DA CÓPIA DO RELATÓRIO FINAL DE INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO.	17
BIBLIOGRAFIA.....	18

APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário inicial da pessoa idosa com medo de queda no domicílio

Apêndice 2 - Questionário Inicial do familiar da pessoa idosa com medo de queda no domicílio

Apêndice 3 - Falls Efficacy Scale – International (FES- I 7 itens) Portugal-
FES-I 7 itens adaptada (Marques-Vieira, et al, 2021)

Apêndice 4 - Instrumento para avaliação dos fatores de risco de queda no domicílio

Apêndice 5 - Questionário final da pessoa idosa com medo de queda no domicílio

Apêndice 6 - Questionário final do familiar da pessoa idosa com medo de queda no domicílio

Apêndice 7 – Cronograma do projeto de investigação

Apêndice 8 – Consentimento informado

INTRODUÇÃO

No âmbito do I Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, na Unidade Curricular de Estágio com Relatório que irá decorrer de 25 de setembro de 2023 a 9 de fevereiro de 2024, é proposto a realização de um projeto de intervenção a ser desenvolvido na [REDACTED], do [REDACTED]. Para a sua implementação é realizado pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo para apreciação e elaboração de parecer para a realização do mesmo.

O título do estudo é “Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família”, cujo objetivo geral é “Capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio” e será orientado pela Sr.^a Professora Ana Paula Fernandes das Neves e pela Sra.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária [REDACTED].

Este protocolo encontra-se fundamentado pela seguinte documentação:

- Protocolo de investigação:
 - Projeto de investigação;
 - Questionários, Escalas para colheita de dados;
 - Modelo de Consentimento Informado;
 - Declaração de conflito de interesses
- Declaração de compromisso do investigador principal sobre a propriedade de dados, resultados do estudo e a garantir a confidencialidade dos dados conforme princípios da Declaração de Helsínquia, da OMS e da Comunidade Europeia, assim como a cumprir o Regulamento Geral da Proteção de Dados.
- Declaração de compromisso do investigador principal para a entrega da cópia do Relatório final de investigação à Comissão de para a Ssaúde da ARSLVT.

1. REQUERIMENTO À COMISSÃO DE ÉTICA PARA APRECIÇÃO DO PROJETO

Pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética para a Saúde da
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Exmo. Senhor

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde
da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Sr. Dr. António Manuel Núncio Faria Vaz

Eu, Ana Luísa da Silva Almeida, enfermeira a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a Vossa Ex^a., a sua apreciação e elaboração do respetivo parecer para a realização de um estudo de investigação na **USF Sado** que decorrerá no período de estágio de 25/09/2023 a 9/02/2024.

O tema definido para o estudo é “Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família”, cujo objetivo geral é “Capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio” e será orientado pela Sr.^a Professora Ana Paula Fernandes das Neves e pela Sra.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária **[REDACTED]**

Para o devido efeito, coloco em anexo toda a documentação referida nas instruções aos requerentes da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Com os melhores cumprimentos

[REDACTED]
Setúbal, 04 de agosto de 2023

Ana Luísa da Silva Almeida

2. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

2.1. Informações gerais do projeto de investigação:

Título do projeto: Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família.

Identificação completa do investigador responsável e entidade de origem: Ana Luísa da Silva Almeida.

Contato do investigador principal: analuisadasilva@campus.esel.pt

Entidade de origem: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientador pedagógico: Professora Ana Paula Fernandes das Neves

Orientador clínico: Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária [REDACTED]

Local onde realiza o estudo: [REDACTED]

Curriculum Vitae do investigador: Apêndice 1

2.2. Introdução

A população portuguesa atualmente é constituída por um quinto de pessoas idosas, ou seja, pessoas com 65 ou mais anos (DGS, 2006). Se no início do século XX, em 2001, existiam 101.6 idosos por cada 100 jovens, em 2022 existem por cada 100 jovens, 183.5 pessoas idosas (Portada, 2023). Ou seja, é imperativo desenvolver projetos que promovam o envelhecimento saudável da população.

O envelhecimento a um nível biológico implica alterações fisiológicas que podem proporcionar o aparecimento de variadas patologias, ou mesmo um declínio geral da capacidade física. Mas estas alterações não são lineares (World Health Organization [WHO], 2016). Os ambientes em que as pessoas idosas vivem influenciam a sua independência e autonomia de forma substancial, pois podem ser um recurso ou barreira para o desempenho das suas atividades (WHO, 2016).

Estima-se que anualmente ocorram 37,3 milhões de quedas suficientemente graves que levam as pessoas a recorrer aos serviços de saúde, e dessas 640.000 têm

consequências fatais (WHO, 2021). Este fenómeno é responsável pela perda anual de mais de 38 milhões de anos de vida ajustados à incapacidade, tendo um impacto superior em anos de vida com incapacidade, ao total combinado das lesões causadas por meios de transporte, afogamento, queimaduras e envenenamento (James et al., 2020; WHO, 2021).

O medo de cair é um aspeto importante na população idosa, pois pode desencadear dificuldades na realização de atividades de vida diária ou até mesmo a sua mitigação, aumento da ansiedade, com repercussão na diminuição ou ausência de atividades física, o que por si só aumenta o risco de queda (Cappleman & Thiamwong, 2020; Vitorino et al., 2017; Yang et al., 2023). Vitorino et al., (2017), concluíram ainda que os fatores de risco associados ao medo de cair foram, a maior incidência de quedas, a pessoa ser do sexo feminino, idade (maior idade, maior medo de cair, principalmente acima dos 70 anos), e fraca autoapreciação do estado de saúde. O sedentarismo, decréscimo na mobilidade, equilíbrio e viver sozinho ou com reduzida rede social, assim como a polimedicação também são fatores de risco para a prevalência do medo de cair na pessoa idosa (Lach, 2005). Segundo Huang (2005) a compreensão do processo de gerir o medo de queda, na perspetiva das pessoas idosas é um passo muito importante para os capacitar na prevenção de quedas. Partindo desta constatação, surgiu a questão de investigação deste projeto de investigação **“Quais as intervenções de Enfermagem de Saúde Familiar para a capacitação de famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio?”**. Para responder a esta questão, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, uma revisão *scoping*, segundo o Joanna Briggs Institute.

A nível familiar a queda implica custos diretos, relacionados com o pagamento dos tratamentos das lesões associadas, e custos indiretos provocados pela perda financeira da ausência do trabalho para cuidar do seu familiar, com o sofrimento psicológico, aumento do tempo gasto em cuidados à pessoa idosa, com conseqüente aumento da sobrecarga objetiva e subjetiva, resultando na diminuição da sua qualidade de vida (Davey et al, 2009; Vaishya & Vaish, 2020). A nível social a queda implica, para além dos custos associados aos anos de vida ajustados à incapacidade causados, custos económicos devido ao aumento do tempo de hospitalização e dos encargos associados aos recursos humanos, materiais e exames complementares de diagnóstico e terapêutica

em consequência do acréscimo de intervenções adicionais (Vaishya & Vaish, 2020; WHO, 2021).

Um estudo sobre a díade pessoa idosa/familiar cuidador tentou compreender como é percebido o medo de queda da pessoa idosa, pelo próprio e pelo familiar. Conclui-se que o ser cuidadoso e cauteloso é percebido por ambos, contudo de forma diferente. Para as pessoas idosas é percebido como sendo sobre proteção e para os familiares como protetor da sua segurança. Atendendo a estas perspetivas, os autores sugerem que sejam realizados estudos sobre intervenções de prevenção de quedas e medo de queda, centradas na família (Yang et al., 2023). Também Ang et al., (2019) referem que os familiares têm consciência do risco de queda, assim como disponibilidade para ajudar os seus familiares a prevenirem a ocorrência de queda no domicílio. Para estes, é importante os profissionais de saúde incluírem os familiares nas suas intervenções e valorizarem as suas preocupações relativamente ao medo de queda dos familiares no domicílio, pois a família desempenha um papel insubstituível na vida das pessoas idosas com medo de queda (Cappleman & Thiamwong, 2020).

O enfermeiro de família assume a prestação de cuidados à família nas diferentes fases do ciclo de vida ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, ou seja, identifica precocemente os determinantes de saúde, sejam fisiológicos, psicológicos, genéticos ou sociais, sendo ainda um elemento facilitador da autonomia da família na adaptação contínua nos processos de saúde/doença. Deste modo, fica explanado a importância da temática e o papel fundamental do enfermeiro de família para a capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio.

2.3. Objetivos

Este projeto apresenta como objetivo geral:

- Capacitar as famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio.

Como objetivos específicos definiu-se:

- Avaliar o medo de queda da pessoa idosa com recurso a escala FES – 17 itens;
- Identificar se a presença de medo de queda na pessoa idosa é um fator de stress para o familiar;

- Identificar os fatores de risco do domicílio para o medo de queda nas famílias de pessoas idosa;
- Elaborar diagnósticos de enfermagem de saúde familiar para famílias de pessoas idosas com medo de queda;
- Planejar intervenções de enfermagem de saúde familiar personalizadas para as famílias de pessoas idosas com medo de queda;
- Implementar intervenções de enfermagem de saúde familiar personalizadas para as famílias de pessoas idosas com medo de queda;
- Avaliar a eficácia das intervenções realizadas com recurso à escala de FES- I 7 itens no final do projeto.

2.4. Metodologia

2.4.1. População, materiais e métodos

Desenho do estudo: Estudo piloto tendo em conta um desenho de investigação quantitativo descritivo longitudinal.

População: Famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio, utentes da USF.

Amostra: A amostra será obtida por técnica de amostragem não probabilística, por conveniência (Fortin et al, 2006). Em que as pessoas com critérios pré-definidos são incluídas no projeto à medida que recorrem à USF. Tendo em conta a realização de um estudo piloto não efetuámos cálculos formais do tamanho da amostra. No entanto, considerando uma taxa de desistência de 25% e com base numa regra geral para estudos-piloto (Julious, 2005), pretendemos recrutar 16 participantes.

Critérios de inclusão: famílias que estejam inscritas na USF, que se dirijam à mesma durante o período de colheita de dados, que tenham uma pessoa idosa com medo de queda, FES- I 7 Itens superior a 15.

A identificação dos participantes (familiar e a pessoa idosa) é realizada pelo investigador principal em contexto de consulta de enfermagem, sendo que ambos devem estar presentes no momento da consulta. Durante este atendimento uma das questões colocadas é se a pessoa idosa apresentou queda no último ano e em caso afirmativo os

participantes são convidados a participar no projeto. São informados sobre os objetivos do mesmo e entregue, a cada um, o consentimento informado que inclui a aceitação de participação no projeto, assim como a realização de uma visita domiciliária à pessoa idosa, para avaliação do ambiente domiciliário e aplicação do processo de enfermagem de saúde familiar. A pessoa idosa e o familiar se aceitarem participar devem assinar o consentimento informado do projeto, de forma individual.

Critérios de exclusão: pessoas idosas totalmente dependentes confinadas ao leito.

Modalidade de recrutamento: A identificação dos participantes (familiar e a pessoa idosa) é realizada pelo investigador principal em contexto de consulta de enfermagem, não necessitando de referenciação de outros profissionais.

Listagem das variáveis em estudo:

- Nível de Instrução dos familiares de pessoa idosa;
- Nível de instrução da pessoa idosa;
- Medo de queda no domicílio;
- Idade;
- Sexo;
- Habitação com barreiras arquitetónicas;
- Habitação sem barreiras arquitetónicas;
- Recursos comunitários;
- Presença de queda no domicílio;
- Presença de preocupação, nos familiares de pessoa idosa, com queda no domicílio

2.4.2. Fontes de informação e processo de recolha de dados:

Este projeto terá como fonte de informação questionários elaborados pelo investigador principal, de acordo com a bibliografia científica, assim como escalas validas para a população portuguesa.

Os questionários elaborados pelo investigador, após aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, serão validados com um pré-teste, realizado a 2

participantes que se enquadrem nas características da amostra do estudo. Após este, serão realizadas as alterações aconselhadas e submetido o questionário reformulado aos participantes finais deste projeto.

Serão colhidos os dados sociodemográficos das pessoas idosas com medo de queda, e do seu familiar cuidador. Em ambas as situações, estes dados serão colhidos através de questionários por autopreenchimento ou com ajuda do investigador. Os instrumentos a aplicar serão:

- Questionário inicial da pessoa idosa com medo de queda (Apêndice 1). Questionário realizado com recurso a perguntas abertas e fechadas, que permitem identificar variáveis como: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, agregado familiar, antecedentes pessoais e história anterior de quedas.

- Questionário inicial do familiar da pessoa idosa com medo de queda (Apêndice 2). Questionário realizado com recurso a perguntas abertas e fechadas, que permitem identificar variáveis como: sexo, idade, habilitações literárias, agregado familiar, medo que o seu familiar caia, atitudes quando se ausenta do domicílio.

- FES- I 7 itens (Apêndice 3). A Escala FES – I 7 itens, foi validada para português por Marques-Vieira et al., (2021). Esta escala avalia 7 itens, que se referem a: vestir e despir a roupa; tomar banho ou duche; sentar ou levantar de uma cadeira; subir ou descer escadas; apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão; subir ou descer uma ladeira; frequentar um evento social. Estes itens são avaliados numa escala do tipo likert, com resposta entre 1 a 4 (*nem um pouco preocupado, um pouco preocupado, muito preocupado e extremamente preocupado*). A pontuação pode ser entre o 7 e os 28 pontos. Uma pontuação igual ou superior a 15 prediz medo de cair, na população idosa residente da comunidade (Marques- Vieira et al., 2021).

- Instrumento para avaliação dos fatores de risco de queda no domicílio, realizado pelo investigador (Apêndice 4). Este instrumento permite avaliar a existência de fatores de risco ambientais, assim como identificar se já foram realizadas intervenções para aumentar/ garantir a de segurança do domicílio.

- Questionário final da pessoa com medo de queda (Apêndice 5). Questionário realizado com recurso a perguntas abertas e fechadas, que permitem identificar variáveis como: história de quedas durante o projeto; avaliação do projeto.

- Questionário final do familiar de pessoa idosa com medo de queda (Apêndice 6).
Questionário realizado com recurso a perguntas abertas e fechadas, que permitem identificar variáveis como: história de quedas durante o projeto; Existência de medo de queda por parte do seu familiar; avaliação do projeto.

Os dados preliminares do programa serão colhidos em dois momentos distintos T0 e T1:

- T0 – A primeira avaliação será efetuada imediatamente antes da aplicação do programa de intervenção. Será realizada entre setembro e outubro 2023. Nesta avaliação serão aplicados os questionários sócio – demográfico da pessoa com medo de queda, e o do familiar com pessoa com medo de queda, assim como o FES-I 7 itens.
- T1 A segunda avaliação será efetuada imediatamente após o término do programa de intervenção, através da aplicação da FES -I 7 itens.

2.4.3. Protocolo de intervenção:

Todos os participantes do estudo serão submetidos a uma intervenção que consiste em três momentos.

1ª sessão-contacto presencial:

A 1ª sessão consiste na identificação dos conhecimentos dos participantes, referentes ao fenómeno da queda, e do medo de queda na população idosa. A sessão desenvolve-se em dois momentos:

Identificação de conhecimentos sobre:

- A queda na população idosa, a sua prevenção e medo de cair
- Mitos sobre a ocorrência de quedas na população idosa
- Fatores de risco para a ocorrência de queda

Educação para a saúde:

- Epidemiologia das quedas
- Consequências das quedas
- O desenvolvimento do medo de cair
- Consequências do medo de cair
- Fatores de risco e de proteção

- Ambiente domiciliário/ barreiras arquitetónicas
- Eliminação dos fatores de risco
- Parceiros na comunidade
- Entrega de folheto (Medo de queda: o que fazer se cair, como melhorar o ambiente domiciliário e como melhorar a qualidade de vida)

2ª sessão - Visita domiciliária (1 semana a 2 semanas depois do 1º contacto - de modo a manter a motivação inicial dos participantes e a adesão ao projeto):

A segunda sessão consiste na realização de uma visita domiciliária com o objetivo de reforçar os ensinamentos realizados na primeira sessão e avaliar a segurança do ambiente domiciliário.

Visita domiciliária:

- Reforçar principais ensinamentos focados na 1ª sessão
- Aplicação do instrumento de avaliação dos fatores de risco de queda no domicílio (realizada pelo Investigador);
- Alertar para os riscos identificados;
- Aconselhamento sobre as estratégias para eliminar ou diminuir a influência dos riscos identificados;
- Encaminhamento para outros profissionais de saúde, ou recursos da comunidade, em caso de necessidade.

3ª sessão - contacto telefónico (1 mês após a visita domiciliária)

A terceira sessão consiste num seguimento telefónico realizado aproximadamente 1 mês após a visita domiciliária, tendo como o objetivo esclarecer dúvidas e identificar se as estratégias delineadas para eliminar os riscos identificados foram implementadas e a sua eficácia.

Contacto telefónico:

- Esclarecimento de dúvidas;
- Identificar quais as estratégias de eliminação/diminuição do risco que foram implementadas;
- Avaliar a eficácia das estratégias.

Posteriormente, após terminar a intervenção, já não sendo parte do programa, peço para aplicar o questionário final à pessoa idosa com medo de queda; e ao familiar, assim como aplicação do FES – I 7 itens à pessoa idosa com medo de queda.

2.4.4. Local exato onde realiza o estudo

Na USF [REDACTED] (consulta de enfermagem, e domicílio dos participantes).

2.4.5. Plano de análise estatística ou análise de conteúdo

A amostra será caracterizada com recurso às medidas de estatística descritiva como a média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. As diferenças entre as pontuações obtidas nas avaliações iniciais e finais para FES-I serão avaliadas usando estatística inferencial. Especificamente, o teste *t* paramétrico de amostras emparelhadas bicaudais será utilizado se os pressupostos de normalidade forem cumpridos. Alternativamente, o teste não paramétrico Wilcoxon (signed-rank) será utilizado em caso de desvios de normalidade. A análise estatística será efetuada com recurso ao software SPSS.

2.5 Recursos/orçamento/protocolo financeiro e origem de eventuais financiamentos

A realização deste projeto não recorre a recursos humanos, exceto: a investigadora; a orientadora clínica e a orientadora pedagógica.

Recursos materiais envolvidos: computador, impressora, papel A4 branco, canetas; máquina trituradora de papel, entre outros.

A realização do estudo não acresce qualquer tipo de custos para o [REDACTED].

2.6 Cronograma

Relativamente ao cronograma (Apêndice 8) este instrumento foi redigido considerando as datas de início da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do Mestrado, a qual teve início a 25 de setembro 2023. O meu projeto foi enviado para a

Comissão de Ética da Saúde ARSLVT a 04 de agosto 23, estando a aguardar o parecer desta comissão.

2.7 Aspetos Éticos

Pretende-se na realização do projeto assegurar princípios gerais com o da “defesa da liberdade e dignidade humana” (Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 78º, n.º 1 in Deodato (2015)) e valores como o valor social, beneficência e justiça.

Não se identificam danos ou riscos provenientes da investigação (danos físicos, emocionais ou psicológicos), para os participantes quer aceitem ou recusem participar no projeto. Não haverá prejuízo para os participantes nos seus direitos assistenciais.

Este estudo garante o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados reunidos, os contatos serão realizados em ambiente de privacidade.

Todos os documentos serão identificados por código (*Questionário inicial para pessoa idosa com medo de cair no domicílio; Questionário inicial para familiar de pessoa idosa com medo de cair no domicílio; Consentimento Informado; Escala FES – I 7itens, adaptado de Marques- Vieira, et al (2021); Instrumento De Avaliação Dos Fatores De Risco De Queda No Domicílio; Questionário final da pessoa idosa com medo de cair no domicílio (realizado por contacto telefónico); Questionário final do familiar de pessoa idosa com medo de cair no domicílio (contacto telefónico)*), respeitando o princípio da minimização de dados e de modo a não ser possível identificar os participantes, e posteriormente serão guardados em formato papel em armário fechado, na USF, de modo a garantir a segurança, evitando o acesso a pessoas não autorizadas, ou a sua perda ou destruição. A chave do armário fica com o Investigador Principal. Estes dados, posteriormente serão transferidos para o programa SPSS, também codificados, em computador portátil protegido por palavra-passe, que apenas o investigador principal tem acesso, sendo também ele o responsável pelo tratamento de dados.

Todos os dados colhidos neste projeto, atendendo à transparência científica, serão guardados durante o prazo de 3 anos após o término do projeto. Após este período, o investigador principal será responsável pela sua destruição com recurso a uma máquina destruidora de papel.

Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a criar, será incluído qualquer tipo de informação que possa levar à identificação dos participantes.

Prevê-se que a divulgação dos resultados seja realizada com a redação do Relatório De Estágio do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Pretende-se ainda realizar a apresentação dos resultados do projeto na USF; num evento científico e/ou através da publicação numa revista científica.

A participação no estudo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se o participante decidir poderá deixar de participar a qualquer momento sem represálias. É realizado documento de consentimento informado, composto de 4 páginas e feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente (Apêndice 9).

2.8 Declaração de conflito de interesses

Declara-se que não existe qualquer situação de conflitos de interesses nem incompatibilidades relativamente ao protocolo acima identificado.

2.9 Declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores

Não serão necessários, ou requisitados outros investigadores neste estudo: Não aplicável.

2.10 Declaração a assinar por profissionais de saúde que referenciem participantes aos investigadores

Não serão necessários, ou requisitados outros investigadores neste estudo- Não aplicável.

2.11 Identificação do “Elo de ligação”

A investigação não irá recorrer de nenhum profissional exterior à instituição. Não aplicável.

3. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR PRINCIPAL SOBRE A PROPRIEDADE DE DADOS, RESULTADOS DO ESTUDO, CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS CONFORME PRINCÍPIOS DA DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA, DA OMS E DA COMUNIDADE EUROPEIA, ASSIM COMO NO CUMPRIMENTO O REGULAMENTO GERAL DA PROTEÇÃO DE DADOS.

Eu, Ana Luísa da Silva Almeida, mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, investigadora do projeto “Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família”, no ACES Arrábida, na USF Sado, declaro por minha honra, que os dados obtidos neste estudo são confidenciais e usados apenas para a realização do mesmo, garantindo a observância dos princípios da Declaração de Helsínquia, da OMS e da Comunidade Europeia. Declaro ainda que me comprometo a cumprir o Regulamento Geral da Proteção de Dados.

Setúbal, 04 de agosto de 2023

Ana Luísa da Silva Almeida

4. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR PRINCIPAL PARA A ENTREGA DA CÓPIA DO RELATÓRIO FINAL DE INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO.

Eu, Ana Luísa da Silva Almeida, mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, investigadora do projeto “Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio: Intervenção do enfermeiro de família”, no ACES Arrábida, na USF Sado, declaro por minha honra, após o término do presente estudo, enviar uma cópia do Relatório final à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Setúbal, 04 de agosto de 2023

Ana Luísa da Silva Almeida

BIBLIOGRAFIA

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2021). *Normas de submissão de protocolos de investigação para apreciação por comissões de ética da Região de Lisboa e Vale do Tejo*. [https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2021/08/Normas de submiss o de protocolos de investiga o vers o jan 2021.pdf](https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2021/08/Normas_de_submissao_de_protocolos_de_investigacao_vers_o_jan_2021.pdf)

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (sd). *Lista de Verificação de Dossier de Submissão*. <https://www.arslvt.min-saude.pt/comissao-de-etica-para-a-saude/seccao-de-investigacao/#content>

American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.

Ang, S. G. M., O'Brien, A. P., & Wilson, A. (2019). Understanding carers' fall concern and their management of fall risk among older people at home. *BMC Geriatrics*, 19(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1162-7>

Cappleman, A. S., & Thiamwong, L. (2020). Fear of Falling Assessment and Interventions in Community-Dwelling Older Adults: A Mixed Methods Case-Series. *Clinical Gerontologist*, 43(4), 471–482. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1701169>

Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (sd). *Instrução de Processo à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT*. [https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2021/08/Instru es aos Requerentes.pdf](https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2021/08/Instrucoes_aos_Querentes.pdf)

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2001). *Declaração de Helsínquia modificada em Edimburgo* (Outº 2000). https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34-cneqv-2001?download_document=3028&token=4f6424a9cb320105db9919e0e94acb57

Davey C., Wiles Rose, Ashburn Ann, & Murphy Caroline. (2009). Falling in Parkinson's disease: the impact on informal caregivers. *Disability and Rehabilitation*, 26(23), 1360–1366.

Despacho n.º 9390/2021. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, 2ªSérie,

em: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Deodato, S. (Coord.) (2015). *Deontologia profissional do enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros

Direção Geral da Saúde (2006) *Plano nacional para a saúde das pessoas Idosas*. Disponível em: <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2017/04/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>

Fortin M. F., Côté J., & Fillion. F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Huang, T.-T. (2005). Managing fear of falling: Taiwanese elders' perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 743–750. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.10.010>

James, S. L., Lucchesi, L. R., Bisignano, C., Castle, C. D., Dingels, Z. v, Fox, J. T., Hamilton, E. B., Henry, N. J., Krohn, K. J., Liu, Z., McCracken, D., Nixon, M. R., Roberts, N. L. S., Sylte, D. O., Adsuar, J. C., Arora, A., Briggs, A. M., Collado-Mateo, D., Cooper, C., ... Murray, C. J. L. (2020). The global burden of falls: global, regional and national estimates of morbidity and mortality from the Global Burden of Disease Study 2017. *Injury Prevention: Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 26(Supp 1), i3–i11. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043286>

Julious, S. A. (2005). Sample Size of 12 Per Group Rule of Thumb for a Pilot Study. *Pharmaceutical Statistics*, 4(4), 287-91. <https://doi.org/10.1002/pst.185>

Lach, H. W. (2005). Incidence and Risk Factors for Developing Fear of Falling in Older Adults. *Public Health Nursing*, 22(1), 45–52. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.22107.x>

Marques-Vieira, C. M. A., de Sousa, L. M. M., Baixinho, C. R. S. L., dos Reis, M. G. M., Pérez-Rivas, F. J., & de Sousa, L. M. R. (2021). Validation of the international 7-item falls efficacy scale in portuguese community-dwelling older adults. *Texto e Contexto Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0243>

Ministério Público Portugal. Procuradoria-Geral da República (1997). *Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina*.

https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convenc_ao_protecao_dh_biomedicina.pdf

Pordata (2023). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. Disponível em:

<https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>

Vaishya, R., & Vaish, A. (2020). Falls in Older Adults are Serious. *Indian Journal of Orthopaedics*, 54(1), 69–74. <https://doi.org/10.1007/s43465-019-00037-x>

Vitorino, L. M., Teixeira, C. A. B., Boas, E. L. V., Pereira, R. L., Santos, N. O. dos, & Rozendo, C. A. (2017). Fear of falling in older adults living at home: associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016223703215>

World Health Organization (2016). *Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252671/A69_17-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2021). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

Yang, R., Jensen, F. B., Edelman, L. S., Cloyes, K. G., Donaldson, G. W., Sanders, N. A., & Pepper, G. A. (2023). “Being careful”: How much caution is enough? The relational context of fear of older adult falling in older adult-family caregiver dyads. *Geriatric Nursing*, 51, 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.03.001>

APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário inicial da pessoa idosa com medo de queda no domicílio

**PROJETO: CAPACITAÇÃO DAS FAMÍLIAS DE PESSOAS IDOSAS COM MEDO DE CAIR
- INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.**

É-lhe solicitado que participe neste estudo com o objetivo de o conhecer, assim como, perceber a sua preocupação com o medo de queda. A sua participação contribuiu ainda para um maior conhecimento sobre a ocorrência de quedas, a existência de medo de cair e como estes influenciam a sua família.

Antes de responder por favor leia as seguintes indicações:

- A sua participação no estudo é voluntária, sem compensação monetária ou outra;
- Este estudo garante o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados reunidos.

Caso tenha dúvidas, estarei disponível para ajudar, A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, muito obrigado pela sua colaboração.

Ana Luísa Almeida

Questionário inicial para pessoa idosa com medo de cair no domicílio

Código participante: FES - I, 7 Itens

Idade: ___Anos

Sexo: Masculino Feminino

Contexto familiar: Casado/a
 União de facto
 Solteiro/a
 Viúvo

Número de elementos do agregado familiar: _____

Habilitações literárias: 1.º ciclo do ensino básico (antiga 4.ª classe)
 2.º ciclo do ensino básico (antiga 6.ª classe)
 3.º ciclo do ensino básico (7.º a 9.º Ano)
 Ensino Secundário
 Curso Profissionalizante
 Curso Superior
 Outro: Especifique por favor: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS DE SAÚDE	SIM	NÃO
Toma medicação diariamente		
Têm a visão comprometida		
Têm a audição comprometida		
Apresenta dor na deambulação		
Deambula com produtos de apoio da marcha		

No último ano, teve quantas quedas: 1 queda
 2 quedas ou mais

Está preocupado em cair? Sim, muito preocupado
 Sim, preocupado
 Moderadamente preocupado
 Pouco preocupado
 Nada preocupado

Já teve acesso a conhecimentos sobre intervenções sobre o medo de queda? Como a avaliação de risco de queda, avaliação da segurança do domicílio, mudanças positivas no estilo de vida?

Sim Não

Gostava de ter mais informação sobre a prevenção de quedas e o medo de cair, e de participar no projeto?

Sim
 Não

Muito obrigado pelo seu tempo dispensado.

Apêndice 2 - Questionário Inicial do familiar da pessoa idosa com medo de queda no domicílio

PROJETO: CAPACITAÇÃO DAS FAMÍLIAS DE PESSOAS IDOSAS COM MEDO DE CAIR - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.

É-lhe solicitado que participe neste estudo com o objetivo de conhecer a caracterização sociodemográfica dos familiares de pessoas idosas com medo de queda, assim como, conhecer se esta situação lhe provoca preocupação. A sua participação contribuiu ainda para um maior conhecimento sobre a ocorrência de quedas, a existência de medo de cair e como estes influenciam a sua família.

Antes de responder por favor leia as seguintes orientações:

- A sua participação no estudo é voluntária, anónima, sem compensação monetária ou outra;

- Este estudo garante o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados reunidos.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, muito obrigado pela sua colaboração.

Ana Luísa Almeida

Questionário inicial para familiar de pessoa idosa com medo de cair no domicílio

Código participante:

Idade: ___Anos

Sexo: Masculino Feminino

Grau de parentesco com a pessoa adulta com risco de queda Esposa/Marido
 Filho(a)
 Outro:

Contexto familiar: Casado/a
 União de facto
 Solteiro/a
 Viúvo

- Habilitações literárias:
- 1.º ciclo do ensino básico (antiga 4.ª classe)
 - 2.º ciclo do ensino básico (antiga 6.ª classe)
 - 3.º ciclo do ensino básico (7.º a 9.º Ano)
 - Ensino secundário
 - Curso profissionalizante
 - Curso superior
 - Outro: Especifique por favor: _____

- Teve alguma queda nos últimos 12 meses? Sim, mais do que uma vez
 Sim, uma vez
 Não, mas caí no passado
 Não, nunca caí
 Não me lembro, mas alguém próximo de mim caiu

- Está preocupado em que o seu familiar caia? Sim, muito preocupado
 Sim, preocupado
 Pouco preocupado
 Não estou preocupado
 Não sei

Se, na pergunta anterior respondeu que sim, como reduz a sua preocupação, quando se ausenta?

- Contacta o seu familiar
- Pede a um vizinho ou outro familiar para ir visitar o seu familiar
- Faz ambos, os dois anteriores
- Não faço nada
- Não tenho vizinhos nem familiares próximos, senão pedir-lhes-ia.

Gostava de ter mais informação sobre o medo de queda e de participar no projeto?

- Sim
- Não

Muito obrigado pelo seu tempo dispensado.

Apêndice 3 - Falls Efficacy Scale – International (FES- I 7 itens) Portugal-
FES-I 7 itens adaptada (Marques-Vieira, et al, 2021)

Escala FES – I 7itens, adaptado de Marques-Vieira, et al (2021)

Caro utente, gostaria de lhe realizar algumas questões sobre a sua preocupação a respeito da possibilidade de queda. Tenha em conta como se sente quando realiza determinada atividade, ou quando não é você, responda como se sentiria em relação ao medo de queda, se o fizesse. Por favor, marque uma cruz na escala de preocupação com a possibilidade de queda que mais se aproxima com a sua opinião.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Atividades	Nem um pouco preocupado	Um pouco preocupado	Muito preocupado	Extremamente preocupado
Vestir e despir a roupa				
Tomar banho ou duche				
Sentar ou levantar de uma cadeira				
Subir ou descer escadas				
Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão				
Subir ou descer uma ladeira				
Frequentar um evento social (ex.: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)				
Resultado				

Apêndice 4 - Instrumento para avaliação dos fatores de risco de queda no domicílio

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE QUEDA NO DOMICÍLIO

AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO DOMICÍLIO	SIM	NAO	SEM INTERVENÇÃO DE SEGURANÇA	COM INTERVENÇÃO DE SEGURANÇA
Características gerais do domicílio				
Presença de animal de estimação que deambula livremente pela casa				
Presença de barreiras arquitetónicas (escadas, rampas, degraus)				
Iluminação é adequada na casa				
O exterior da casa encontra-se limpo e desobstruído				
Presença de tapetes presos ao soalho				
Piso da casa antiderrapante				
Quarto				
O caminho entre o quarto e a casa de banho é livre de obstáculos e adequadamente iluminado				
Consegue aceder facilmente à luz quando está na sua cama				
Casa de banho				
Barras de apoio no duche/ banheira e sanitário				

Piso antiderrapante ou tapete no fundo da banheira/poliban				
A altura da sanita é suficientemente elevada para a pessoa se sentar e levantar sozinha?				
Considerou adquirir um alteador para a sanita?				
Escadas				
Presença de bordos de degraus identificados e com antiderrapante				
Existem corrimãos de ambos os lados da escada?				
Cozinha				
Consegue utilizar a sua cozinha sem necessidade de subir, ou inclinar o corpo para aceder à despensa ou outro				
Segurança Geral				
Utiliza calçado confortável, fechado e com sola antiderrapante?				
Se necessita de um objeto que se encontra numa prateleira elevada utiliza escadote ou cadeira/banco?				
Existem brinquedos espalhados pelo chão				
Existem cabos de eletrodomésticos				
Têm telemóvel/ telefone, sabe como o utilizar?				

Apêndice 5 – Questionário final da pessoa idosa com medo de queda no domicílio

Questionário final da pessoa idosa com medo de cair no domicílio (realizado por contacto telefónico)

Código participante: FES- 17 Itens (Final)

Durante a frequência deste projeto teve alguma queda: Nenhuma
 1 queda
 2 quedas
 Mais que duas

Em caso de ter tido alguma queda, onde ocorreu? Domicílio
 Exterior da casa
 Rua

A participação neste projeto ajudou-o a saber lidar com o seu medo de queda?

Sim
 Não

Encontra-se satisfeito com a sua participação neste projeto: Muito satisfeito
 Satisfeito
 Nem satisfeito nem insatisfeito
 Pouco satisfeito
 Insatisfeito

Quais foram as dificuldades que encontrou na frequência deste projeto:

Disponibilidade do enfermeiro
 Quantidade de informação transmitida
 Outras: _____

Quais foram os aspetos positivos que encontrou a realizar este projeto:

Disponibilidade do enfermeiro
 Quantidade de informação transmitida
 Outras: _____

Muito obrigado pela sua colaboração.

Apêndice 6- Questionário final do familiar da pessoa idosa com medo de queda no domicílio

Questionário final do familiar de pessoa idosa com medo de cair no domicílio
(contacto telefónico)

Código participante:

Teve alguma queda durante o projeto? Sim, mais do que uma vez
 Sim, uma vez
 Não, mas caí no passado
 Não, nunca caí
 Não me lembro, mas alguém próximo de mim caiu

Está preocupado em que o seu familiar caia? Sim, muito preocupado
 Sim, preocupado
 Pouco preocupado
 Não estou preocupado
 Não sei

A participação neste projeto ajudou-o a saber lidar com o medo de queda do seu familiar?

Sim
 Não

Encontra-se satisfeito com a sua participação neste projeto: Muito satisfeito
 Satisfeito
 Nem satisfeito/nem insatisfeito
 Pouco satisfeito
 Insatisfeito

Quais foram as dificuldades que encontrou na frequência deste projeto:

Disponibilidade do enfermeiro
 Quantidade de informação transmitida
 Outras: _____

Quais foram os aspetos positivos que encontrou a realizar este projeto:

Disponibilidade do enfermeiro
 Quantidade de informação transmitida
 Outras: _____

Muito obrigado pela sua colaboração.

Apêndice 7 - Cronograma do projeto de Intervenção

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

De acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que alguma informação está incorreta ou não está clara, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

TÍTULO DO ESTUDO: “Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio – intervenção do enfermeiro de família”.

ENQUADRAMENTO: Este projeto surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, realizado na USF [REDACTED]. É realizado pela Enfermeira mestranda Ana Luísa da Silva Almeida, sendo esta a investigadora principal, sob a orientação do Sr.ª Professora Ana Paula Fernandes das Neves e do Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária [REDACTED].

EXPLICITAÇÃO DO ESTUDO: A realização deste estudo tem como finalidade capacitar as famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio, ou seja, contribuir para um maior conhecimento na promoção da autonomia e na prevenção de quedas no domicílio em famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio. Com este conhecimento é possível melhorar a capacidade de vigilância de saúde e segurança do utente, assim como da família e comunidade.

Para a realização deste estudo, é necessário a recolha de dados através:

- Escala Falls Efficacy Scale – International (FES- I 7 itens), esta escala permite avaliar a preocupação da pessoa idosa a respeito da possibilidade de queda, quando realiza determinada atividade de vida diária;
- Questionário inicial da pessoa idosa com medo de queda no domicílio, pretende-se obter uma caracterização sócio- demográfica e ainda obter informação sobre fatores de risco para o medo de queda, como presença de queda anterior e antecedentes pessoais de saúde;
- Questionário inicial do familiar de pessoa idosa com medo de queda no domicílio, este documento permite avaliar a preocupação do familiar de pessoa idosa relativamente ao

medo de queda e que estratégias utiliza para reduzir essa preocupação, assim como, se existiu alguma queda anteriormente.

- Instrumento de avaliação dos fatores de risco de queda no domicílio, aplicado numa visita domiciliária. Este instrumento permite avaliação de fatores de risco ambientais e arquitetónicos do domicílio, assim como constatar a presença de medidas de segurança já implementadas;

- Questionário final da pessoa idosa com medo de queda no domicílio, este instrumento permite compreender a existência de queda durante o projeto e onde, assim como realizar uma avaliação da satisfação do utente com o projeto;

- Questionário final do familiar da pessoa idosa com medo de queda no domicílio, que permite compreender se a preocupação com a queda do familiar no domicílio reduziu ou se manteve e ainda avalia a satisfação do familiar com a participação no projeto.

Pretende-se realizar pelos menos três contatos entre o investigador e a família no período entre novembro e janeiro 2023 (o primeiro para diagnóstico de situação, o segundo para realizar uma visita domiciliária e desenvolver intervenções de enfermagem de saúde familiar direcionadas para as necessidades percecionadas e o último, telefónico, com o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções realizadas.

Ao participar no projeto, os participantes terão como benefício melhorar o seu conhecimento/vigilância sobre o medo de queda assim como na prevenção de quedas no domicílio contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Não se identificam riscos para o participante quer aceite ou recuse participar no projeto na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Uma cópia do Consentimento Informado será entregue à pessoa que consente e a outra será arquivada no processo deste estudo.

CONDIÇÕES: A sua participação neste estudo é voluntária, anónima e pode recusar participar sem qualquer prejuízo nos seus direitos assistenciais. Se decidir participar poderá sempre abandonar o estudo a qualquer momento.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Como resultado do estudo a sua participação pode contribuir para o aumento da qualidade dos cuidados prestados pela USF. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema ao participar neste estudo.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos, através da atribuição de um código a cada participante. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicações de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e a confidencialidade.

Nota: Este documento é composto de 4 páginas e feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Agradeço a sua participação

Enfermeira Ana Luísa da Silva Almeida

Endereço eletrónico: analuisadasilva@campus.esel.pt

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela enfermeira que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de prejuízo em relação aos meus direitos assistenciais.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço e que não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados, confiando em que apenas serão utilizados os dados para esta investigação e nas garantias da confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Como resultado do estudo posso contribuir, através da minha participação, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela USF. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema para mim ao participar neste estudo.

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Data: __/__/__

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
NOME: _____
BI/CD Nº _____ DATA OU VALIDADE: __/__/____
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____
ASSINATURA: _____

Bibliografia:

¹<https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34-cneqv->

2001?download_document=3028&token=4f6424a9cb320105db9919e0e94acb57

²https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_pr_otecao_dh_biomedicina.pdf

APÊNDICE VII - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em
investigação

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

De acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que alguma informação está incorreta ou não está clara, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

TÍTULO DO ESTUDO: “Capacitação das famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio – intervenção do enfermeiro de família”.

ENQUADRAMENTO: Este projeto surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, realizado na USF [REDACTED]. É realizado pela Enfermeira mestranda Ana Luísa da Silva Almeida, sendo esta a investigadora principal, sob a orientação do Sr.ª Professora Ana Paula Fernandes das Neves e do Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária [REDACTED].

EXPLICITAÇÃO DO ESTUDO: A realização deste estudo tem como finalidade capacitar as famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio, ou seja, contribuir para um maior conhecimento na promoção da autonomia e na prevenção de quedas no domicílio em famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio. Com este conhecimento é possível melhorar a capacidade de vigilância de saúde e segurança do utente, assim como da família e comunidade.

Para a realização deste estudo, é necessário a recolha de dados através:

- Escala Falls Efficacy Scale – International (FES- I 7 itens), esta escala permite avaliar a preocupação da pessoa idosa a respeito da possibilidade de queda, quando realiza determinada atividade de vida diária;
- Questionário inicial da pessoa idosa com medo de queda no domicílio, pretende-se obter uma caracterização sócio- demográfica e ainda obter informação sobre fatores de risco para o medo de queda, como presença de queda anterior e antecedentes pessoais de saúde;
- Questionário inicial do familiar de pessoa idosa com medo de queda no domicílio, este documento permite avaliar a preocupação do familiar de pessoa idosa relativamente ao medo

de queda e que estratégias utiliza para reduzir essa preocupação, assim como, se existiu alguma queda anteriormente.

- Instrumento de avaliação dos fatores de risco de queda no domicílio, aplicado numa visita domiciliária. Este instrumento permite avaliação de fatores de risco ambientais e arquitetônicos do domicílio, assim como constatar a presença de medidas de segurança já implementadas;

- Questionário final da pessoa idosa com medo de queda no domicílio, este instrumento permite compreender a existência de queda durante o projeto e onde, assim como realizar uma avaliação da satisfação do utente com o projeto;

- Questionário final do familiar da pessoa idosa com medo de queda no domicílio, que permite compreender se a preocupação com a queda do familiar no domicílio reduziu ou se manteve e ainda avalia a satisfação do familiar com a participação no projeto.

Pretende-se realizar pelos menos três contatos entre o investigador e a família no período entre novembro e janeiro 2023 (o primeiro para diagnóstico de situação, o segundo para realizar uma visita domiciliária e desenvolver intervenções de enfermagem de saúde familiar direcionadas para as necessidades percecionadas e o último, telefónico, com o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções realizadas.

Ao participar no projeto, os participantes terão como benefício melhorar o seu conhecimento/vigilância sobre o medo de queda assim como na prevenção de quedas no domicílio contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Não se identificam riscos para o participante quer aceite ou recuse participar no projeto na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Uma cópia do Consentimento Informado será entregue à pessoa que consente e a outra será arquivada no processo deste estudo.

CONDIÇÕES: A sua participação neste estudo é voluntária, anónima e pode recusar participar sem qualquer prejuízo nos seus direitos assistenciais. Se decidir participar poderá sempre abandonar o estudo a qualquer momento.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Como resultado do estudo a sua participação pode contribuir para o aumento da qualidade dos cuidados prestados pela USF. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema ao participar neste estudo.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos, através da atribuição de um código a cada participante. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicações de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e a confidencialidade.

Nota: Este documento é composto de 4 páginas e feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Agradeço a sua participação

Enfermeira Ana Luísa da Silva Almeida

Endereço eletrónico: analuisadasilva@campus.esel.pt

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela enfermeira que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de prejuízo em relação aos meus direitos assistenciais.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço e que não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados, confiando em que apenas serão utilizados os dados para esta investigação e nas garantias da confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Como resultado do estudo posso contribuir, através da minha participação, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela USF. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema para mim ao participar neste estudo.

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Data: __/__/__

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE</p> <p>NOME: _____</p> <p>BI/CD Nº _____ DATA OU VALIDADE: __/__/____</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____</p> <p>ASSINATURA: _____</p>
--

Bibliografia:

¹[https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34-cneqv-](https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34-cneqv-2001?download_document=3028&token=4f6424a9cb320105db9919e0e94acb57)

[2001?download_document=3028&token=4f6424a9cb320105db9919e0e94acb57](https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34-cneqv-2001?download_document=3028&token=4f6424a9cb320105db9919e0e94acb57)

²https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_pr_otecao_dh_biomedicina.pdf

APÊNDICE XVI - Planos de ação do PIESF com avaliação

Objetivo geral 1: 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		
Objetivos específicos: Aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão, e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares; <ul style="list-style-type: none"> - Integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, que incluem reflexão sobre as responsabilidades sociais e éticas. 		
Unidades de competência: Descritor de qualificação para grau de mestre; comuns do Enfermeiro Especialista: B1; B2; B3; C1; D1; D2, específicas de EEECSF: 1.4; 1.5; 2.2		
Atividades	Recursos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar conhecimento e capacidade de compreensão sustentada em investigação; - Aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares; - Integrar conhecimentos em situações complexas; - Refletir sobre juízos, responsabilidades éticas e sociais relacionadas com o seu desempenho profissional; - Adotar uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente; - Integrar informação adicional de interações familiares observadas, assim como linguagem verbal e não verbal; - Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas; - Refletir sobre as interações enfermeiro/ família e avaliação a sua efetividade tanto no processo familiar como nos resultados. - Documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente; - Participar no desenvolvimento da literacia em saúde, relacionadas com a saúde e direitos da família; - Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar; - Comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios, a diferentes tipos de públicos de forma clara e sem ambiguidades; 	<p>Humanos: Equipa multiprofissional e de Enfermagem da USF; Enfermeira orientadora; Professora orientadora pedagógica;</p> <p>Famílias da USF</p> <p>Materiais:</p> <p><u>Legislação:</u> Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Saúde Familiar; Descritores de Dublin para o Grau de Mestre.</p> <p>Processos clínicos dos clientes;</p> <p>Bases de dados científicas;</p> <p>Protocolos e normas da USF;</p> <p><u>Instrumentos de avaliação familiar:</u> Processo de enfermagem segundo o MDAIF e S Clínico</p> <p>Equipamentos : Computador Próprio e da USF ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve capacidade de compreensão sustentada em investigação; - Realiza uma revisão <i>scoping</i> de modo a compreender quais as intervenções de enfermagem de saúde familiar na capacitação de familiares e pessoas idosas na prevenção de queda no domicílio; - Aplica os seus conhecimentos em contextos alargados (visitas domiciliárias do PIESF, contexto de consulta); - Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares, como ocorreu após uma vacinação de uma criança de 10 anos, que apresentou uma síncope, situação nunca vivenciada anteriormente; assim como uma utente idosa na sala de espera com lipotímia com perda de conhecimento, que se encontrava sentada, foi mobilizada para o chão, e depois transferida para cadeira de rodas e posteriormente foi para sala de tratamentos onde foi observada pela Médica, tendo sido realizada uma verificação de sinais vitais e glicémia capilar. - Reflete sobre juízos e responsabilidades éticas e sociais relacionadas com o seu desempenho, como ocorreu quando uma adolescente queria iniciar a toma de pílula anticoncepcional, mas sem conhecimento da mãe, foi procurada ajuda junto da enfermeira orientadora, e

	<p>Impressora; Telefone da USF; Físicos: Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida - USF; Temporais: Ver cronograma (Apêndice).</p>	<p>posteriormente realizada leitura de normas de atuação da DGS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença em situações complexas; - Adota uma conduta antecipatório, questionando sempre as famílias ou indivíduos que recorrem à USF se têm dúvidas ou necessitam de alguma coisa, exemplo: um utente que apenas se dirigiu à USF para administração de vacina Covid, mas no final referiu ter DM II, e que não tinha máquina, quando saiu da USF, saiu com marcação de nova consulta de enfermagem, folheto para registo de valores de glicemia capilar, assim como ensinamentos de utilização de máquina e lancetas e avaliação. Também ocorreu durante a administração de vacina Covid/Gripe, um doente aparentar estar muito triste, com choro fácil, na entrevista descreve sinais e sintomas de depressão com ideação, foi referenciado à médica de família. - Reflete sobre as interações entre o EEESF e a família, e avalia a sua efetividade no processo familiar e nos resultados, esta presente no estudo de caso realizado; - Documenta o processo de cuidados de forma sistemática, integrando a família e diversos constituintes da mesma, personalizando sempre que possível os registos. - Participa no desenvolvimento da literacia para a saúde da família e direitos da mesma, com a realização dos panfletos do PIESF; - Utiliza os sistemas de informação e tecnologias disponíveis, para melhorar os resultados em saúde familiar; - Comunica as conclusões da sua investigação: apresentação de Comunicação Livre no Congresso Internacional de Enfermagem de saúde familiar.
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">- Artigo científico <i>Scoping Review</i>, apresentado no apêndice I- Realiza relatório de Estágio;- Reúne periodicamente com a orientadora pedagógica e orientadora clínica para analisar o seu percurso.
--	--	--

Objetivo geral 2- Liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.		
Objetivos específicos: Colaborar na concepção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade; - Criar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar aos diversos níveis de prevenção.		
Unidades de competência: Descritor de qualificação para grau de mestre; comuns do Enfermeiro Especialista: B1; B2; B3; C1; D1; D2, específicas de EEECSF: 1.4; 1.5; 2.2-		
Atividades	Recursos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar na concepção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade; - Mobilizar conhecimentos e habilidades, tendo em conta a evidência clínica, garantindo a melhoria contínua da Qualidade; - Orienta projetos na área da melhoria da qualidade; - Considerar a gestão do meio ambiente centrado na pessoa, como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de acidentes; - Atuar proactivamente na promoção de bem-estar e gestão de risco. - Aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares; -Integrar conhecimentos em situações complexas; - Refletir sobre juízos, responsabilidades éticas e sociais relacionadas com o seu desempenho profissional; - Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas; - Refletir sobre as interações enfermeiro/ família e avaliação a sua efetividade tanto no processo familiar como nos resultados. - Documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente; - Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar; - Comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios, a diferentes tipos de públicos de forma clara e sem ambiguidades; 	<p>Humanos: Equipa multiprofissional e de Enfermagem da USF; Enfermeira orientadora; Professora orientadora pedagógica;</p> <p>Famílias da USF</p> <p>Materiais:</p> <p><u>Legislação</u>: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Saúde Familiar; Descritores de Dublin para o Grau de Mestre.</p> <p>Processos clínicos dos clientes;</p> <p>Bases de dados científicas;</p> <p>Protocolos e normas da USF;</p> <p><u>Instrumentos de avaliação familiar</u>:</p> <p>Processo de enfermagem segundo o MDAIF e S Clínico</p> <p>Equipamentos:</p> <p>Computador Próprio e da USF;</p> <p>Impressora;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora de forma ativa na concepção e operacionalização do projeto para passagem a USF de categoria B, na organização da farmácia, organização de salas de terapêutica, gestão de recursos humanos; - Colabora em projetos institucionais como o UNIICA com a realização de PRO BNP; vacinação de grávidas (gripe, tosse convulsa), vacinação com anti RH; referência para curso de preparação parentalidade; - Colabora na vacinação de época 2023/2024, com convocatória de indivíduos com mais de 60anos, e PEM para administração de vacinação na USF; - Colabora na vacinação de época 2023/2024 com a intervenção operacional de administração de vacinação gripe/ covid; assim como o seu registo. - Orienta o PIESF, que procura cuidados de enfermagem de excelência na área de intervenção em capacitação de familiares de pessoa idosa com medo de queda no domicílio. - Considera a gestão do meio ambiente, condição imprescindível para a efetividade terapêutica, pois atende ao respeito da identidade individual e coletiva da família, às suas crenças e valores, assim como às suas necessidades, este fato verificou-se quando uma mulher referiu que não queria tomar nenhum anticontraetivo, e que o marido utilizava sempre outro método. Foi

	Telefone da USF; Físicos: Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida – USF; Temporais: Ver cronograma (Apêndice).	informada dos riscos de uma gravidez indesejada, mas respeitada a sua decisão. - Atua proactivamente na promoção de bem-estar, referindo sempre a prática de exercício físico, a importância de contactos sociais e contactos da rede extensa.
--	---	---

Objetivo Geral 3- Capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio

Objetivos específicos- Desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de Enfermagem de saúde familiar, mediante processos de tomada de decisão de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, com respeito pelos direitos humanos e de acordo com a evidência científica;

- Implementar o PIESF com o objetivo de capacitar famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio.

Unidades de competência específicas de EEECSF: 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8; 2.1; 2.2

Atividades	Recursos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Selecionar as famílias de pessoas idosas com medo de queda no domicílio para o projeto;- Estabelecer uma relação com as famílias de pessoas idosas com medo de queda e seus membros para promover a saúde, a prevenção de doenças ou acidentes e controle de situações complexas;- Abordar as famílias com disponibilidade e criatividade para responder as necessidades da mesma;- Colher dados pertinentes para o estado de saúde família, junto da mesma e seus membros, de modo a conceber um plano de intervenção personalizado e adequado para a família e seus membros;- Utilizar instrumentos de avaliação familiar;- Solicitar o histórico familiar e hereditário das famílias, assim como a estrutura familiar, a sintomatologia atual que podem afetar o estado de saúde da família;- Identificar fatores de risco (ambientais - domicílio, psicológicos, pessoais) que podem aumentar o medo de queda na família de pessoa idosa;- Integrar informação adicional de interações familiares observadas, assim como linguagem verbal e não verbal;- Avaliar a capacidade da família para se manter unida, capacidade de agilizar processos de mudança e apoiar os membros na sua interação com o meio ambiente;	<p>Humanos: Equipe multiprofissional e de Enfermagem da USF; Enfermeira orientadora; Professora orientadora pedagógica;</p> <p>Famílias de pessoa idosa com medo de queda da USF.</p> <p>Materiais: <u>Legislação:</u> Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Saúde Familiar; Descritores de Dublin para o Grau de Mestre.</p> <p>Processos clínicos dos clientes;</p> <p>Bases de dados científicas;</p> <p>Protocolos e normas da USF;</p> <p><u>Instrumentos de avaliação familiar:</u></p> <p>Processo de enfermagem segundo o MDAIF</p> <p><u>Instrumentos do PIESE:</u> Escala de FES - 17 itens; Questionário sócio</p>	<ul style="list-style-type: none">- Seleciona a amostra para a implementação do PIESF;- Estabelece uma relação com a família de pessoa idosa com medo de queda no domicílio;- Colhe dados junto da família pertinentes para o estado de saúde da família, recorrendo a instrumentos de saúde familiar; e concebe um plano de cuidados personalizado para a família;- Realiza visita domiciliária com concordância da família onde identifica quais os fatores de risco presentes no domicílio e apresenta-os à família de pessoa idosa com medo de queda;- Identifica lacunas no conhecimento e realiza ensino personalizado à família durante a consulta de enfermagem na USF, no domicílio ou telefonicamente;- Avalia a capacidade da família se manter unida e tentar alterar os fatores de risco identificados;- Avalia a capacidade da família mudar comportamentos, com recurso à observação e entrevista com família e pessoa idosa;- Monitoriza as respostas às diferentes condições de saúde e doença, com recurso aos instrumentos do PIESF e consulta de enfermagem de saúde familiar.- Avalia o PIESF recorrendo à aplicação inicial e final da FES - 17 itens à pessoa idosa com medo de queda no domicílio: -População idosa com medo de queda (Inicial

<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas; - Avaliar a reciprocidade entre a família, os seus membros, a saúde e o meio ambiente; - Identificar lacunas do conhecimento na pessoa idosa com medo de queda e na família; - Capacitar a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde; - Realizar ensinamentos de modo a promover a adaptação do domicílio da pessoa idosa com medo de queda; - Referenciar a família para outros profissionais de saúde; - Discutir regularmente com a família o seu progresso, de modo a alcançar os seus objetivos, analisar com a família os desafios que a realização implica; - Reflete sobre as interações enfermeiro/ família e avaliação a sua efetividade tanto no processo familiar como nos resultados. - Documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente; - Gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção; - Participar no desenvolvimento de políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família; - Avaliar a eficácia do PIESF, recorrendo aos instrumentos do mesmo; - Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar; - Demonstrar competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica de enfermagem de saúde familiar. 	<p>demográfico inicial da pessoa idosa com medo de queda do domicílio; Questionário Sócio demográfico Inicial de familiar de pessoa idosa com medo de queda no domicílio; Instrumento de avaliação de fatores de risco domiciliários; Questionário final à pessoa idosa com medo de queda no domicílio; Questionário final ao familiar de pessoa idosa com medo de queda no domicílio.</p> <p>Equipamentos: Computador; Impressora; Telefone da USF; Carro para realizar visita domiciliária</p> <p>Institucionais: Junta de Freguesia do Sado; Junta de Freguesia de Alto da Guerra e Gâmbia, e Câmara Municipal de Setúbal.</p> <p>Físicos: Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida – USF; Domicílio da pessoa idosa com medo de queda.</p> <p>Temporais: Ver cronograma (Apêndice).</p>	<p>e final); População idosa que não realiza as suas atividades de vida por medo de queda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avalia a reciprocidade e efetividade das suas intervenções junto da família: taxa de adesão dos participantes; taxa de retenção dos participantes, População de familiares de pessoa idosa com preocupação pelo familiar com medo de queda (inicial e final); Satisfação das famílias com o projeto; Taxa de efetividade na prevenção do risco de queda; Taxa de prevalência de quedas; - Demonstra autonomia e iniciativa na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clínica; - Recorre a sistemas de informação como Sclinico, para melhorar os dados e resultados de saúde família; - Recorre a recolha e análise de dados de investigação com recurso a SPSS. - Demonstra competência na difusão do pensamento e análise crítica de enfermagem de saúde familiar, quando aborda estruturas institucionais para parceria no projeto. - Realiza uma ação de formação para a equipa multidisciplinar para apresentar os resultados do PIESF; - Realiza folheto sobre os fatores de risco domiciliários para o risco de queda, <i>"O meu familiar caiu em casa: como atuar!"</i>, <i>Caí em casa: como atuar". "Casa Segura: família segura" e Medo de queda! Como prevenir as quedas no domicílio;"</i> - Realiza relatório de Estágio; - Reúne periodicamente com a orientadora pedagógica e orientadora clínica para analisar o seu percurso.
--	---	---

APÊNDICE XVII- Avaliação estrutural das famílias participantes

Família A

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família nuclear

Família extensa: a pessoa idosa e o marido, participante familiar vivem sozinhos, com familiares emigrados no estrangeiro (Suíça), dois filhos, assim como os netos. Restante família (irmãos e cunhados) vivem na região Centro e Alentejo. O casal desempenha as funções de cuidado da cada em parceria com a realização das compras para a casa em conjunto. A esposa é principal responsável pela limpeza da casa.

Sistemas mais amplos: rede social não diversificada, porque referem gostar de estar por casa e no quintal. Saem de casa para a realização de compras e recorrer a serviços de saúde.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa de 1º andar, bem conservada, com boa ventilação e em boas condições de higiene. Apresenta-se livre de obstáculos, escadas com corrimão externo em boas condições, sem fita antiderrapante, não apresenta tapetes nos corredores, quartos. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alteador de sanita.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: não têm animal de estimação.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família B

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família alargada, a pessoa idosa vive com filha, marido da filha, e dois netos.

Família extensa: sem outros familiares próximos. A filha vem a casa almoçar todos os dias com a mãe.

Sistemas mais amplos: rede social diversificada, a participante idosa sai de casa diariamente para se deslocar à padaria, e dar um passeio pela aldeia, às vezes sozinha, outras com a vizinha do lado. Referem que durante o dia a aldeia encontra-se muito desertificada, contudo tem dois vizinhos que se mantém por casa durante o dia.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa bem conservada, com boa ventilação e em boas condições de higiene. Casa participante idosa vive e realiza as suas atividades, é uma habitação de rés de chão, a casa da filha é contígua de 1º andar com escadas no interior, que sobe esporadicamente. Apresenta-se livre de obstáculos para a deambulação. Sem tapetes nos corredores, quartos., nem fios soltos. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alteador de sanita, pouco iluminação nesta divisão.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: têm três gatos que costuma frequentam o interior do domicílio. Encontram-se desparasitados.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapas do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família C, L – Não foi realizada visita domiciliária, por desistência do projeto.

C- A pessoa idosa foi viver com uma irmã para o Algarve, porque o participante familiar não se sentia segundo com a mãe morar sozinha.

L – A pessoa idosa foi institucionalizada uma semana após a entrevista inicial, pelas frequentes quedas que a pessoa idosa apresentava em casa, apesar de ter uma terceira pessoa cuidadora a viver com ela.

Família D

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família alargada, a pessoa idosa vive com a neta.

Família extensa: A pessoa idosa tem contato diário com família, tanto com os filhos e restantes netos, que ajudam a cuidar da casa, a trocar botija de gás, pequenas obras, e têm ainda perto dela uma cunhada que a visita todos os dias mais do que uma vez por dia (esta visitou a utente durante a visita). A neta tem função social de companhia, assim como de prestador de cuidados, e ajuda a avô no recurso aos cuidados de saúde e nas compras para a casa. A responsável pela limpeza da casa continua a ser a pessoa idosa. Ambas cozinham.

Sistemas mais amplos: rede social pouco diversificada, a participante idosa só sai de casa para recorrer a serviços de saúde, não realiza caminhadas nem outras atividades lúdicas. Encontra-se de momento a realizar penso bissemanal na USF por uma úlcera de perna em cada membro.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Habitação horizontal sem elevador, habita num segundo andar com corrimão nos dois lados das escadas, sem tiras antiderrapantes. Casa bem conservada, com boa ventilação e em boas condições de higiene. Apresenta-se livre de obstáculos para a deambulação. Sem tapetes nos corredores. Têm um tapete no quarto. Sem fios soltos. A casa de banho encontra-se adaptada com barras de apoio no duche, mas não tem alteador de sanita.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: Sem animal doméstico.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família E

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família nuclear

Família extensa: vivem próximos de um filho, o mais velho que colabora nos cuidados de saúde, compras para a casa, restantes filhos (2) mais afastados e menos disponíveis para colaborar nos cuidados aos pais. Esposa do filho presente e colabora na higiene da casa.

Sistemas mais amplos: rede social não diversificada, saem pouco de casa devido ao problema de locomoção do marido. Quando saem é para recorrer a serviços de saúde.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa bem conservada, com boa ventilação e em boas condições de higiene. Apresenta-se livre de obstáculos. Sem tapetes nos corredores, quartos. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alteador de sanita.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: têm uma gata, tranquila. Encontra-se desparasitada.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família F

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família nuclear

Família extensa: a pessoa idosa e o familiar vivem sozinhos, mas aos fins de semana tem a visita dos dois filhos e netos. Vivem perto de irmãos e sobrinhos, que residem na mesma rua que eles.

Sistemas mais amplos: rede social diversificada, o participante idoso e a sua esposa saem de casa regularmente tanto para irem às compras como para irem passear com amigos. Possuem quintal onde passam muito tempo a cuidar da horta e do jardim.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliar. Casa bem conservada, com boa ventilação e em boas condições de higiene, casa de rés de chão. Apresenta-se livre de obstáculos. Sem tapetes nos corredores, quartos. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alteador de sanita, nem recorrem a tapete antiderrapante no chuveiro.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: não têm animais domésticos.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família G

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família nuclear

Família extensa: a pessoa idosa vive com a esposa com o apoio de um filho e nora (participante familiar). O casal tem contacto diário com o filho e nora, às vezes telefonicamente ou presencialmente, quando necessário ou é possível. A Nora é trabalhadora independente e têm filhos ainda em idade escolar, pelo que o tempo disponível segundo ela é pouco. O casal tem ainda outros dois filhos, contudo vivem noutra cidade e demonstram menos disponibilidade para prestar cuidados aos pais. A nora, além de realizar ajuda na limpeza da casa, é a responsável pelas compras para a casa e acesso a recursos de saúde.

Sistemas mais amplos: rede social pouco diversificada, o participante idoso sai muito pouco de casa, refere que pelas tonturas que apresenta, após uma queda no quintal, sente muito receio de sair de casa, pelo que demonstra preferência em ficar em casa, ou cuidar do seu quintal, onde têm uma pequena horta. Têm vizinhos nas casas contralaterais com quem conversa do quintal diariamente se os ver. Não realiza nenhuma atividade recreativa nem desportiva.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa bem conservada, em boas condições de higiene, casa de rés de chão, sem escadas entre as diferentes divisões. Contudo com umas escadas no exterior para o sótão, que o utente refere utilizar muito esporadicamente. O interior encontra-se com carpete no corredor e tapete no quarto do casal. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alteador de sanita, recorrem a tapete antiderrapante no chuveiro. A iluminação entre o quarto e a casa de banho é deficiente.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: não têm animais domésticos.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família H

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família nuclear

Família extensa: a pessoa idosa vive com o marido. Têm dois filhos, sendo que um vive numa moradia conjunta aos pais, este filho tem dois filhos e esposa. O participante familiar, é a nora, pois na família é a única que conduz, sendo ela a responsável pelas deslocações para cuidados de saúde, compras. Os netos visitam os avôs com regularidade. Este casal tem outro filho, que vive noutra freguesia e não se encontra tão presente.

Sistemas mais amplos: rede social pouco diversificada, a participante idosa, sai de casa apenas para de deslocar a serviços de saúde e para compras. Refere gostar mais de cuidar da horta e plantas.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa térrea, com problemas de conservação (pintura pobre, pouco iluminada), pouco ventilada e com sinais de humidade. Apresenta-se com diversos obstáculos pela casa, sem tapetes nos corredores, quartos. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alteador de sanita. Mas recorrem a tapete antiderrapante no chuveiro.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: Têm animais domésticos, dois cães. Que se encontram desparasitados.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapas do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família I

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família alargada, a pessoa idosa vive com a neta desde há uma semana na altura da visita domiciliária, poucos dias depois da primeira entrevista e intervenção. Ou seja, no início do estudo a pessoa idosa vivia sozinha, ou seja, família unipessoal.

Família extensa: família muito próxima e interação quase diariamente com a pessoa idosa. A pessoa idosa é viúva e têm 5 filhos vivos, estando diversos filhos e netos a viver no estrangeiro. Mesmo assim vivem junto dela uma filha que a participante familiar e dois filhos. A organização da casa está a cargo da pessoa idosa que recusa que outros façam a limpeza da casa por ela. Contudo quando precisa de alguma coisa de manutenção da casa pede ajuda aos filhos. A neta encontra-se em trabalho remoto a partir de casa.

Sistemas mais amplos: rede social diversificada, a participante idosa sai de casa semanalmente para realizar compras com a filha, ou de momento com a neta, de resto passa os seus dias pela horta e em casa. A neta de momento é a responsável pelas compras, assim como pela preparação de algumas das refeições diárias.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa de rés de chão bem conservada, com boa ventilação e em boas condições de higiene. Apresenta-se livre de obstáculos para a deambulação. Sem tapetes nos corredores, quartos, nem fios soltos. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alçador de sanita, contudo com uma base de chuveiro sem barreiras, com facilidade de utilização por cadeira higiénica se necessário. Pouca iluminação nesta divisão. Horta cuidada com diversas árvores de fruto, que segundo familiar participante e neta, são uma das principais causas de queda.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: Não possuem animais domésticos.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapas do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família J

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família nuclear

Família extensa: vivem próximos de um dos três filhos, que é o mais velho, o familiar cuidador, e que colabora nos cuidados de saúde, compras para a casa, preparação de medicação. Os restantes filhos, segundo o participante idoso estão mais afastados e menos disponíveis para colaborar nos cuidados aos pais. A nora do filho mais velho esteve presente na visita domiciliária, demonstra preocupação e disponibilidade e colabora na higiene da casa.

Sistemas mais amplos: rede social não diversificada, o participante idoso e a sua esposa saem pouco de casa devido ao seu problema de locomoção, com necessidade de utilização de andarilho. As vezes que se ausentam do domicílio é para recorrer a serviços de saúde.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa bem conservada, com boa ventilação e em boas condições de higiene, casa em rés de chão, com uma pequena rampa de acesso ao exterior, mas de pequeno declive. Apresenta-se livre de obstáculos para a deambulação com andarilho. Sem tapetes nos corredores, quartos. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alteador de sanita, recorrem a tapete antiderrapante no chuveiro.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: têm uma gata, tranquila. Encontra-se desparasitada, que deambula livremente pela casa.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família K

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família alargada.

Família extensa: a participante idosa coabita com a filha (participante) e com o marido desta. Apresentam poucos contactos, os familiares com quem no passado mantinham relações importantes faleceram, ou então existem relações conflituosas irreparáveis, segundo os participantes. Filha da utente que coabita colabora nos cuidados de saúde e compras para a casa. O companheiro da filha colabora nas limpezas da casa com necessidade de escadote.

Sistemas mais amplos: rede social diversificada, a participante idosa realiza atividades na comunidade 2 vezes por semana, atividades lúdicas. Segundo a filha, utente liga todos os dias às suas amigas. Filha trabalha numa instituição de saúde e mantém boas relações com a equipa.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa bem conservada, com boa ventilação e em boas condições de higiene. Casa de 1º andar com escadas no exterior. Apresenta-se livre de obstáculos para a deambulação com canadianas. Sem tapetes nos corredores, quartos, contudo com muitos objetos dispersos pela casa. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alçador de sanita.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: têm uma cadela, tranquila, que não costuma frequentar o interior do domicílio. Encontra-se desparasitada.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família M

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família nuclear.

Família extensa: A pessoa idosa vive com a esposa, e tem contato diário com família, tanto com a filha mais velha (participante) como com os netos. O outro filho vive noutra concelha, mas sempre que necessário ajuda a família, contudo não apresenta iniciativa. A filha presta função de prestador de cuidados, com o recurso a cuidados de saúde e compras para a casa.

Sistemas mais amplos: rede social diversificada, o participante idoso ausenta-se de casa para ir até há horta que se encontra a mais ou menos metros da casa, e mantém bons contatos com vizinhos.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Habitação rés- de chão, com pequena inclinação de acesso à casa e 3 degraus. Casa bem conservada, com boa ventilação e em boas condições de higiene, percebe-se que foi renovada ao longo do tempo. Apresenta-se livre de obstáculos para a deambulação. Sem tapetes nos corredores. Têm um tapete no quarto. Sem fios soltos. A casa de banho não tem barras de apoio, nem o deseja de momento. Refere não querer utilizar tapete antiderrapante.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: Sem animal doméstico.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família N

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família unipessoal

Família extensa: a pessoa idosa vive sozinha, com o apoio do filho do meio (tem 3 filhos), que é o participante familiar e da nora. Estes não conseguem visitar o pai diariamente, contudo mantêm um contacto telefónico diário. Os restantes filhos vivem noutras cidades pelo que apenas visitam o pai esporadicamente, mas com contactos telefónicos semanais. Segundo o filho participante, sempre que é necessário alguma ajuda nos cuidados ao pai, ou decisões relativamente a ele, os irmãos colaboram e entreadjudam-se. O participante familiar ajuda nas compras para a casa e acesso aos recursos de saúde, assim como nos cuidados de higiene da casa.

Sistemas mais amplos: rede social pouco diversificada, o participante idoso sai muito pouco de casa, contudo mantém-se fisicamente ativo com a manutenção do quintal com arvores de fruto e horta. Conversa esporadicamente com os vizinhos.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa bem conservada, boa ventilação e condições de higiene medianas, casa de rés de chão, sem escadas entre as diferentes divisões, com a exceção da entrada do quintal para a cozinha, onde se encontram 2 degraus pequenos. O interior encontra-se com tapetes nos corredores e quartos. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alteador de sanita, nem recorre a tapete antiderrapante no chuveiro. A iluminação entre o quarto e a casa de banho é deficiente.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: não têm animais domésticos.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família O

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família unipessoal

Família extensa: a pessoa idosa vive sozinha, com o apoio da filha (filha única). Viúva há menos de 6 meses, e a filha visita diariamente com a mãe, para almoçar. A pessoa idosa encontra-se mais dependente, e segundo a filha, mais renitente às suas indicações, o que torna mais difícil a relação entre ambas. A filha tem dois filhos menores com idades pré-escolares. A familiar é responsável pelas deslocações e acessos aos serviços de saúde, ajuda nas compras para casa. Os cuidados á casa são desempenhados ainda pela participante idosa.

Sistemas mais amplos: rede social pouco diversificada, a participante idosa sai muito pouco de casa sozinha devido ao medo de queda. Apesar de já ter sido abordado antes recusa a participação em atividades físicas em grupo. Mantém uma boa rede de apoio com os vizinhos, com quem esporadicamente conversa, mas a filha tem uma relação muito forte com todos, sendo o seu apoio quando se ausenta.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Propriedade Horizontal, sendo esta habitação no rés de chão, com 5 degraus até a porta de entrada, não se encontram identificados nem com antiderrapante. Sem corrimão num dos lados. Casa bem conservada, boa ventilação e boas condições de higiene. O interior encontra-se com tapetes nos corredores e quartos. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio, mas já tentaram utilizar anteriormente alteador de sanita, mas não resulta naquela sanita. Recorre a tapete antiderrapante no chuveiro. A iluminação entre o quarto e a casa de banho é adequada.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: não têm animais domésticos.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família P

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família nuclear

Família extensa: a pessoa idosa vive com o marido com o apoio da filha mais velha (participante familiar), do genro e neta. Estes visitam os pais todos os dias, vivem a uma pequena distância (+/- 500 metros). Tem ainda outro filho casado com filhos, mas que habita noutros concelho e aparentemente com menos disponibilidade, contudo quando a irmã refere que necessita de ajuda para alguma coisa, apresenta disponibilidade e divide tarefas com ela. A participante familiar apresenta além de companhia social, ajuda nas compras para a casa, limpezas de difícil acesso e acesso aos recursos de saúde.

Sistemas mais amplos: rede social diversificada, a participante idosa sai todos os dias de casa para se encontram com um grupo de vizinhas, sendo este um hábito diário que só não se realiza se estiverem más condições meteorológicas. A participante idosa cuida ainda de diversas galinhas no quintal.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa bem conservada, boa ventilação e em boas condições de higiene, casa de rés de chão, sem escadas entre as diferentes divisões, com a exceção da entrada da casa que têm 3 degraus pequenos. Têm ainda uns degraus para um terraço com corrimão bilateralmente instalado, espaço a que não recorre atualmente. O interior encontra-se com tapetes no quarto. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alteador de sanita, nem recorre a tapete antiderrapante no chuveiro. A iluminação entre o quarto e a casa de banho é adequada.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: não têm animais domésticos.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapas do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família Q

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família alargada

Família extensa: a pessoa idosa vive com a filha mais nova, a maioria do tempo, após a mãe ter sido institucionalizada devido a alteração neurológicas. No lote ao lado, habita outra filha com o marido e netas, que prestam apoio diário à pessoa idosa, no sentido prestar companhia na refeição do almoço. A filha trabalha algum do tempo online, permitindo-lhe assim maior disponibilidade para estar com o pai.

Sistemas mais amplos: rede social diversificada, contudo o participante idoso sai de casa muito pouco sem companhia, refere ter muito medo de cair, e não quer realizar caminhadas pelo bairro. Aparentemente deprimido. Desloca-se frequentemente a um pequeno negócio de família, e encontra-se com pessoas conhecidas nesse mesmo local.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa de 1º andar, com alguns sinais de humidade, mas com boa iluminação e em boas condições de higiene. Com tapetes na sala e quarto. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alçador de sanita, prefere utilizar a banheira, que se encontra no 1º andar, por ter medo de bater com a cabeça no chuveiro (conforme ocorreu no passado). Escadas para o 1º andar sem fita antiderrapante nem corrimão interno. Recorrem a tapete antiderrapante no chuveiro.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: Não tem animais domésticos.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família R

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família unipessoal

Família extensa: a pessoa idosa habita sozinha, o filho e a nora (participante familiar), vivem perto, os restantes familiares próximos, já faleceram. O neto (filho único) deste filho vive no estrangeiro, assim como a outra filha com a restante família dela. A nora da utente colabora nos cuidados à casa e compras para a casa, sendo ainda de momento ela a responsável pelo acesso a cuidados de saúde (o marido encontra-se com uma incapacidade transitória na marcha).

Sistemas mais amplos: rede social pouco diversificada, mas a participante idosa refere conversar com duas vizinhas das casas contíguas diariamente. Não têm horta só um pequeno quintal com flores que gosta de cuidar.

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa bem conservada, com boa ventilação e em boas condições de higiene. Casa de 1º andar, com escadas do exterior para a entrada principal, e da cozinha para o quintal. Apresenta-se com obstáculos para a deambulação pela casa, como tapetes soltos no corredor e quarto. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alteador de sanita. A iluminação entre a casa de banho e o quarto é deficiente.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: não tem animais domésticos.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Família V

Avaliação da dimensão Estrutural

Tipo de família: família nuclear.

Família extensa: A pessoa idosa vive com a esposa, mantém muitos contactos com a família extensa, como os filhos da esposa e filho de ambos. Os contactos com a família são diários, telefonicamente. A pessoa idosa de momento apresenta alterações visuais, pelo que já conduz muito pouco, sendo essa função desempenhada agora mais vezes pela esposa, que o acompanha no acesso a serviços de saúde, nas compras para casa.

Sistemas mais amplos: rede social diversificada, o participante idoso encontra-se reformado há pouco tempo, e mantém uma longa rede de contatos, com quem conversa diariamente. Não realiza atividades na comunidade, mas trata da sua cadela e do quintal

Edifício residencial: observação realizada na visita domiciliária. Casa bem conservada, com boa ventilação e em boas condições de higiene. Com obras de melhoramento recentes. Casa rés-de-chão, com mezanino, a que não recorrem habitualmente (escritório da pessoa idosa) com escadas no e corrimão externo. O domicílio encontra-se livre de obstáculos para a deambulação. Sem tapetes nos corredores e quartos. A casa de banho não se encontra adaptada com barras de apoio ou alçador de sanita.

Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

Ambiente doméstico: têm uma cadela, tranquila, que frequenta o interior do domicílio. Encontra-se desparasitada.

Avaliação de dimensão Desenvolvimento:

Etapa do ciclo vital: Família em fim de vida.

Plano de Cuidados do PIESF

Data	Apreciação familiar segundo MDAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar, segundo CIPE, 2015	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação
4.12.2023	<p>Dimensões Estrutural e Funcional</p> <p>-Entrevista do questionário Inicial ao familiar e à pessoa idosa;</p>	<p>Falta de conhecimento sobre medidas de segurança (Código CIPE: 10022015)</p> <p>Famílias abrangidas por este diagnóstico (todas as participantes)</p>	<p>Curto Prazo:</p> <p>-Realizar visita domiciliária a todos os participantes</p> <p>- Promover a literacia em prevenção de quedas e medo de queda do domicílio.</p> <p>- Que os participantes consigam referir fatores de risco próprios e ambientais promotores do risco e medo de queda de uma forma generalizada;</p> <p>- Que os participantes consigam referir quais os fatores de risco existentes no próprio e no seu ambiente.</p>	<p>- Criar uma atmosfera facilitadora de confiança;</p> <p>- Encorajar a expressão de sentimentos, medos e angústias;</p> <p>- Incentivar a família a verbalizar quais são as suas necessidades formativas; permitindo a expressão de dúvidas e sentimentos relativos á temática;</p> <p>- Demonstrar disponibilidade á família para ajudar quando necessário;</p> <p>- Apoiar a tomada de decisão da família relativamente a alterar comportamentos ou medidas de segurança no domicílio.</p> <p>- Identificar experiências anteriores relacionadas com medo de queda ou as anteriores quedas;</p> <p>- Identificar junto da família quais os conhecimentos existentes sobre como prevenir quedas, ou ainda como ajudar o seu familiar idoso com medo de queda;</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre o processo de envelhecimento e fatores individuais preditores de queda (toma de terapêutica; dor na deambulação, alterações sensoriais);</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre segurança ambiental do domicílio (presença de barreiras arquitetónicas, iluminação, utilização de tapetes);</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre medidas de segurança (utilização de produtos de apoio, utilização do telemóvel, remoção de tapetes, recurso a barras de apoio no WC).</p> <p>- Avaliar conhecimento existente na pessoa idosa sobre como proceder em caso de queda no domicílio se estiver sozinho; assim como o conhecimento do familiar se estiver com a pessoa idosa.</p>	<p>10.12.23 a 12.01.2024</p> <p>- Foram realizadas visitas domiciliárias entre 10/12/23 e 12/01/24, a 17 participantes;</p> <p>- Todas as famílias abordadas demonstraram vontade de participar no projeto.</p> <p>- Todas as famílias envolvidas exprimiram emoções decorrentes do medo de queda. Principalmente os familiares, I, G e Q e O;</p> <p>- Todas as famílias apresentam conhecimentos sobre a necessidade de utilização de produtos de apoio, principalmente referem no Wc, contudo as pessoas idosas (A, B, E, F, H, K, P, M, Q, N e O) acham que para o seu nível de dependência ainda não é necessário, os familiares (E, H, K, M, P, Q e O) pelo contrário julgam ser importante a sua aplicação;</p> <p>- 7 das pessoas idosas participantes referem que os seus familiares não lhe permitem a realização de muitas atividades domésticas, por medo de queda (D, E, F, H, I, K, P)</p> <p>- Todos participantes familiares reconhecem o processo de envelhecimento, contudo as pessoas idosas referem sentir-se muito depreciadas com as suas capacidades desvalorizadas.</p> <p>- Todas as pessoas idosas tomam medicação diariamente, contudo em duas delas compreendeu-se durante a visita que não realizavam uma toma adequada da mesma (Q,</p>

			<p>Médio Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que a taxa de recorrência de quedas após o projeto seja inferior a 20%. - Redução do medo de queda na escala FES- 17 itens para valores menores que 16,5. <p>Longo Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que os participantes familiares e idosos promovam um ambiente doméstico seguro; - Redução do medo de queda para valores inferiores a 14 valores na escala FES 17itens; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre estratégias adaptativas de perante as barreiras arquitetónicas; - Providenciar material educativo realizado pelo investigador, sobre como proceder em caso de queda "<i>O meu familiar caiu em casa: como atuar!</i>", <i>Caí em casa: como atuar!</i>." - Ensinar sobre processo de envelhecimento; - Ensinar o familiar sobre prevenção de quedas; - Reforçar a disponibilidade da equipa e facultar à família o contacto telefónico; - Reforçar à pessoa idosa a necessidade de se manter próximo do telemóvel, de modo a reduzir o risco de ficar incontactável caso lhe aconteça alguma coisa; - Marcar contacto telefónico para decorrer durante o próximo mês. 	<p>N), e que não valorizavam os horários preestabelecidos da mesma;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constatou-se que 9 das famílias apresentaram discordância durante a entrevista e na visita domiciliária sobre como atitudes de segurança, atividades a realizar, concretamente na utilização do telemóvel (E, B, G, P, O, N, I, K, Q); <p>04.01.2024 a 05.01.2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - No final do PIESF, constatou-se que 3 das pessoas idosas passaram a utilizar o telemóvel com maior regularidade; - No momento da avaliação a pessoa idosa Q, estava a conseguir realizar uma toma adequada da terapêutica, após alteração de hábitos como a toma de terapêutica assim que acordava, conforme sugerido na visita domiciliária. -
--	--	--	--	---	--

Data	Apreciação familiar segundo MDAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar, segundo CIPE, 2015	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação
04.12.2023	<p>Dimensão Funcional-</p> <p>-Entrevista</p> <p>-FES -17 itens</p>	<p>Medo de queda</p> <p>Código CIPE Medo: 10000703</p> <p>Código CIPE Queda: 10029405</p> <p>Famílias Abrangidas, todas as pessoas idosas participantes no projeto</p>	<p>Curto Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender quais os fatores promotores do medo de queda no domicílio na pessoa idosa; <p>Médio Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redução do medo de queda na escala FES- 17 itens para valores menores que 16,5. <p>Longo Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redução do medo de queda para valores inferiores a 14 valores na escala FES 17itens; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a expressão de dúvidas o medo de queda, e concretamente o medo de queda no domicílio; - Promover o apoio da família; - Incentivar os participantes a narrarem os seus receios e sentimentos sobre o medo de queda e sobre a sua preocupação com queda do familiar idoso; - Elogiar o familiar e a pessoa idosa pela sua participação no projeto, e consciencialização do problema; - Ensinar os participantes sobre medo de queda e quais as suas consequências, físicas e psicológicas; - Ensinar sobre comportamentos redutores do medo de queda como a realização de exercício físico, manutenção de interações sociais, remoção de fatores de risco físico no domicílio; -Promover a interajuda entre o participante familiar e a pessoa idosa nas atividades que estes acham ser de maior risco, não substituindo o mesmo, mas fazendo em conjunto (arrumar objetos a nível superior à cabeça. - Avaliar FES I 7 Itens no final do projeto, de modo a avaliar a eficácia do mesmo. 	<p>10.12.2023 a 12.01.2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos os participantes idosos referem ter medo de cair em casa, alguns referem ter medo durante a realização das AVD´S, outros no quintal. - A maioria dos familiares refere muita preocupação com as atividades desenvolvidas no quintal, devido à presença de objetos perigosos, assim como ao desnível do terreno; - Todos os participantes compreendem que é importante manter boas relações sociais, contudo uns referem que preferem estar em casa, outros dizem que “nesta idade já não me apetece sair de casa!”; - 5 famílias já realizam atividades em casa em conjunto (E, B, H, P, Q), como arrumar a loiça, realizar a gestão doméstica, limpeza da casa e referem que esta situação às vezes é fonte de discórdia familiar entre os participantes; - A maioria dos participantes familiares compreende que reduzir a independência dos familiares idosos lhes reduz a sua capacidade de ser independente, mas sentem-se mais seguros desta forma, contudo nunca tinham percebido como esta situação pode provocar depressão, alteração da percepção do próprio e reduzir a autoestima. - A pessoa Idosa P, apresenta sintomatologia de depressão, com presença de dor associada, no joelho direito, a familiar foi incentivada a relatar a situação na próxima consulta de especialidade que já tinha marcada, e esta situação foi referenciada à médica de medicina familiar da utente. <p>04/02/2024 a 05/02/2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - FES I 7 itens final média de 16,18.

Data	Apreciação familiar segundo MDAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar segundo CIPE, 2015	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação
4.12.2023	<p>Dimensão Funcional-Expressiva (Papéis)</p> <p>-Entrevista</p> <p>-Questionário Inicial do familiar de pessoa idosa com medo de queda no domicílio</p> <p>- Visita Domiciliária</p>	<p>Stress do cuidador / familiar presente</p> <p>Código CIPE: 10027773</p> <p>Diagnóstico aplicável às famílias: D, E, G, I, K, Q, O.</p>	<p>Curto Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que todos os familiares de pessoas idosas consigam expressar os seus sentimentos e preocupações; -Que os familiares consigam identificar os fatores que aumentam o seu stress e sentimento de sobrecarga; - Que os familiares consigam identificar os fatores que podem diminuir o seu stress. <p>Médio Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que os Familiares encontrem forças internas e externas que possam reduzir o seu stress; 	<ul style="list-style-type: none"> - Criar uma atmosfera facilitadora e de confiança; - Encorajar a expressão de sentimentos, medos, angustias e preocupações do familiar; - Promover a expressão de sentimentos; - Incentivar os participantes familiares a verbalizarem quais as suas necessidades relativamente à gestão familiar, assim como à preocupação com medo de queda do seu familiar idoso; - Promover o apoio familiar; - Demonstrar disponibilidade para ajudar quando necessário; - Apoiar a tomada da família; - Identificar experiências anteriores na participação de outros familiares na gestão dos cuidados à pessoa idosa; - Identificar com os participantes familiares quem poderia colaborar nos cuidados à pessoa idosa; - Consciencializar o familiar participante que retirar algum tempo para ele é necessário e benéfico para o próprio (reforçar que não está a ser egoísta); - Elogiar as forças e recursos internos e externos da família; - Promover a reflexão para a realização de comportamentos de autocuidado como: dedicar tempo para realizar atividades de lazer que lhe dão prazer; estar atento à saúde física e psicológica; aceitar ou pedir ajuda quando necessário; manter contatos sociais; - Incentivar a prática de atividades físicas e lúdicas de que goste, individual ou em grupo (promove as habilidades sociais e sentimento de pertença); - Providenciar recurso informativo, Folheto “ O meu Familiar caiu em casa: Como atuar”. 	<p>10.12.2023 a 12.01.2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os participantes familiares de forma geral expressam os seus sentimentos e preocupação pelo medo de queda do seu familiar idoso; - Os participantes familiares referem que os principais fatores que aumentam o seu stress, são: a ausência de telemóvel no dia-a-dia dos familiares idosos; manutenção de atividades de vida diária com risco de queda, como subir escadotes, andar no quintal sem vestuário e calçado adequado, isolarem-se muito em casa. - Os familiares N, I, K, Q e P expressam que para eles seria muito importante os seus familiares idosos andarem sempre com o telemóvel, contudo os familiares idosos, durante a visita domiciliária manifestaram desvalorização desta necessidade; - Relativamente à promoção de inclusão de outros familiares na dinâmica familiar, 5 familiares referem que na restante família nunca tiveram muita colaboração, por iniciativa própria, ou mesmo quando são interpolados; - Na visita domiciliária, constatou-se, contudo, que um dos familiares (I), conseguiu encontrar uma estratégia e pediu colaboração a outro membro da família, que no dia da visita se encontrava a viver com a pessoa idosa, estando ambos satisfeitos com a situação; uma outra familiar (D) referiu que tendo em conta que outra pessoa da família vivia próximo, foi-lhe sugerido que fizesse uma cópia da chave de casa, e tanto

			<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir o número de familiares com muito preocupados com queda do familiar idoso de 13 para 10; <p>Longo Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduzir o número de familiares muito preocupados com medo de queda do familiar idoso para valor inferior a 8. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir aos familiares para descreverem como habitualmente revolvem os seus problemas e situações relacionadas com o medo de queda do seu familiar idoso; - Reforçar a capacidade afetiva dos participantes familiares para alterarem comportamentos ou pedirem ajuda; - Reforçar e elogiar os participantes familiares por participarem no projeto; - Reforçar a disponibilidade da equipa e facultar à família o contacto telefónico; - Marcar nova entrevista para decorrer durante a próxima visita domiciliária. 	<p>a pessoa idosa como a participante familiar acharam que era uma boa opção.</p> <p>04/02/2024 a 05/02/2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de participantes familiares muito preocupados com o medo de queda do seu familiar idoso são 6. - A família D, realizou a cópia da chave do domicílio e entregou-a à familiar que vive próximo, no contato final a participante familiar refere que esta decisão a ajuda muito a sentir-se mais tranquila; - A família Q, conseguiu articular-se de modo a integrar outra filha na dinâmica familiar cuidador e pessoa idosa e desta forma a pessoa idosa acaba por cumprir os horários da terapêutica e apresenta mais vida social.
--	--	--	--	---	--

Data	Apreciação familiar segundo MDAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar segundo CIPE 2015	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação
10.12.2023	<p>Dimensão estrutural</p> <p>- Entrevista; - Visita domiciliária - Instrumento de avaliação dos fatores de risco de queda no domicílio</p>	<p>Segurança doméstica não presente (código CIPE: 10031397).</p> <p>Famílias abrangidas por este diagnóstico (todas as participantes)</p>	<p>Curto Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar a avaliação estrutural do domicílio de todos os participantes; - Aplicar o instrumento de avaliação dos fatores de risco de queda no domicílio; - Avaliar medidas de segurança implementadas nos domicílios de modo a reduzir o risco de queda e o medo de queda. - Avaliar a existência de barreiras arquitetônicas no domicílio; <p>Médio Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações nos fatores de risco ambientais, concretamente no mais acessíveis (aplicação de barras de apoio, 	<ul style="list-style-type: none"> - Criar uma atmosfera facilitadora de confiança; - Validar as preocupações referentes ao domicílio, assim como dificuldades sentidas relativamente à segurança ou não do mesmo, - Encorajar a expressão de sentimentos, medos, angustias; Demonstrar disponibilidade à família para ajudar quando necessário; - Apoiar a tomada de decisão da família. - Aplicar o Instrumento realizado pelo investigador Instrumento de avaliação dos fatores de risco de queda no domicílio - Providenciar material educativo, designadamente os folhetos "<i>Casa Segura: família segura</i>" e <i>Medo de queda! Como prevenir as quedas no domicílio</i>; - Identificar quais as medidas de segurança já implementadas, e as que necessitam de ser realizadas e assinalar as mesmas no folheto "<i>Casa Segura: Família segura</i>". - Identificar a perceção tanto do familiar como da pessoa idosa sobre as medidas de segurança não implementadas, assim como das necessárias; - Motivar para alterações e adaptação de barreiras arquitetônicas; - Elogiar as competências e pontos fortes dos participantes. - Consciencializar os participantes da necessidade de manter as boas medidas já implementadas e alterar as necessárias; - Informar sobre possibilidade de apoio dos serviços sociais, concretamente assistente social para obras de remoção de barreiras arquitetônicas. - Encaminhar para serviços sociais caso seja solicitado, recursos comunitários. 	<p>10.12.2023 a 12.01.2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizada avaliação estrutural de todas as famílias participantes (apêndice... - Aplicado instrumento de avaliação em todos os domicílios, e constatou-se que apenas 11,8% deles apresenta barras de apoio no wc; - Grande parte dos domicílios encontram-se sem tapetes, e com boa iluminação, contudo 78,6% apresentavam barreiras arquitetónicas; - verificou-se 76,5% dos domicílios com escadas, sem degraus identificados, nem com antiderrapante; - 64,7% das sanitas não apresenta altura suficiente para as pessoas idosas se levantarem sozinhas da mesma; - O caminho entre o quarto e o Wc encontra-se livre de obstáculos em 64,7% e 94,1% das pessoas idosas conseguem aceder com facilidade a uma luz quando estão na cama. Em entrevista todos eles responderam que acedem sempre a luz quando se levantam durante a noite; - Os domicílios encontravam-se sem fios, nem objetos espalhados, pelo chão (94,1%); - Todos os participantes idosos no dia da visita domiciliária eram utilizadores de calçado confortável e antiderrapante; - Enviados emails para estruturas camarárias, e juntas de freguesia sobre apoio para intervenção nos domicílios (3 estruturas), contudo nenhuma delas oferece este serviço, <p>04.01.2024 a 05.01.2024</p>

			<p>identificação de degraus, aquisição de alteador de sanitário)</p> <ul style="list-style-type: none">- Que pelo menos 2 famílias façam as alterações acima descritas no final do projeto. <p>Longo Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Que os participantes familiares e idosos promovam um ambiente doméstico seguro;- Que 5 familiares realizem as alterações aconselhadas durante o projeto.		<ul style="list-style-type: none">- O familiar participante (E) refere ter comprado barras de apoio e que as irá instalar no wc dos pais;- Duas familiares (K, Q) referem ter comprado tiras antiderrapantes e já as aplicaram;- Duas famílias (D, O) referem já ter conversado com os seus condomínios para a colocação de tiras antiderrapantes nas escadas, estando a aguardar resposta destes;- Três pessoas idosas (J,K,O) referem querer comprar alteador para o sanitário.
--	--	--	--	--	--

Data	Apreciação familiar segundo MDAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar, segundo CIPE 2015	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação
4.12.2023	<p>Dimensão Funcional-</p> <p>-Entrevista</p> <p>- Questionário inicial da pessoa Idosa com medo de queda;</p> <p>-FES -I7 itens</p>	<p>Risco de coping familiar comprometido (código CIPE: 10032364)</p> <p>Famílias (E, B, G, P, O, N, I, K, Q);</p>	<p>Curto Prazo:</p> <p>- Que as famílias consigam verbalizar emoções, necessidades e projetos;</p> <p>-Que as famílias identifiquem anteriores métodos de gestão de situações, a que recorreram no passado.</p> <p>Médio Prazo:</p> <p>-Que as famílias consigam realizar atividades, ou ter momentos de lazer em conjunto.</p> <p>- Que outros membros da família intervenham no cuidado à pessoa idosa;</p> <p>Longo Prazo:</p> <p>- Que os participantes familiares e pessoas idosas</p>	<p>- Criar uma atmosfera facilitadora de confiança;</p> <p>- Encorajar a expressão de sentimentos, medos, angustias e preocupações;</p> <p>- Incentivar o familiar a verbalizar as suas necessidades, assim como a pessoa idosa.</p> <p>- Incentivar o familiar a convidar outros familiares para o ajudarem no cuidado à pessoa idosa.</p> <p>-Promover a narrativa das situações ocorridas tanto na visão da pessoa idosa como na do familiar;</p> <p>- Normalizar as respostas emocionais dos participantes;</p> <p>- Demonstrar disponibilidade à família para ajudar quando necessário;</p> <p>- Apoiar a tomada de decisão da família.</p> <p>- Identificar com os participantes como as quedas ocorridas influenciam as suas relações;</p> <p>-Identificar junto do familiar que outras pessoas da família podem colaborar e intervir de modo a melhorar a dinâmica familiar;</p> <p>- Identificar com os participantes quais são as forças da família para a gestão deste problema;</p> <p>- Elogiar as famílias sobre a forma como encaram a situação, e promover a aquisição de outras competências.</p> <p>- Identificar com os participantes respostas sociais para a realização de atividades lúdicas por parte tanto do familiar como da pessoa idosa;</p> <p>- Incentivar a prática de atividades físicas e lúdicas que todos os elementos familiares gostem.</p> <p>- Incentivar os familiares a colocarem-se no lugar dos seus familiares idosos, com atenção às suas dificuldades, à sua dinâmica de vida anterior e ainda às suas características pessoais;</p>	<p>10.12.23 a 5.02.2024</p> <p>- Os familiares verbalizam cansaço e dificuldade em que os seus familiares idosos tenham atenção no seu dia-a-dia. Quando confrontados para se colocarem no lugar deles, 3 eles demonstram tristeza, e referem nunca ter pensado como é difícil perder as suas capacidades físicas e assistir à falta de confiança dos familiares. Contudo 6 deles, referem que é difícil, mas também é difícil para eles e que os seus familiares sabem como têm uma vida ocupada e que os poderiam poupar (E, B, G, I, K, O)</p> <p>- Durante as visitas domiciliárias constatou-se que em dois dos domicílios que além das pessoas participantes, estavam presentes outros familiares (neta; esposa de filho). Numa das situações após a entrevista a filha da pessoa idosa, falou com restante família, e pediu para alguém ser cuidador da sua mãe com ela, sendo que a sobrinha se disponibilizou e no dia da visita parecia muito feliz com a decisão, assim como a pessoa idosa e familiar.</p> <p>- Durante as visitas constatou-se que um dos motivos de discórdia é a utilização do telefone, ou seja, as pessoas idosas têm telefone (14 delas), contudo cinco não andam com ele, ou não atendem ao mesmo (B, I, K, Q, P) deixando o seu familiar preocupado com incerteza de algo ter ocorrido, fazendo com que uma das familiares já nem ligue ao seu familiar idoso (I).</p> <p>04.01.2024 a 05.01.2024</p>

			<p>comuniquem de forma assertiva, transmitindo as suas necessidades, medos de forma genuína, e sem medo de represálias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar as pessoas idosas a colocarem-se no lugar dos seus familiares, com atenção às suas responsabilidades, necessidades, dinâmica familiar e características pessoais; - Incentivar a utilização do telemóvel de forma efetiva, com recurso a bolsa de transporte, cordão. - Encaminhar as famílias para recursos comunitários, para realização de atividades físicas ou lúdicas. - Reforçar a disponibilidade da equipa e facultar à família o contacto telefónico; - Marcar contato telefónico para avaliar o projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Durante a entrevista telefónica constatou-se que 3 dos indivíduos que habitualmente não andavam com telemóvel já andam com ele com mais regularidade, tendo a pessoa idosa I, atendido logo a chamada. - Na família Q, em que existia dificuldade na gestão da comunicação e risco de sobrecarga do familiar, conseguiram que a outra filha da pessoa idosa se envolvesse mais nos cuidados, o que ajudou no cumprimento do regime terapêutico e na gestão do stress do familiar participante. - Junto da família O, constatou-se na avaliação final que a pessoa idosa começou a sair todos os dias de casa para tomar o seu café num espaço comercial nos arredores da sua casa, e começou a frequentar um recurso comunitário, em que realiza aulas de Macramé, estando esta satisfeita e feliz com esta mudança, assim como o seu familiar.
--	--	--	---	--	---

Data	Apreciação familiar segundo MDAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar, segundo CIPE, 2015	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação
10.12.2023	<p>Dimensão Funcional-</p> <p>-Entrevista -Questionário inicial ao familiar e pessoa idosa com medo de queda no domicílio</p>	<p>Falta de conhecimento sobre regime medicamentoso Código CIPE 10021941</p> <p>Famílias Abrangidas: todas, visto todas as pessoas idosas tomarem medicação diariamente, contudo de forma mais personalizada para a família N e Q.</p>	<p>Curto Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender quais os fatores que promovem o não cumprimento do regime medicamentoso; - Compreender conhecimentos sobre o regime medicamentoso e importante do seu cumprimento; <p>Médio Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que todos os participantes cumpram o seu regime medicamentoso. <p>Longo Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que todos os participantes cumpram o seu regime medicamentoso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a expressão de dúvidas sobre os medicamentos a tomar, assim como horário, efeitos secundários e possíveis efeitos no risco queda da pessoa idosa; - Promover o apoio da família; - Elogiar a pessoa idosa por reconhecer a importância do cumprimento do regime medicamentoso; - Ensinar os participantes sobre o seu regime medicamentoso, horário, efeitos secundários e interações medicamentosas com possíveis efeitos no risco queda da pessoa idosa; - Ensinar sobre procedimentos redutores de risco; -Promover a interajuda entre o participante familiar e a pessoa idosa, ou entre outros familiares; - Avaliar conhecimento sobre o regime medicamentoso; - Avaliar atitude face à gestão da medicação; 	<p>10.12.2023 a 12.01.2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos os participantes idosos tomam terapêutica diariamente; - Quase todos conseguem explicar a posologia, finalidade e horário de administração, contudo o participante idoso Q, refere tomar a medicação do pequeno-almoço apenas com uma hora de intervalo com a do almoço, contendo ambas anti hipertensores (utente com história anterior de tonturas); - A maioria dos participantes familiares colabora na aquisição e pedido de medicação à USF, mas a pessoa idosa é a responsável pela sua toma, à exceção das famílias E J, em que os participantes familiares preparam a terapêutica em caixas semanais, pois no passado constataram erros medicamentosos com situações de quedas. <p>04.02.2024 a 05.02.2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Familiar participante Q, refere que a família conversou e encontrou força para resolver esta situação. A pessoa idosa começou a integrar-se mais no trabalho da filha e por isso começou a cumprir horários da toma da medicação, assim como apresenta mais contactos sociais. - A família N, o participante familiar encontra-se a tentar introduzir as caixas de medicação semanais, contudo sem grande aceitação pela pessoa idosa.

Data	Apreciação familiar segundo MDAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar segundo CIPE, 2015	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação
10.12.2023	<p>Dimensão Funcional-Expressiva (Papéis)</p> <p>-Entrevista</p> <p>-Questionário Inicial do familiar de pessoa idosa com medo de queda no domicílio</p> <p>- Visita Domiciliária</p>	<p>Capacidade da família para gerir regime comprometida</p> <p>Código CIPE: 10000703</p> <p>Diagnóstico aplicável a todas as famílias, na componente do regime de exercício, segurança doméstica, utilização de produtos de apoio</p>	<p>Curto Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que todos os participantes consigam compreender as suas funções e atividades na família; - Que as famílias consigam comunicar de forma assertiva as suas necessidades; - Que as famílias identifiquem forças e recursos internos e externos para gerir o seu problema. <p>Médio Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que as famílias consigam gerir o regime necessário, de modo adequado. <p>Longo Prazo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criar uma atmosfera facilitadora e de confiança; - Encorajar a expressão de sentimentos, medos, angústias e preocupações de todos os participantes; - Promover o apoio familiar; - Demonstrar disponibilidade para ajudar quando necessário; - Apoiar a tomada da família; - Ensinar sobre a importância de estimular a independência da pessoa idosa, nas atividades de vida diária, nas atividades recreativas ou de lazer; - Ensinar sobre adequação do exercício às limitações de cada um dos participantes idosos; - Ensinar sobre estratégias adaptativas do défice sensorial (recurso a óculos, prótese auditiva); - Ensinar sobre uso de dispositivo de apoio (uso de andador, bengalas, barras de apoio WC, alçapão de sanitário); - Ensinar sobre técnicas de transferência (WC/ cadeira; posição supina/ sentar no automóvel); - Envolver ambos os participantes no processo de tomada de decisão sobre métodos adaptativos; - Ensinar a gerir a dor, tanto para a pessoa idosa como para o familiar (administrar analgésicos antes de realizar movimento, realizar pequeno aquecimento antes de iniciar exercício/ marcha; realização de exercício físico com regularidade, principalmente em meio aquático); - Identificar expectativas sobre cuidados ao domicílio se necessário; - Promover a aceitação do estado de saúde à pessoa idosa; - Promover a interajuda entre a pessoa idosa e o participante familiar; 	<p>10.12.2023 a 12.01.2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - De uma forma geral todos os participantes expressaram os seus sentimentos e preocupação com a gestão do regime, assim como pela presença de medo de queda no seu familiar idoso; - Às famílias foi realizado ensino relativamente a défice sensorial (E, A, H), todos referem não ter uma consulta de oftalmologia há mais de 2 anos, e referem diminuição da acuidade visual mesmo com os seus óculos; M, refere estar a ouvir menos que o habitual, e ainda não recorreu ao Otorrinolaringologista. - Realizados ensinamentos relativos à utilização de meios auxiliares de marcha nas famílias J, K, O. - A pessoa idosa da família P, apresenta dor incapacitante na deambulação, sendo este facto motivo para redução da atividade diária, contudo continua a reunir-se com o seu grupo de conhecidas todos os dias; <p>04/02/2024 a 05/02/2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - As famílias E, B, P, Q referem que fazem mais atividades domésticas em conjunto do que anteriormente; - Pessoa idosa O, apesar de ter deambulado com bengala durante a visita domiciliária, posteriormente não voltou a usá-la, contudo têm frequentado atividades recreativas desenvolvidas pela Junta de Freguesia, e a seu familiar conseguiu regressar ao trabalho; - Famílias D, I, Q referem estar muito satisfeitas com as alterações que ocorreram na dinâmica familiar, com a participação no projeto.

				<ul style="list-style-type: none">- Providenciar recurso informativo, Folheto " O meu Familiar caiu em casa: Como atuar".- Identificar com a pessoa idosa e familiar quais os produtos de apoio necessários e quais os mais indicados para cada um dos participantes;- Motivar o participante familiar a promover a realização de atividades de lazer e a aumentar os seus contatos sociais;- Reforçar a capacidade afetiva dos participantes familiares para alterarem comportamentos ou pedirem ajuda;- Elogiar os participantes por refletirem sobre estes assuntos e demonstrarem vontade de mudar tarefas, atitudes para o bem-estar da família;- Reforçar a disponibilidade da equipa e facultar à família o contacto telefónico.	
--	--	--	--	--	--

APÊNDICE XI Indicadores de avaliação do PIESF

Indicador relacionado com condições habitacionais	Fórmula	Objetivo	Valor obtido
Taxa de habitações com barreiras arquitetónicas	Taxa de habitações com barreiras arquitetónicas $= \frac{\text{Número de habitações com barreiras arquitetónicas}}{\text{Número total de habitações}} \times 100\%$	70%	70,6%
Taxa de habitações sem barreiras arquitetónicas	Taxa de habitações sem barreiras arquitetónicas $= \frac{\text{Número de habitações sem barreiras arquitetónicas}}{\text{Número total de habitações}} \times 100\%$	30%	29,4%
Taxa de habitações com barras de apoio no WC, e sanitário	Taxa de habitações com barras de apoio no Wc e sanitário $= \frac{\text{Número de habitações com barras de apoio no Wc e sanitário}}{\text{Número total de habitações}} \times 100\%$	50%	11,8%
Taxa de habitações com escadas identificadas e com antiderrapante	Taxa de habitações com escadas identificadas e com antiderrapante $= \frac{\text{Número de habitações com escadas identificadas e com antiderrapante}}{\text{Número total de habitações}} \times 100\%$	50%	76,5%

Indicador Sociais	Fórmula	Objetivo	Valor obtido
População idosa com medo de queda - FES I7Itens < 16,5	$\frac{\text{Número de participantes idosos com medo de queda}}{\text{Número total de participantes idosos}} \times 100\%$	100%	100%
Número de familiares muito preocupados no início do projeto com pessoa idosa com medo de queda	$\frac{\text{Número familiares muito preocupados no início do projeto com pessoa idosa}}{\text{Número total de familiares}} \times 100$	65%	68,4%
Número de familiares muito preocupados no final do projeto com pessoa idosa com medo de queda	$\frac{\text{Número familiares muito preocupados no final do projeto com pessoa idosa}}{\text{Número total de familiares que aderiram ao projeto}} \times 100$	50%	35,3%

Indicador de atividade	Fórmula	Objetivo	Valor obtido
Número de reuniões multidisciplinares para apresentação do projeto e resultados	_____	2	2
Número de ferramentas elaboradas para dar resposta ao projeto	_____	4	4
Número de visitas domiciliárias realizadas no âmbito do projeto	_____	19	17
Número de contatos telefónicos realizados no âmbito do projeto	_____	38	34

Indicador resultado	Fórmula	Objetivo	Valor obtido
Adesão do projeto	$\frac{\text{Número de famílias participantes no início do projeto}}{\text{Número total de famílias iniciais}} \times 100\%$	70%	89,5%
Conhecimento demonstrado sobre colocação de barras de apoio no duche/ banheira	$\frac{\text{Número de famílias participantes que referem ir colocar barras de apoio}}{\text{Número total de famílias que aderiram ao projeto}} \times 100\%$	25%	Referem 5, 29,4%
Conhecimento demonstrado sobre a utilização e manutenção de telemóvel próximo na pessoa idosa no final do projeto	$\frac{\text{Número de pessoas idosas que mantem no final telemóvel proximo de si}}{\text{Número de pessoas idosas que têm telemóvel mas não o utilizam}} \times 100\%$	50%	60% 5 não utilizam, mas têm 3 utilizam no final
Número de habitações com alterações após participação no projeto		4	5 (1 alteador, 2 barras, 2 tiras antiderrapantes)
Valor de FES-I7 Itens inicial	Obtenção de valor de FES I-7 Itens Inicial dos participantes que concluíram o projeto	17,5	17,76

Valor de FES -17 itens finais	Obtenção de valor de FES I-7 Itens Final dos participantes que concluíram o projeto	16	16,18
Taxa de efetividade na prevenção de queda	Taxa de efetividade na prevenção de queda $= \frac{\text{Número de participantes idosos com queda durante o projeto}}{\text{Número total de participantes idosos que aderiram ao projeto}} \times 100\%$	80%	88,2% 2 caíram
Número de quedas ocorridas pelas pessoas idosas durante o projeto	Número de quedas ocorridas pelas pessoas idosas durante o projeto	5	2

Indicador de satisfação	Fórmula	Objetivo	Valor obtido
Satisfação dos familiares com a participação no projeto	Taxa de satisfação com o projeto = $\frac{\text{Número de familiares que ficaram satisfeitos com o projeto}}{\text{Número total familiares participantes}} \times 100\%$	85%	100%
Satisfação das pessoas idosas com a participação no projeto	Taxa de satisfação com o projeto = $\frac{\text{Número de pessoas idosas que ficaram satisfeitos com o projeto}}{\text{Número total participantes idosos}} \times 100\%$	85%	100%
Taxa de adesão ao projeto	Taxa de adesão do projeto = $\frac{\text{Número de famílias participantes finais no projeto}}{\text{Número de famílias participantes iniciais do projeto}} \times 100\%$	85%	89,5%

Apêndice XII - Apresentação dos resultados do PIESF à equipa multidisciplinar da

USF

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Apresentação dos resultados do Projeto de Intervenção

“Capacitação de familiares de pessoas idosas com medo de queda no domicílio- Intervenção do Enfermeiro de Família”

En^ª Ana Luísa Almeida
 En^ª Orientadora clínica:
 Professora Orientadora: Ana Paula Neves

ESEL
 Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

fevereiro, 2024

1

Introdução

A recorrência de quedas é referenciada como o principal fator do medo de cair entre as pessoas idosas que residem no seu domicílio (Vitorino et al., 2017). O medo de queda tem consequências para a pessoa idosa e seus familiares, pela diminuição da autonomia e independência, a institucionalização precoce, ou ainda o stress do cuidador.

A segurança da pessoa com risco de queda é um direito, mas também compreender como o medo de queda e o risco de queda pode influenciar a restante família torna-se crucial para a Enfermagem de Saúde Familiar.

Este projeto de intervenção foi realizado entre 24 de Novembro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024, durante 9 semanas, durante a duração da unidade curricular-Estágio com Relatório, do 1 Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar.

ESEL
 Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2



3

Resultados relativos aos participantes familiares

Caracterização sociodemográfica do familiar de pessoa idosa.

- Amostra de 17 familiares. A idade média do familiar da pessoa idosa é de 53,3 anos, ou seja, indivíduo ainda em fase ativa laboral. Sendo a idade máxima de 76 anos e a mínima de 23 anos.

		Sexo do familiar			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	F	13	76,5	76,5	76,5
	M	4	23,5	23,5	100,0
Total		17	100,0	100,0	

Idade do familiar	
N	Válido 17
	Omissão 0
Média	53,29
Mediana	57,00
Erro Desvio	14,017
Intervalo	53
Mínimo	23
Máximo	76

ESEL
 Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

4

Resultados relativos aos participantes familiares

- **Grau de parentesco:** filhos (n=10), 3 familiares são casados com a pessoa idosa e os restantes quatro indivíduos apresentam outro grau de parentesco com a pessoa idosa, sendo 3 noras e 1 neta.
- Estes familiares são na sua maioria casados (n=13), sendo dois solteiros e outros dois encontram-se em união de facto.

Grau de Parentesco				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Válido	Esposa/Marido	3	17,6	17,6
	Filho(a)	10	58,8	76,5
	Outro	4	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0

Contexto social do familiar				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Válido	Casado(a)	13	76,5	76,5
	União de facto	2	11,8	88,3
	Solteiro(a)	2	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0

5

Resultados relativos aos participantes familiares

- **Habilitações académicas:** cinco destes possuem o 3º ciclo do ensino básico, seis o ensino secundário, dois o ensino profissionalizante e também dois 1º ciclo do ensino básico, dois destes familiares possuem formação ao nível do ensino superior.

Habilitações do familiar				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Válido	1º Ciclo Ensino Básico	2	11,8	11,8
	2º Ciclo Ensino Básico	5	29,4	41,2
	Ensino Secundário	6	35,3	76,5
	Curso	2	11,8	88,2
	Profissionalizante	2	11,8	100,0
	Curso Superior	2	11,8	100,0
Total	17	100,0	100,0	

6

Resultados relativos aos participantes familiares

Caracterização do familiar relativamente a antecedentes de queda e preocupação com queda

- **Antecedentes de queda:** três familiares já tinham vivenciado uma queda nos últimos 12 meses, nove familiares referem nunca ter caído ou não se lembrar de ter caído, e três dos familiares referem que caíram há mais de 1 ano.

Presença de queda nos últimos 12 meses				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim, mais do que uma vez	1	5,9	5,9
	Sim, uma vez	3	17,6	23,5
	Não, mas cai no passado	3	17,6	41,2
	Não, nunca cai	9	52,9	94,1
	Não me lembra, mas alguém próximo de mim caiu	1	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0

7

Resultados relativos aos participantes familiares

Caracterização do familiar relativamente a antecedentes de queda e preocupação com queda

- **Preocupação com queda do familiar idoso:** todos demonstram preocupação com a situação, sendo que 64,7% deles referem que estão muito preocupados (n=11), e 35,3% referem-se preocupados (n=6).

Preocupação com Queda do seu familiar idoso				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim, muito preocupado	11	64,7	64,7
	Sim, preocupado	6	35,3	100,0
	Total	17	100,0	100,0

- **Como reduz a preocupação:** 58,8% referem que contactam o seu familiar idoso (n=10), 29,4% (n=5) além de contactarem o familiar, pedem a outro familiar ou vizinho para visitar o seu familiar idoso, 5,9% ou seja (n= 1) pedem a um vizinho ao familiar para ir visitar o seu familiar idosos e um familiar refere que não faz nada.

Como reduz a preocupação				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Válido	Contacta o seu familiar	10	58,8	58,8
	Pede a um vizinho ou outro familiar para ir visitar o seu familiar	1	5,9	64,7
	faz ambos, os dois anteriores	5	29,4	94,1
	Não faz nada	1	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0

8

Resultados relativos aos participantes pessoa idosa

Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa com medo de queda

- **Amostra:** composta por 17 pessoas idosas, sendo 41,2% (n=7) do sexo masculino e sendo 58,8% (n=10) do sexo feminino.

Sexo da pessoa idosa				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido F	10	58,8	58,8	58,8
M	7	41,2	41,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

- **Idade das pessoas idosas:** média de idades é de 80,41anos, apresentado a pessoa mais velha 89 anos e a pessoa mais nova 68 anos.

Idade da pessoa idosa	
N	17
Válido	0
Orçãos	0
Média	80,41
Mediana	82,00
Erro Padrão	5,960
Intervalo	21
Mínimo	68
Máximo	89

9

Resultados relativos aos participantes pessoa idosa

Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa com medo de queda

- **Agregados familiares:** 35,3% de famílias unipessoais (n =6), e 52,9 % são famílias nucleares constituídas por casal (n=9), duas famílias alargadas, uma com 3 elementos e outra com 5.

A partir da entrevista realizada é possível constatar que as famílias nucleares e unipessoais se encontram todas na etapa de desenvolvimento de "Família em fim de vida" (etapa VI segundo Ciclo de Vida McGoldrick e Carter, 2012).

Agregado familiar				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	6	35,3	35,3	35,3
2	9	52,9	52,9	88,2
3	1	5,9	5,9	94,1
5	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

- **Estado civil:** amostra é constituída por 58,8% de pessoas casadas e 41,2% de indivíduos viúvos.

Estado Civil				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Casado(a)	10	58,8	58,8	58,8
Viúvo(a)	7	41,2	41,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

10

Resultados relativos aos participantes pessoa idosa

Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa com medo de queda

Habilitações académicas: Quando se verificam as habilitações literárias, constata-se que 64,7% apresentam o 1º ciclo, sendo a segunda habilitação mais frequente nenhuma com 11,8% e todas as restantes com 5,9%.

Habilitações académicas				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1º ciclo do ensino básico	11	64,7	64,7	64,7
2º ciclo do ensino básico	1	5,9	5,9	70,6
3º ciclo do ensino básico	1	5,9	5,9	76,5
Ensino secundário	1	5,9	5,9	82,4
Curso superior	1	5,9	5,9	88,2
Nenhuma	2	11,8	11,8	100,0
Total	17	100,0	100,0	

11

Resultados relativos aos participantes pessoa idosa

Caracterização da pessoa idosa relativamente a antecedentes de queda, antecedentes pessoais de saúde e preocupação com queda

Um dos critérios para inclusão no projeto, é a presença de uma queda no último ano.

- **Antecedentes de queda:** 58,8% das pessoas idosas apresentaram uma queda no último ano, e 41,2% duas ou mais quedas no último ano.

Antecedentes queda ocorridas no último ano				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1 queda	10	58,8	58,8	58,8
2 quedas ou mais	7	41,2	41,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

12

Resultados relativos aos participantes pessoa idosa

Caracterização da pessoa idosa relativamente a antecedentes de queda, antecedentes pessoais de saúde e preocupação com queda

- Antecedentes pessoais de saúde:** O antecedente mais frequente é a toma diária de medicação (n=17). O segundo antecedente de saúde mais frequente é a presença de visão comprometida com 70,6% (n=12). A presença de alterações sensoriais foi ainda questionada relativamente à audição, com 52,9% (n=9) pessoas a referirem audição comprometida, e posteriormente foram inquiridas sobre a presença de dor durante a deambulação, sendo a resposta positiva em 70,6% da amostra (n=12).

Toma Diária de medicação				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válida Sim	17	100,0	100,0	100,0

Visão comprometida				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válida Sim	12	70,6	70,6	70,6
Não	5	29,4	29,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Audição comprometida				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válida Sim	9	52,9	52,9	52,9
Não	8	47,1	47,1	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Presença de dor na mobilização				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válida Sim	12	70,6	70,6	70,6
Não	5	29,4	29,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Recurso a produto de apoio marcha				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válida Sim	6	35,3	35,3	35,3
Não	11	64,7	64,7	100,0
Total	17	100,0	100,0	

13

Resultados relativos aos participantes pessoa idosa

Caracterização da pessoa idosa relativamente a antecedentes de queda, antecedentes pessoais de saúde e preocupação com queda

- Preocupação com medo de cair:** Relativamente à preocupação com o medo de cair, na visão do próprio, 29,4 % dos indivíduos encontram-se muito preocupados em cair (n=5), e preocupados em cair, 41,2% (n=7). E 17,6% dos indivíduos manifestam-se moderadamente preocupados, e 10,8% dos participantes referem pouca ou nenhuma preocupação com a temática.

Preocupação com queda				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válida Sim, muito preocupado	5	29,4	29,4	29,4
Sim, preocupado	7	41,2	41,2	70,6
Moderadamente preocupado	3	17,6	17,6	88,2
Pouco preocupado	1	5,9	5,9	94,1
Nada preocupado	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

FES-17 Itens	
n	Válida 17
	Omitido 0
Média	17,76
Mediana	17,00
Erro Desvio	2,306
Intervalo	7
Máximo	15
Mínimo	22

- FES- 17 Itens:** Valor médio de 17,76 » presença medo de queda muito elevado. O indivíduo com o valor inferior de FES – 17 itens pontuou 15, ou seja, presença de medo de queda moderado, e o valor mais elevado encontrado foi de 22, presença de medo extremo.

14

Resultados relativos aos participantes pessoa idosa

Caracterização da pessoa idosa relativamente a antecedentes de queda, antecedentes pessoais de saúde e preocupação com queda

- Acesso anterior a formação específica nesta área:** referem nunca ter tido, nem sobre o medo de queda nem sobre a prevenção de queda, 88,2% (n=15) pessoas, sendo que 11,8% delas manifestam que já tinham tido informação anteriormente, todos os participantes manifestaram vontade de frequentar o projeto e de obter mais informação sobre esta temática.

Acesso anterior a informação sobre prevenção e medo de queda no domicílio				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válida Sim	2	11,8	11,8	11,8
Não	15	88,2	88,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Gostava de participar no projeto				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válida Sim	17	100,0	100,0	100,0

15

Resultados relativos aos Participantes pessoa idosa

Caracterização dos participantes idosos de acordo com a FES- 17 Itens

Foram exploradas todas as variáveis da FES | 7itens, de modo a trazer mais contributos para a intervenção personalizada junto de famílias, e assim adaptar melhor os diagnósticos de enfermagem de saúde familiar. Compreende-se que a maioria dos participantes refere ter medo de cair enquanto desempenha atividades diárias como a realização dos cuidados de higiene, subir ou descer escadas e ainda apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão.

Atendendo à importância destas atividades, decidiu-se ainda verificar os níveis de preocupação individualizada destas três variáveis, de forma independente.

Mediana de variáveis de FES 7 Itens - Inicial							
	Viver no 1º, 2º ou 3º andar	Tomar banho ou ducha	Sentir-se inseguro de uma escada	Subir ou descer escadas	Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	Subir ou descer uma escada	Frequentar um espaço social
n	17	17	17	17	17	17	17
Válida	0	0	0	0	0	0	0
Omitido	0	0	0	0	0	0	0
Mediana	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00

16

Resultados relativos aos participantes pessoa idosa

Caracterização dos participantes idosos de acordo com a FES- I 7 itens

Atendendo à importância destas atividades, decidiu-se ainda verificar os níveis de preocupação individualizada destas três variáveis, de forma independente:

- **Variável Tomar banho ou duche:** 14 dos participantes (82,3%) demonstram entre muita e extrema preocupação;
- **Variável Subir e descer as escadas:** 16 dos participantes (94,1 %) manifestam muita ou extrema preocupação;
- **Variável Apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão:** 64,7% dos inquiridos referem estar muito ou extremamente preocupados (n=11).

Tomar banho ou duche

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido: Um pouco preocupado	3	17,6	17,6	17,6
Muito preocupado	9	52,9	52,9	70,6
Extremamente preocupado	5	29,4	29,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Apanhar algo acima do nível da cabeça ou chão

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido: Um pouco preocupado	6	35,3	35,3	35,3
Muito preocupado	10	58,8	58,8	94,1
Consentimento ou preocupação	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Subir ou descer escadas

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido: Nem um pouco preocupado	1	5,9	5,9	5,9
Muito preocupado	11	64,7	64,7	70,6
Extremamente preocupado	5	29,4	29,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem foram formulados de acordo com a **linguagem da CIFE (Ordem dos Enfermeiros, 2016)**, e **estruturados de acordo com o MDAIF (Figueiredo, 2012)**.

A **dimensão Estrutural** foi avaliada de forma individual em cada família. Tendo em conta esta avaliação da dimensão estrutural, com as respostas obtidas em entrevista de enfermagem de saúde familiar, e a caracterização inicial dos familiares e pessoas idosas foi possível delimitar os seguintes diagnósticos:

- Edifício residencial não seguro;
- Precaução de segurança não demonstrado;
- Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não segura não demonstrado pela pessoa idosa;
- Conhecimento sobre precaução de segurança não demonstrado pela pessoa idosa;
- Conhecimento sobre precaução de segurança não demonstrado pelo familiar de pessoa idosa.

Na **dimensão Funcional**, foi possível constatar os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Comportamento de adesão não demonstrado, na aquisição de equipamentos adaptativos para a utilização segura do sanitário;
- Conhecimento do familiar cuidador, para prevenção da queda comprometido;
- Conhecimento do familiar cuidador sobre a importância de estimular a independência no auto-cuidado;
- Conhecimento do familiar cuidador sobre a importância de estimular a independência na atividade física;
- Conhecimento da pessoa idosa sobre a administração de medicamentos não demonstrado;
- Conhecimento da pessoa idosa sobre o auto cuidado atividade física não demonstrado;
- Saturação de papel de prestador de cuidados;
- Comunicação familiar não eficaz;
- Coping familiar não eficaz;
- Relação dinâmica disfuncional
- Medo de queda presente na pessoa idosa
- Risco de queda presente na pessoa idosa

Resultados relativos ao domicílio

Resultados da aplicação do instrumento de avaliação de segurança do domicílio

Este instrumento permitiu avaliar o ambiente domiciliário relativamente às condições externas, internas e ainda utilização ou não de meios de prevenção de quedas.

Características gerais do domicílio:

- **Presença de animais de estimação:** 42,1 % dos agregados existiam animais de estimação, contudo pela observação constou-se que 3 deles não circulavam livremente pelo domicílio.
- **Presença de barreiras arquitetónicas:** verificou-se em 70,6% das habitações
- **Piso antiderrapante na casa:** 58,8% constatou-se que o piso do chão era antiderrapante;
- **Exterior sem obstáculos:** 82,4% apresentaram um exterior limpo e desobstruído;
- **Iluminação:** 88,2% dos domicílios apresentam boa iluminação
- **Presença de tapetes:** 5,9%, ou seja um domicílio tinha tapetes no chão, todos os restantes já se encontravam sem tapetes ao longo da casa.

Presença de barreiras arquitetónicas

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido: Sim	12	70,6	70,6	70,6
Não	5	29,4	29,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Iluminação a dequada na casa

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido: Sim	15	88,2	88,2	88,2
Não	2	11,8	11,8	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Presença de tapetes no soalho

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido: Sim	1	5,9	5,9	5,9
Não	16	94,1	94,1	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Piso da casa antiderrapante

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido: Sim	10	58,8	58,8	58,8
Não	7	41,2	41,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Resultados relativos ao domicílio

Resultados da aplicação do instrumento de avaliação de segurança do domicílio

Questões relativas a características do quarto e wc:

- **Caminho entre o quarto e wc se encontra livre de obstáculos** em 64,7%, assim como 94,1% dos inquiridos consegue aceder com facilidade a uma luz quando se encontra na cama;
- Verificou-se que só 11,8% dos domicílios apresentam **barras de apoio duche ou banheira e ou sanitário**;
- 70,6% das casas de banho apresentam **tapete antiderrapante no duche/banheira**;
- Constatou-se que 64,7% das sanitas, não apresenta altura suficiente para as pessoas se levantarem sozinhas da mesma;
- Apenas 5,9% já comprou um **altador de sanita**, e 94,1% não consideraram a compra do mesmo, ou como se constatou em entrevista, desconheciam a sua existência e forma de utilização.

Presença de barras de apoio duche/banheira e sanitário

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido: Sim	2	11,8	11,8	11,8
Não	15	88,2	88,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Presença de não antiderrapante ou tapete no fundo da banheira

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido: Sim	12	70,6	70,6	70,6
Não	5	29,4	29,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Altura da sanita suficientemente elevada para a pessoa

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido: Sim	6	35,3	35,3	35,3
Não	11	64,7	64,7	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Considero adquirir um altador de sanita

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido: Sim	1	5,9	5,9	5,9
Não	16	94,1	94,1	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Resultados relativos ao domicílio

Resultados da aplicação do instrumento de avaliação de segurança do domicílio

- Presença de escadas, verificou-se que em 76,5% dos domicílios os degraus não se encontram identificados, nem com antiderrapante;
- Constatou-se a inexistência de corrimão em ambos os lados da escada em 64,7% dos domicílios.

Presença de bordos de degraus identificados e com antiderrapante

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	1	5,9	5,9	5,9
	Não	13	76,5	79,2	82,4
	Não Aplicável	3	17,6	17,6	100,0
Total		17	100,0	100,0	

Presença de corrimão de ambos os lados da escada

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	3	17,6	17,6	17,6
	Não	11	64,7	64,7	82,4
	Não Aplicável	3	17,6	17,6	100,0
Total		17	100,0	100,0	



21

Resultados relativos ao domicílio

Resultados da aplicação do instrumento de avaliação de segurança do domicílio

Vestidário, calçado e atitudes comportamentais geradoras de maior risco de queda no domicílio.

- Constatou-se que a totalidade dos participantes utilizavam calçado confortável e antiderrapante (100%);
- 58,8% (n=10) deles utilizam um escadote para alcançar objetos a níveis mais elevados que a cabeça, existindo em entrevista dois participantes que referem por vezes recorrer a cadeiras.
- Os domicílios encontravam-se bem organizados, limpos e sem brinquedos ou objetos espalhados pelo chão (94,1%) (n=16).
- Domicílios sem fios de eletrodomésticos espalhados pelo chão (94,1%) (n=16).

Recorre ao escadote para alcançar objetos acima do nível da cabeça

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	10	58,8	58,8	58,8
	Não	7	41,2	41,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Presença de brinquedos espalhados pelo chão

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	1	5,9	5,9	5,9
	Não	16	94,1	94,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Presença de cabos de eletrodomésticos pelo chão

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	1	5,9	5,9	5,9
	Não	16	94,1	94,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	



22

Resultados relativos ao domicílio

Resultados da aplicação do instrumento de avaliação de segurança do domicílio

Existência de telemóvel e utilização do mesmo, e se andam com ele habitualmente:

- Verificou-se que 82,4% dos participantes idosos já são portadores de telemóvel;
- Contudo 29,4 % não sabem utilizá-lo ou não andam com ele habitualmente. Constatando-se em entrevista que este é um fator de discórdia entre o participante idoso e familiar muito importante.

Tem telemóvel/telefone

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	14	82,4	82,4	82,4
	Não	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Anda habitualmente com o seu telemóvel e sabe-o utilizar

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	9	52,9	52,9	52,9
	Não	5	29,4	29,4	82,4
	Não Aplicável	3	17,6	17,6	100,0
Total		17	100,0	100,0	



23

Resultados Finais

Resultados finais de aplicação do questionário final ao familiar de pessoa idosa

Os familiares mantêm preocupação com o medo de queda do seu familiar, estando 64,7% (n=11) preocupados e 35,3% (n=6) muito preocupados.

Satisfação em participar no projeto: 100% e 94,2% encontram-se ou satisfeitos ou muito satisfeitos com o projeto.

Como caracteriza a sua preocupação com o medo de queda do seu familiar/idoso

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim, muito preocupado	6	35,3	35,3	35,3
	Sim, preocupado	11	64,7	64,7	100,0
	Total	17	100,0	100,0	



24

Resultados Finais

Resultados finais de aplicação do questionário final ao familiar de pessoa idosa

Dificuldades sentidas durante o projeto:
70,6% (n=12) referem que não tiveram dificuldades, contudo 29,4% (n=5) referem que a quantidade de informação transmitida foi uma dificuldade.

Aspectos positivos: 70,6% (n=12) referem que a disponibilidade do enfermeiro e a quantidade de informação fornecida foram os aspectos positivos para eles.

Dificuldades sentidas durante a participação no projeto				
Válido	Quantidade de informação transmitida	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
	Nenhuma	12	70,6	70,6
	Total	17	100,0	100,0

Aspectos positivos percebidos pelo familiar durante a participação no projeto				
Válido	Disponibilidade do enfermeiro	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
	Ambas as variáveis	12	70,6	70,6
	Total	17	100,0	100,0

25

Resultados Finais

Resultado da aplicação do questionário final à pessoa idosa

O questionário final aborda:

- histórico de quedas durante o projeto, onde ocorreram,
- aspectos positivos e negativos percebidos durante o projeto,
- avaliação da escala FES- 7itens no final

Durante o decorrer do projeto:

- 11,8% (n=2) dos participantes idosos apresentaram uma queda, tendo estas ocorrido na rua em 5,9% e no exterior de casa no outro participante.
- Verifica-se que 88,2% (n=15) dos participantes não presenciaram quedas durante o decurso do projeto.

Presença de queda durante projeto				
Válido	Nenhuma	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
	1 Queda	2	11,8	11,8
	Total	17	100,0	100,0

Se caiu, onde ocorreu?				
Válido	Exterior da Casa	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
	Rua	1	5,9	5,9
	Não Aplicável	15	88,2	88,2
	Total	17	100,0	100,0

26

Resultados Finais

Resultado da aplicação do questionário final à pessoa idosa

Satisfação em participar no projeto, 100% das pessoas idosas referem ter gostado de participar no projeto, e 47,1% (n=8) referem estar muito satisfeitas, e 52,9% (n=9) satisfeitas.

Dificuldades percebidas pelas pessoas idosas:

- quantidade de informação dada, com 52,9% (n=9) dos inquiridos a referir esta dificuldade, contudo 47,1% (n=8) referem também que não sentiram nenhuma dificuldade.

Aspectos positivos, 58,8% (n=10) referem que a disponibilidade do enfermeiro foi o aspeto mais positivo.

Encontro-se satisfeito com o projeto				
Válido	Muito satisfeito	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
	Satisfeito	9	52,9	52,9
	Total	17	100,0	100,0

Dificuldades da pessoa idosa sentidas durante a participação no projeto				
Válido	Quantidade de informação	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
	Nenhuma	8	47,1	47,1
	Total	17	100,0	100,0

Aspectos positivos percebidos pelo familiar durante a participação no projeto				
Válido	Disponibilidade do enfermeiro	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
	Ambas	7	41,2	41,2
	Total	17	100,0	100,0

27

Resultados Finais

Resultado da aplicação da FES- 17 Itens

Eficácia do projeto, recorreu-se aos valores de FES- 17 Itens no final do projeto, tendo-se obtido no questionário final um valor médio de 16,18, com uma mediana de 16.

Atendendo à tabela os valores 14 e 15 foram os mais recorrentes ambos com 47,1% do total da amostra.

Estadística de FES- 7 Itens Final

FES Final	Válido	Total
N	17	17
Mínimo	0	0
Máximo	20	20
Média	16,18	16,18
Mediana	16,00	16,00
Erro Desvio	2,007	2,007
Intervalo	8	8
Mínimo	14	14
Máximo	20	20

FES- 7 Itens final

Válido	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa	Porcentagem acumulativa
14	4	23,5	23,5	23,5
15	4	23,5	47,1	47,1
16	3	17,6	64,7	64,7
17	1	5,9	70,6	70,6
18	3	17,6	88,2	88,2
20	2	11,8	100,0	100,0
Total	17	100,0	100,0	100,0

28

Indicadores

Indicadores relacionados com condições habitacionais

- Taxa de habitações com barreiras arquitetónicas: **70,6%**
- Taxa de habitações sem barreiras arquitetónicas: **29,4%**
- Número de respostas sociais para adequação de habitações às necessidades das famílias: **0**

Indicadores sociais

- População idosa com medo de queda: **89,5%**
- População de familiares de pessoa idosa com preocupação pelo familiar com medo de queda: **100%**

Indicadores de Resultado:

- Adesão ao projeto: **89,5%**
- Satisfação das famílias com o projeto: **97,1%**
- Taxa de efetividade na prevenção de queda: **88,2%**
- Taxa de ocorrência de quedas: **11,7%**
- Valor FES- 17 itens da pessoa idosa com medo de queda inicial: **17,76**.
- Valor FES- 17 itens da pessoa idosa com medo de queda Final: **16,18**.

29

Discussão dos Resultados

Atendendo aos resultados obtidos em todas as fases, é possível verificar que as fabas etárias tanto dos familiares como das pessoas idosas se reveem com as existentes na literatura [...].

Constataram-se **duas desistências**, uma devido à institucionalização da pessoa idosa, e outra para ir viver com um familiar próximo mas longe da sua área de residência. Ambas as situações ocorrem por medo de queda tanto dos próprios como dos filhos (nestas situações). Corroborando a literatura, o medo de queda pode ter como consequência a institucionalização precoce.

Os familiares apesar de manterem preocupação com queda do seu familiar, com a participação no projeto conseguimos uma **diminuição de 68,4% de familiares muito preocupados para 35,3%**.

O medo de cair percebido pela pessoa idosa passou de **17,76 para 16,18**, com valores máximos de 20 pontos aos invés do inicial máximo de 22 pontos.

Estatísticas			
		FES-17	FES-17
		Items	Final
N	Valores	17	17
	Crises	0	0
Média		16,18	17,76
Mediana		16,00	17,00
Err. Desvio		2,007	2,306
Intervalo		6	7
Máximo		14	15
Mínimo		20	22

30

Discussão dos Resultados

A partir da entrevista telefónica final, compreendeu-se que:

- duas das pessoas que habitualmente não andavam com telemóvel o começaram a fazer;
- uma das participantes começou a sair de casa diariamente para beber o seu café, e posteriormente, a mesma iniciou atividades lúdicas no centro de dia (Macramé);
- outra família conseguiu que o seu familiar idoso começasse a tomar a medicação do pequeno almoço no horário correto (anteriormente tomava a do pequeno almoço com o almoço), com história de tonturas, e quedas no domicílio.

A nível do domicílio, duas famílias referiram que tinham comprado tias antiderrapantes, e que uma das famílias vai colocar barras de apoio para sanita e duche.

A maioria dos cuidadores referem que a presença de dispositivos como andarilhos, cadeiras de higiene, barras de apoio no WC, lhes deu confiança em ajudar os seus familiares idosos na realização das atividades (Ang, 2019).

31

Discussão dos Resultados

Atendendo que as visitas domiciliárias foram realizadas de forma individualizada, com ensinamentos personalizados e adequados a cada família, com maior ênfase na promoção de hábitos de socialização, realização de atividade física, ausência de bens domésticos em prateleiras altas, utilização de corrimão quando desce ou sobre escadas, e ainda a nível familiar, compreensão e discussão sobre as forças da família, de modo a prevenir a sobrecarga do familiar cuidador, e ainda a melhorar o coping familiar.

Neste ponto, um dos resultados obtidos, foi a deslocação de uma neta para ir viver com a avó, de modo a permitir o seu maior acompanhamento e descanso para a tia.


32

Conclusão

O Papel do enfermeiro de saúde familiar, além de cuidar das famílias e dos indivíduos em todas as fases do ciclo de vida, deverá ter um papel preventivo nas circunstâncias/ transições que ocorrem biologicamente ou acidentalmente na vida dos seus clientes.

Obrigado a toda a equipa multidisciplinar pelo apoio, tempo, e incentivo. Mas quero agradecer de forma muito especial à equipa de Enfermagem, pelo seu carinho, compreensão e acima de tudo humanidade com que cuidam todos os utentes.

Obrigado a todos por me terem feito sentir parte desta equipa tão especial.



33

Bibliografia

Arg, S. G. M., O'Brien, A. F., & Wilson, A. (2019). Understanding carer fall concern and their management of fall risk among older people at home. *BMC Geriatrics*, 19(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1162-7>

Cappleman, A. S., & Thiamwong, L. (2020). Fear of Falling Assessment and Interventions in Community-Dwelling Older Adults: A Mixed Methods Case-Series. *Clinical Gerontology*, 43(4), 471–482. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1701169>

Clara Pereira Cruzinho. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas- Teoria e Prática (2ª Ed.)* Almedina.

Despacho n.º 9390/2021. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República, 2ª Série, nº 187, 96-103. Disponível em: <https://files.dre.pt/2a/2021/09/1870300000009600103.pdf>

Direção Geral de Saúde (2020). *Plano nacional para a saúde das pessoas idosas*. Disponível em: <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2017/04/Programa-Nacional-para-a-Saude-CRNBde-Pessoas-Idosas.pdf>


Figueredo, M. H. (2012). *Modelo teórico de avaliação e intervenção familiar- Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Luanda: Lusófrica.

Fortin M. F., Chaffin, J., & Filion, T. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusófrica.

Jaffe, A.; Andrews, H., Jones, C. (2011). The Client System as Family Group, or Community. In Neuman, B. & J. Fawcett (Eds.), *The Human Systems Model, 5ª ed.* (pp. 70-88). Pearson.

Jullius, S. A. (2005). Sample Size of 12 Per Group Rule of Thumb for a Pilot Study. *Pharmaceutical Statistics*, 4(4), 287-91. <https://doi.org/10.1002/ps.185>

Lach, H. W. (2005). Incidence and Risk Factors for Developing Fear of Falling in Older Adults. *Public Health Nursing*, 22(1), 45-52. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.22107.x>




34

1 Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Apresentação dos resultados do Projeto de Intervenção

“Capacitação de familiares de pessoas idosas com medo de queda no domicílio- Intervenção do Enfermeiro de Família”

Enfª Ana Luisa Almolda
Enfª Orientadora clínica: Ana Margarida Paguia
Professora Orientadora: Ana Paula Neves



fevereiro, 2024

35

APÊNDICE XIII - Estudo de caso "Família Nuclear com filhos adultos portadores de Paraparésia Espástica Hereditária: Intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar

Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar

Estágio

**Família Nuclear com filhos adultos dependentes -
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde
Familiar**

Ana Luísa da Silva Almeida

Lisboa
Junho 2023



Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar

Estágio

**Família Nuclear com filhos adultos dependentes -
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde
Familiar**

Ana Luísa da Silva Almeida

Professoras Orientadoras:

Ana Paula Fernandes das Neves (Regente)

Laura Maria Monteiro Viegas (Co-regente)

Maria de Fátima Moreira Rodrigues (Co-regente)

Maria Emília Campos de Brito (Co-regente)

Lisboa

Junho 2023

ÍNDICE DE SIGLAS

CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

CIPE-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção Geral de Saúde

EESF-Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar

MCAIF-Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

PEH-Paraparésia Espástica Hereditária

QASCI-Escala de Impacto físico, Emocional e Social do Papel do Cuidador Informal

UC- Unidade Curricular

UCSP- Unidade Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
CAPÍTULO I – APRECIÇÃO DA FAMÍLIA PORTUGAL	5
1.1. <u>Enquadramento teórico do conceito de família, Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar</u>	6
1.1.1 <u>Enquadramento teórico da Paraparésia Espática Hereditária</u>	7
1.2. <u>Apreciação da família Portugal segundo o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar</u>	7
1.2.1 <u>Determinantes sociais e de saúde, indicadores sociais importantes no cuidado à família Portugal: família nuclear com filhos adultos dependentes</u>	12
1.2.2. <u>Legislação, programas e recursos comunitários e sociais enquadráveis na situação da família Portugal</u>	13
CAPÍTULO II – PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	15
CAPÍTULO III – CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
CAPÍTULO IV– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

Apêndices

Apêndice I- Escala de Graffar Adaptada, preenchida e aplicada

Apêndice II- Escala de Garcia Gonzalez, preenchida e aplicada à família Portugal

Apêndice III- Escala de Barthel aplicada ao Equador

Apêndice IV- Escala de Barthel aplicada ao Chile

Apêndice V – Escala de Barthel aplicada à Bolívia

Apêndice VI- Apgar familiar de Smilkstein, preenchido e aplicado à D. Argentina e Chile

Apêndice VII – Escala de Impacto Físico, emocional, e social do papel de cuidador informal (QASCI), preenchida e aplicada à D. Argentina

Apêndice VIII- Plano de Cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar à Família Portugal

Apêndice IX – Email de referência da família Portugal à Fisioterapeuta

Apêndice X - Email de referência da família Portugal para o serviço social

Apêndice XI- Folheto “Cuidadores Informais – Vamos Cuidar de Quem Cuida!”

INTRODUÇÃO

No âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposto na Unidade Curricular (UC) Estágio, a realização de um estudo de caso, onde se pretende que seja escolhido um sistema familiar e realizar a avaliação do mesmo a partir de um modelo de avaliação e intervenção familiar, e constitui-se como um dos elementos de avaliação da referida unidade curricular. Desta forma o objetivo geral deste instrumento de avaliação é realizar a apreciação do sistema familiar Portugal e definir um plano de cuidados de enfermagem personalizado à mesma a vivenciar uma situação complexa. Para a sua obtenção, foram delineados como objetivos específicos:

- Apreciar a família Portugal de acordo com o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção familiar (MCAIF);
- Contextualizar os resultados da apreciação da família Portugal com os indicadores nacionais e internacionais;
- Analisar o risco familiar da família Portugal tendo em conta os determinantes sociais de saúde, assim como os riscos biológicos;
- Referenciar quais os programas de saúde e/ou políticas existentes que podem auxiliar a família Portugal a vivenciar uma situação complexa;
- Identificar quais os recursos próprios, sociais e comunitários existentes para o cuidado à família Portugal a vivenciar uma situação complexa;
- Delinear um plano de cuidados de acordo com as prioridades e necessidades da família Portugal, com especial atenção à interdisciplinaridade e trabalho em parceria.

O sistema familiar é compreendido como um conjunto de indivíduos, dois ou mais, que dependem uns dos outros emocionalmente, economicamente e fisicamente (Hanson (2005).

Este trabalho aborda a família Portugal, família nuclear com três filhos adultos dependentes, que se encontra a vivenciar uma situação complexa. Esta complexidade está relacionada com determinantes sociais de saúde, assim como de risco familiar, neste caso psicológico e biológico, devido à presença de uma doença hereditária a Paraparésia Espástica Hereditária (PEH) recessiva nos três filhos adultos. Com o diagnóstico da PEH na adolescência nos três filhos, jovens adultos, existiu um processo de luto atravessado por estes pais, devido

a todas as ideologias, desejos, aspirações, projetos de vida, formulados anteriormente, tanto para os seus filhos como para eles próprios. Este é um processo longo e penoso. A família quando é confrontada com uma situação de deficiência, sofre transformações profundas na dinâmica familiar, conforme o contexto social, familiar, económico e cultural.

A avaliação familiar é realizada em contexto de visita domiciliária, para a prestação de cuidados de enfermagem devido à presença de uma úlcera por pressão presente num dos filhos, Equador, a nossa pessoa índice.

Este estudo de caso encontra-se dividido em duas partes estruturantes, o primeiro capítulo aborda a apreciação da família Portugal, segundo o MCAIF, com recurso a instrumentos de avaliação e entrevista, sem guião. Neste capítulo é ainda referida qual a teórica de enfermagem que se considera mais adequada para o estudo de famílias a viverem situações complexas, a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. Os resultados da avaliação, e entrevista são contextualizados com a realidade vivenciada a nível socioeconómica a nível nacional, assim como, quais os determinantes sociais de saúde presentes, e de risco biológico.

Seguidamente no capítulo II são apresentados os Diagnósticos de enfermagem selecionados, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), assim como os resultados esperados, intervenções implementadas, e tendo em conta a duração da UC, qual a avaliação desejada não efetivada, tendo sempre em conta as prioridades apresentadas pela família Portugal. Ao longo do estudo de caso descrevem-se as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar (EESF) que serão mobilizadas na prestação de cuidados à família Portugal. Finalmente no capítulo III é apresentada a conclusão, com um resumo da informação mais pertinente, assim como sugestões para futuras intervenções junto desta família.

Este trabalho foi realizado atendendo às indicações do Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da Escola superior de Enfermagem de Lisboa (2023) e as referências bibliográficas basearam-se nas normas da Associação Americana de Psicologia, 7ª edição, (2020).

CAPÍTULO I – APRECIÇÃO DA FAMÍLIA PORTUGAL

1.1. Enquadramento teórico do conceito de família, Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

Na realização deste estudo de caso, teremos em conta a definição de família de Wright e Leahey (2013). Estes autores referem que existem cinco elementos vitais ao conceito de família; os indivíduos devem de funcionar como um sistema; podem ou não, ter ligações consanguíneas; podem existir ou não crianças descendentes de dois elementos e os indivíduos estão empenhados fisicamente e emocionalmente, ou seja assumem todas funções de proteção, socialização e cuidado entre eles. A família selecionada para a realização deste estudo de caso, apresenta a particularidade de todos os filhos possuírem uma doença rara, com implicações na capacidade cognitiva e física, pelo que se encontram todos dependentes física, económica e emocionalmente dos seus progenitores.

O EESF ao compreender que a família atua como um sistema, ou seja que os indivíduos estão em mútua interação (com os seus problemas de saúde, sociais ou económicos), pode intervir de forma mais direcionada, personalizada e preventiva em situações de elevada complexidade, como se apresenta o sistema familiar Portugal. Não podemos esquecer que cada família é um sistema por si só, assim como um subsistema influenciado pelos outros, ou seja a teoria dos Sistemas de Betty Neuman permite aos Enfermeiros, em todas as áreas de cuidados, mas especificamente ao EESF, uma visão holística da família (Neuman & Fawcett, 2011). Para elaborar o processo de enfermagem de saúde familiar decidiu-se recorrer ao MCAIF.

O MCAIF, baseia-se na teoria dos sistemas assim como da cibernética e comunicação (Wright & Leahey, 2013). Este modelo pretende atender as necessidades da família, sempre com um enorme foco na comunicação entre elementos, avaliando três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional. Esta forma de avaliação permite a sintetização e organização de dados pertinentes, particularmente ao cuidar de famílias a vivenciar situações complexas (Wright & Leahey, 2013). Segundo o MCAIF, e atendendo à importância que a comunicação apresenta para o mesmo, as autoras referem que as intervenções devem ser planeadas para intervir ao nível cognitivo, afetivo e comportamental.

1.1.1 Enquadramento teórico da Paraparésia Espática Hereditária

As paraparésias espásticas hereditárias (PEF) são um grupo de doenças raras neurológicas que se manifestam por espasticidade, diminuição da força dos membros inferiores e hiperreflexia (Braz, et al, 2018; Hedera, 2021). Podem ser autossómicas dominantes, recessivas e ou ainda ligado ao cromossoma X. Existem mais de 80 mutações conhecidas (Hedera, 2021). No nosso sistema familiar, a doença é autossómica recessiva, em que se manifestam alterações neurológicas como a deterioração cognitiva, rigidez, disfunção cerebelosa manifestada por ataxia, disartria. A doença pode estar limitada a um indivíduo ou família, a sua frequência é maior em casais com laços de consanguinidade (Hedera, 2021). Em Portugal a prevalência é de 1.6/100000. Manifesta-se entre a infância ou a 8ª década de vida, e a sua presença não implica uma redução da esperança média de vida (Braz, et al, 2018).

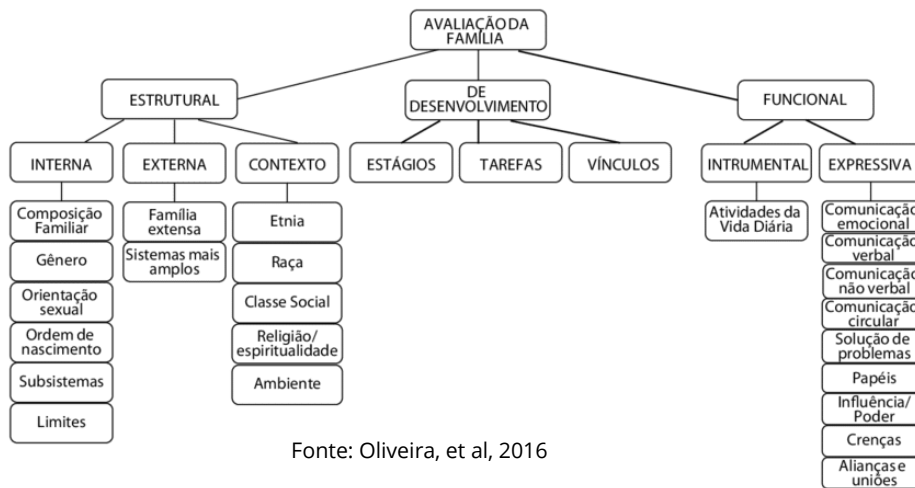
Para o tratamento da PEH não existe tratamento farmacológico, cirúrgico ou de reabilitação para prevenir ou reverter a degeneração nervosa (Orphanet, 2023). O tratamento farmacológico está direcionado para a redução e controle de sintomas e o tratamento não farmacológico foca a realização de sessões de reabilitação/ fisioterapia de forma intensiva para melhorar o equilíbrio, coordenação, força muscular e agilidade, sendo ainda recomendada a realização de terapia ocupacional.

1.2. Apreciação da família Portugal segundo o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

Segundo o MCAIF na dimensão estrutura avaliam-se três sub - dimensões, a estrutura interna, a externa e o contexto (Wright & Leahey, 2013) (Figura 1). Todo o MCAIF foi articulado e aplicado durante a entrevista familiar, tendo-se ainda recorrido a instrumentos para avaliação da família nalgumas sub - dimensões.

Relativamente às sub dimensão estrutura interna: composição familiar, gênero, ordem de nascimento, a família Portugal será apreciada com a realização de um genograma (Figura 2), onde é apresentada a composição familiar; na sub-dimensão externa, são avaliadas e analisadas as relações com a família alargada, recorrendo à

Fig. 1: Estrutura do Modelo Cargary de Avaliação e Intervenção Familiar



Fonte: Oliveira, et al, 2016

realização de diagrama de vínculos (Figura 2) assim como com os recursos sociais e comunitários, com recurso ao ecomapa (Figura 3).

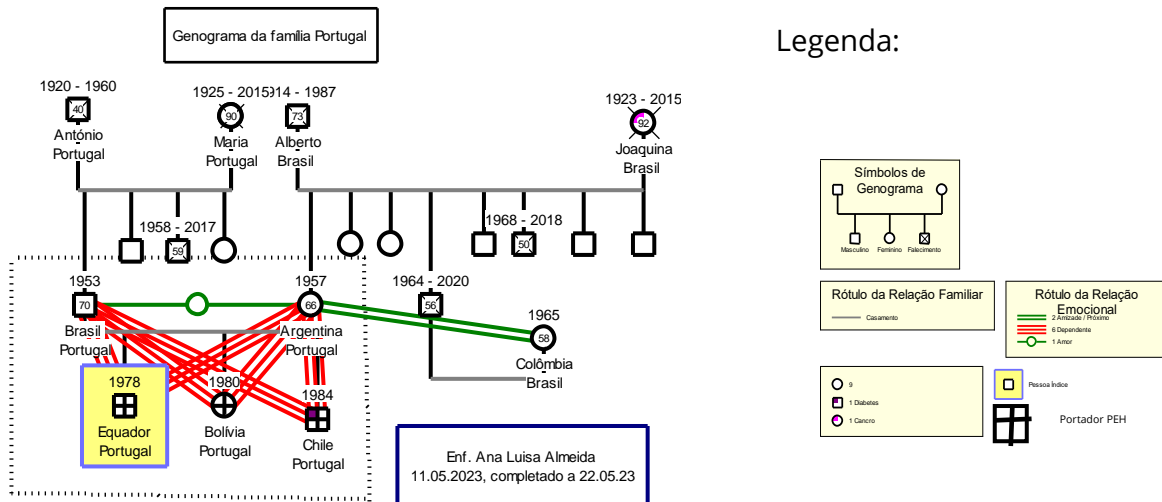


Fig. 2: Genograma e Diagrama de Vínculos da Família Portugal realizado com recurso ao Genopro®

Quando observamos o genograma constatamos que se trata de uma família nuclear, constituída pelos progenitores e 3 filhos (Caniço, 2010). Confirma-se ainda que os três filhos são portadores PEH, sendo que nenhum dos progenitores foi diagnosticado com a mesma doença, e em entrevista desconhecem se mais algum familiar afastado teria a mesma. Contudo, foi ainda compreendido que os progenitores podem ser primos afastados, pois viveram e cresceram numa pequena localidade até se casarem.

Quando se analisa o ecomapa da família Portugal, compreendemos que a família, tanto o Sr. Brasil e a D.^a Argentina mantem uma relação forte com D.^a Colômbia (cunhada da D.^a Argentina), contudo é referido em entrevista “não queremos que ela venha cá

ajudar-nos, porque ela não quer que lhe pague, mas eu não aceito, não, puder pagar”, ou seja acabam por não recorrer ao apoio da cunhada. Ambos apresentam prazer na realização de tarefas de lazer relacionadas com cuidar da horta e jardinagem, sendo possível observar imensas flores, muito bem cuidadas por toda a casa, e sendo um motivo de orgulho para a D.^a Argentina. A D.^a Argentina refere ainda uma relação forte com a vizinha, D.^a Venezuela, com quem conversa muito. Questionada se gostaria de ter apoio psicológico, refere que sim, mas

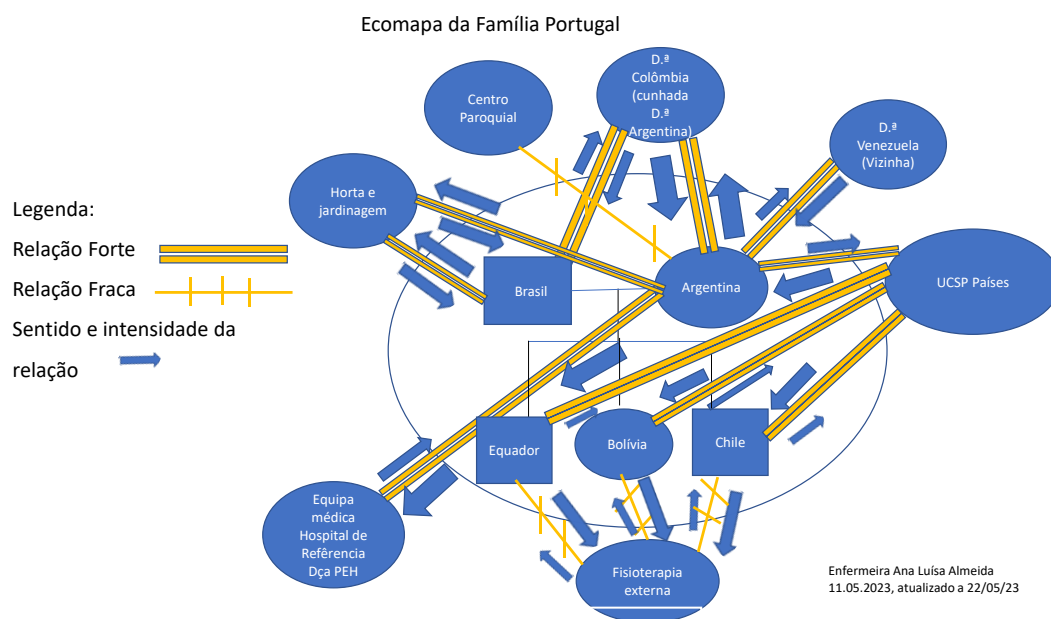


Fig. 3: Ecomapa da família Portugal

que fica muito longe, e como não pode ausentar-se muito tempo de casa, conversa” com a vizinha, que tem muito jeito para essas coisas, ouvir, coitada as vezes só me ouve!” sic. A família apresenta ainda uma relação forte com a equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que a visita pelos menos 1 vez por semana. Todos os indivíduos mostram boa disposição e sorriso aberto á chegada da equipa de enfermagem, contudo a Bolívia encontra-se sempre no leito, os restantes estão já levantados. Verifica-se que a principal cuidadora é a D.^a Argentina. Esta manifesta sentimentos quando é interpolada, e quando questionada sobre as suas necessidades, pede ajuda. A relação existente entre a equipa de fisioterapia, onde o Chile e a Bolívia se deslocam, é fraca. Esta relação é principalmente manifestada pela mãe, que refere que os filhos têm dificuldade em se deslocar para utilizar o sanitário, e que ela para os acompanhar, deixa o Equador em casa. A realização de fisioterapia no domicílio é aqui manifestada e considerada como uma necessidade prioritária para a família.

A família manifesta ainda que já procurou apoio domiciliário, no centro paroquial, contudo é muito dispendioso (perto de 700 euros mensais, para realizar a higiene dos 3 filhos, 2 vezes por semana), pelo que decidiram não avançar com a contratualização, “a soma desse valor, em dois meses, é o suficiente para comprar outro elevador!”sic.

Relativamente à Dimensão Estrutura é ainda avaliada a sub – dimensão contexto – classe social e ambiente com a Escala de Graffar Adaptada (Apêndice I), observação do ambiente domiciliário e exterior, assim como apreciação da Escala de Risco de Garcia – Gonzalez (Apêndice II). Na apreciação constatamos que a família Portugal se enquadra na Classe Média Alta, com 13 valores. O Sr. Brasil encontra é reformado de uma força de segurança e a D.^a Argentina, reformada de costureira, tendo deixado de exercer aquando do diagnóstico do filho mais velho. Os filhos Equador e Chile usufruem de prestação social de inclusão e a Bolívia de pensão de invalidez. Atendendo às necessidades específicas desta família, considera-se que esta família apresenta vulnerabilidade social e física. Em relação à dimensão ambiente, em que avaliamos as características do domicílio, casa térrea com rampa de acesso para cadeira de rodas, portas largas e casa de banho adaptada, assim como, utilizadores de plataforma elevatória e cama articulada para o filho Equador. Nas imediações da casa, encontra-se apenas uma vizinha, e uma empresa de processamento de resíduos florestais, sendo o restante espaço, campo aberto. Obteve-se uma avaliação de risco familiar (presença de 4 itens), na Escala de Risco de Garcia – Gonzalez.

Ainda na sub- dimensão contexto, a espiritualidade foi abordada, sendo que a D.^a Argentina refere que considera “esta situação como uma prova de vida” sic.

Quando se avalia a dimensão desenvolvimento, esta família não se consegue enquadrar nas teorias conhecidas da enfermagem de saúde familiar. Correia (1999) adaptou o ciclo de vida das famílias de crianças com deficiência (in Martins, 2013). Este refere que existem 7 etapas no ciclo de vida das famílias de crianças com deficiência, enquadrando-se a família Portugal na etapa: etapa 6 – Pós- parental, em que as principais tarefas são: preocupação com as oportunidades de socialização; segurança a longo prazo do filho; Interação com as instituições que providenciam serviços; lidar com interesses do filho no que respeita ao namoro, ao casamento, ao ter filhos; preocupação sobre os cuidados e supervisão do filho com deficiência após a sua morte. A sub-dimensão vínculos é apresentada no genograma, no diagrama de vínculos, em que se compreende que a família Portugal apresenta bom relacionamento entre

os filhos e pais, sendo que por vezes, pelo descrito pela mãe, não existem muitas manifestações de apreço por nenhum dos filhos (a sua linguagem verbal deixa transparecer que esta situação a incomoda).

Na dimensão funcional foram avaliadas as sub-dimensões instrumental e expressiva. Foram aplicadas escalas de Barthel a todos os filhos para se avaliar a sub-dimensão instrumental, tendo sido obtido: Equador: 5 – dependência total (Apêndice III); Chile (Apêndice IV) e Bolívia (Apêndice V): 40- Dependência Grave, e relativamente à expressiva, recorreu-se à escala de Apgar familiar de Smilkstein (Apêndice VI) aplicada à D. Argentina: 8 - altamente funcional e ao Chile: 5 -moderadamente disfuncional (não foi realizado aos restantes devido á indisponibilidade do Sr. Brasil, e á Bolívia porque estava no leito a dormir, o Equador devido déficit cognitivo que apresenta não se encontra apto para responder a esta escala. Foi realizada a Escala de Impacto Físico, emocional e social do papel do cuidador informal à D.^a Argentina (QASCI) (Martins, el al, 2004) (Apêndice VII). O QASCI permite avaliar a sobrecarga emocional e social dos cuidadores, inclui 32 itens avaliados numa escala de Likert que varia entre 1 a 5. Integra 7 dimensões: implicação na vida pessoal do cuidador (11itens), satisfação com papel e com o familiar (5 itens); reações a exigências do papel (5 itens), sobrecarga emocional relativa ao familiar (4 itens), suporte familiar (2 itens), sobre carga financeira (2 itens) e perceção dos mecanismos de eficácia e controlo (3 itens).

Os valores mais altos implicam mais sobrecarga e stress. O valor varia entre 32 e 160, tendo sido o valor obtido junto da D. Argentina de 108, pelo que a D. Argentina se encontra a perceber sobrecarga e stress. Podemos ainda constatar que a D.^a Argentina sente sobrecarga emocional atendendo à resposta dos itens 2, 3, 4. Sente que a situação tem muitas implicações na sua vida (resposta a 6, 8, 10, 11). A D. Argentina sente-se bem por cuidar dos seus filhos, ou seja, existe satisfação do papel (perguntas 28, 29, 31, 32). Relativamente à sub-dimensão papéis, nenhum dos filhos trabalha atualmente devido às limitações físicas que apresentam, tendo no passado a Bolívia trabalhado numa lavandaria, esta frequentou o ensino, até ao 9.º ano de escolaridade, o Chile também apresenta o 9.º ano e o Equador o 7.º ano. Os dois filhos mais novos andaram em centros de atividades ocupacionais (onde o Chile aprendeu o ofício de sapateiro, mas não gostava e nunca chegou a desempenhar). Pelo descrito pela mãe só lhes foi permitido frequentar este espaço durante um período inferior a 3 anos.

1.2.1 Determinantes sociais e de saúde, indicadores sociais importantes no cuidado à família Portugal: família nuclear com filhos adultos dependentes

Os determinantes de saúde estão relacionados com fatores que influenciam os indivíduos ao longo do ciclo de vida, onde nascem, vivem, trabalham e envelhecem (World Health Organization, 2014). O Plano Nacional de Saúde 2021-2030, Direção Geral da Saúde ([DGS], 2021, pp. 89), refere-se aos determinantes da saúde como “ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde”.

Estima-se que em Portugal existam 630 mil pessoas portadoras de deficiência (Pordata, 2022). As pessoas com incapacidades apresentam o dobro do risco de desenvolver depressão, asma, diabetes, acidentes cardiovasculares, obesidade e pobre saúde oral, ou seja estes indivíduos têm mais desigualdades no acesso a cuidados de saúde, educação, assim como mais dificuldade no acesso a transportes, ou em conseguir pagar transportes. Estas desigualdades são ainda mais injustas se atendermos ao estigma, discriminação, exclusão da educação e do emprego, assim como barreiras no acesso ao próprio sistema de saúde, seja na acessibilidade às instalações, ou ao conhecimento (World Health Organization, 2023).

A família Portugal é influenciada não só pelas condições intrínsecas, como os fatores de risco familiar (doença genética rara, PEH), biológicos (maior risco de depressão, presença de sobrecarga), mas também pelos determinantes sociais de saúde, como a acessibilidade a cuidados de saúde, os apoios sociais a pessoas com deficiência ou a fatores económicos que permitem o acesso a apoio domiciliário ou produtos de apoio, assim como a ingressão ao mercado de trabalho.

Os dados encontrados na avaliação da família são corroborados com os encontrados na literatura. Todos os filhos apresentam dificuldade de acesso à educação, saúde e emprego. Relativamente aos indicadores de saúde, a D.^a Argentina apresenta sobrecarga do cuidador, sendo este facto descrito na literatura, as autoras, Dixe e Querido (2020) realizaram um estudo em que constataram que os cuidadores informais em 70.1% das situações coabitam com os familiares, assim como 57,7% apresentam sobrecarga intensa. Merck (2023), realizou um estudo englobando mais de 1000 cuidadores informais e constatou que a maioria se encontrava numa situação de vulnerabilidade psicológica, social e emocional, com 83,3% dos

participantes a admitir ter sentido exaustão emocional nalgum momento desde que são cuidadores.

Um dado que não foi possível avaliar na Bolívia, mas avaliando a comunicação não verbal, comportamento mais reservado, e desejo de estar sempre no leito, deixa-se a hipótese sistémica de esta estar deprimida, tendo em conta o seu estado atual e já ter trabalhado no passado. Estudos prévios demonstraram que as pessoas com deficiência/ incapacidade apresentam uma probabilidade de 2.8 superior de desenvolver depressão relativamente a pessoas sem incapacidade (Rotarou & Sakellariou, 2020). Durante a avaliação da família constatou-se ainda a preocupação dos pais com o futuro, a presença de escasso ou inexistente contacto social e de lazer. Estes dados também foram evidenciados num estudo realizado por Martins e Couto (2014).

O EESF é o profissional de referência que garante o acompanhamento especializado da família, tendo como foco a “identificação precoce de determinantes da saúde (...); e o reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, pp. 4). Compreende-se então que o conhecimento das desigualdades sociais de saúde e da sua ação transversal na família é essencial para o planeamento de cuidados deste profissional. O EESF deve ainda procurar implementar no seu quotidiano com famílias com adultos dependentes, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, procurando melhorar o acesso, utilização e qualidade dos sistemas de saúde, assim como, literacia e procura de cuidados de saúde com recurso à ODS 4, com a procura de um acesso à educação inclusiva de qualidade e equitativa. Para se conseguir o objetivo a longo prazo de melhorar os determinantes de saúde e sociais destes indivíduos.

1.2.2. Legislação, programas e recursos comunitários e sociais enquadráveis na situação da família Portugal

O EESF deve responsabilizar-se pelo conhecimento dos recursos sociais, comunitários e legislativos, disponíveis para ajudar os pais que cuidam de filhos dependentes. Na área abrangida pela UCSP, encontram-se diversas IPSS, sendo uma delas a Fundação COI, com o Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) (com psicólogo, técnico de reabilitação e animador sócio- cultural, assim como ajudantes de ação direta (essencial para a mãe)), esta estrutura permite a permanência do Chile e Bolívia durante o período diurno,

regressando a casa ao final do dia. Próximo, mas já noutra localidade existe a CERCIMA, que também disponibiliza residência assistida e CACI, assim como a CERCIMB.

Atendendo aos recursos sociais, esta família pode pedir apoio na Associação Portuguesa para Perturbações do Desenvolvimento e Autismo Setúbal ou outras a nível nacional (é possível realizar formação online gratuita); na Associação Portuguesa de Deficientes; Associação Nacional de Cuidadores Informais ou Associação Salvador. A nível governamental as páginas eletrónicas do Instituto da Segurança Social e Instituto Nacional de Reabilitação, possuem muita informação válida sobre cuidadores informais, viver com incapacidade, legislação, assim como, aquisição de produtos de apoio.

Considera-se ainda importante o conhecimento de políticas de saúde e sociais que podem influenciar a família Portugal. O EESF deve conhecer para intervir de “forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas” Regulamento 428/2018 (2018, pp. 19358), unidade de competência 1.5. A Equipa multidisciplinar deve considerar o Programa Nacional para as Doenças Raras (DGS, 2008), o documento “Informações de apoio à pessoa com doença rara” (DGS, 2020) assim como o Estatuto do Cuidador Informal (Decreto Regulamentar n.º 1/2022, 2022). Infelizmente os pais não podem candidatar-se ao subsídio de apoio ao cuidador informal, por serem ambos aposentados, contudo podem gozar de outros direitos, como o Estatuto de Cuidador Informal, principal e não principal, que lhes permite acesso a medidas como ter profissionais de referência (assistente social, profissionais de saúde), descanso do cuidador informal, formação, apoio psicossocial e pertença a grupos de apoio. Foi realizado um folheto intitulado “Cuidadores Informais – vamos Cuidar de quem Cuida!”, com informação sobre o estatuto de cuidador informal, direitos, deveres e como obter o mesmo (Apêndice XI).

O EESF deve dar visibilidade á sua missão social e profissional, de modo a facilitar “o equilíbrio dinâmico do sistema familiar e o seu funcionamento efetivo, é o facilitador da autonomia da família na adaptação contínua nos processos de saúde/doença, gerindo e organizando os cuidados de saúde e os recursos internos e externos à família” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, pp5).

CAPÍTULO II – PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Os planos de cuidados estão realizados segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados e ordenados de acordo com os dados avaliados e obtidos nos instrumentos e entrevista, assim como, com as prioridades da família Portugal (Quadro 1), Regulamento 428/2018 (2018), no critério de avaliação 1.1.5., 1.4.5. e 1.6.9.

Data	Apreciação familiar segundo MCAIF e Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de enfermagem de saúde familiar segundo CIPE
11.05.23	Dimensão Funcional- Instrumental -Entrevista -Genograma -Ecomapa -Apgar Familiar de Smilkstein - Escala de Barthel (Equador: 5- dependência total; Bolívia e Chile: 40, dependência Grave).	Desenvolvimento adulto comprometido, presente nos três filhos Código CIPE: 10023315
11.05.23	Dimensão Funcional- Expressiva -Entrevista -Genograma -Ecomapa -Diagrama de Vínculos -Apgar Familiar de Smilkstein -Escala QUASI (aplicada à D.ª Colômbia)	Risco de Coping familiar Código CIPE: 10032364
11.05.23	Dimensão desenvolvimento -Entrevista -Ecomapa -Diagrama de Vínculos	Satisfação conjugal mantida Código CIPE: 10011747
11.05.23	Dimensão Funcional- Expressiva (Papéis) -Entrevista -Genograma -Ecomapa -Diagrama de Vínculos -Apgar Familiar de Smilkstein -Escala QUASI (aplicada à D.ª Argentina)	Stress do cuidador presente na D.ª Argentina Código CIPE: 10027773
11.05.23	Dimensão Funcional - Entrevista e observação	Úlcera por Pressão presente na região nádega esquerda de categoria II. Código CIPE: 10025798

Quadro I – Diagnósticos de enfermagem personalizados para a família Portugal, segundo a CIPE

Os planos de cuidados encontram-se em apêndice, por ser mais fácil a sua leitura e organização (Apêndice VIII).

Existiram intervenções que não foram realizadas apenas estruturadas e referidos os resultados esperados, pois atendendo á natureza desta família a atravessar uma situação

complexa, decidiu-se não intervir nem criar expectativas na família sobre a minha intervenção a longo prazo, ou seja atuei de forma “profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional”, garanti ainda “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, pp, 4745).

Os planos de cuidados estão enquadrados nas competências específicas, e unidades de avaliação do Regulamento 428/2018 (2018) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde familiar, segundo o expresso no Quadro 2.

Dimensão do MCAIF		Diagnóstico da avaliação Enfermeiro Saúde familiar	de de	Competências Específicas e Unidades de Avaliação do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar (Regulamento 428/2018, 2018)
Dimensão desenvolvimento		Stress do cuidador presente na D. Argentina (Cuidadora Informal principal)		1.3.2- Analisa o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas. 1.4.4- Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/ doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. 1.6 – Facilita a resposta da família em situação de transição complexa 1.6.6- Analisa com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos. 1.6.3-Identifica e analisa na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio;
Dimensão Funcional	Expressiva;	Risco de coping familiar		1.2.2. Integra informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não verbal; 1.7- Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar 1.2.6- Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições da vida; 1.6.5- Explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifica com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos.
	Desenvolvimento	Desenvolvimento adulto comprometido presente nos três filhos		1.2- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família. 1.6.6- Analisa com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos. 2.1- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família; 2.1.2- Referencia a família para outros profissionais de saúde;
	Expressiva	Satisfação Conjugal Mantida		1.4.2- Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. 1.6.1- Encoraja a família a partilhar a sua história; 1.5.6- Desenvolve com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas de saúde familiar.
Dimensão funcional	Desenvolvimento	Úlcera por Pressão presente na região nádega esquerda de categoria II, no Equador.		1.2- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família. 1.2.2. Integra informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não verbal; 1.8.3- Integra a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Quadro 2- Competências Específicas e Unidades de Avaliação do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar articuladas na intervenção junto da família Portugal

CAPÍTULO III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso permitiu-me desenvolver conhecimentos e competências para cuidar de famílias, com especial complexidade, como a família Portugal que tem na sua constituição filhos adultos dependentes. Os EESF estão capacitados para defender os direitos destes indivíduos e famílias, de modo a capacitar as famílias a atingirem o seu máximo potencial. Foi possível analisar e compreender a dinâmica de uma família que enfrenta o desafio de criar e cuidar de três filhos adultos dependentes (número total de filhos). Ou seja, todos os filhos são diferentes do que os pais tinham idealizado.

Ao longo das visitas domiciliárias foi possível observar que a família apresenta resiliência familiar, compromisso para garantir o bem-estar e qualidade de vida dos filhos, contudo com presença de sobrecarga da cuidadora principal. Estes pais enfrentam diversos obstáculos: económicos, físicos e sociais em resultado das necessidades diárias dos filhos, sejam elas de cuidados de higiene e conforto, alimentação ou a preocupação com a saúde e futuro, e ainda o estigma social da pessoa com incapacidade. Uma das intervenções mais importantes do EESF é a procura e referenciação para a equipa multiprofissional, assim como informar a família sobre os seus direitos. A colaboração entre os diferentes profissionais desempenha um papel fundamental no auxílio à família, fornecendo informação, orientação e recurso a serviços cruciais para a mesma. Ou seja, é fundamental fornecer um suporte adequado, a tanto a nível de cuidados de saúde como também, apoio social e emocional.

Infelizmente pelo tempo reduzido de contacto com esta família não foi possível, mas deixo expressa a vontade de criar um grupo de apoio para cuidadores (Guia do cuidador, 2022). Estes são fundamentais para ajudar os familiares a identificarem-se com outros indivíduos a atravessar situações semelhantes, e a aprenderem com eles formas de ultrapassar os desafios, e a promover o bem-estar emocional dos cuidadores e restante família. Pela sua presença estruturante nos cuidados de saúde primários, o EESF deve ser o representante destas famílias na sensibilização e consciencialização da sociedade. Enfatizando as suas capacidades / habilidades, apoiando e capacitando as famílias para a sua autonomia. É fundamental que este profissional tenha presença e um papel reivindicativo na implementação de políticas públicas, sociais e económicas inclusivas, assim como em programas educacionais, que em conjunto promovam a igualdade de oportunidades, ou seja a inclusão de todos.

CAPÍTULO IV– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- Bispo, R. M., Santiago, L. M., Rosendo, I., & Simões, J. A. (2022). Risco familiar, classificação socioeconómica e multimorbilidade em medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(2), 146–156. DOI: 10.32385/rpmgf.v38i2.13091
- Braz, L., França, S., Guimarães, J., & Leão, M. (2018). Investigação genética nas paraparésias espásticas hereditárias: recomendações do Grupo de Neurogenética do Centro Hospitalar São João. *Sinapse* 18(1). 4-13. Disponível em: <https://www.sinapse.pt/section.php?id=3>
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodriguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Coordenação nacional para a Rede de Cuidados Continuados Integrados (2019). Guia Prático-Cuia dos cuidadores. Disponível em: https://eportugal.gov.pt/documents/20142/18888649/Guia_dos_cuidadores.pdf/e186e9fb-6490-be93-e34f-8cc495748300?t=1570527106124
- Decreto Regulamentar nº1/2022 (2022). Estabelece os termos e as condições do conhecimento do estatuto de cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas. *Diário da República*, 1ª Série (N.º de 10-01-2022),21-36. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-regulamentar/1-2022-177363476>
- Direção-Geral da Saúde (2008). Plano Nacional de Doenças Raras. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/portugal.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2020). Informação de apoio à pessoa com doença rara- Estratégia integrada para as doenças raras 2015-2020. Disponível em: https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/Manual_apoio_doenca_rara.pdf
- Direcção-Geral da Saúde (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Disponível em: https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

- Dixe, M. A., & Querido, A. I. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3) 1-8. doi:10.12707/RV20013
- Godinho, N. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ªed.). Lusociência.
- Hedera, P. (2021). Hereditary Spastic Paraplegia Overview. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, et al., editors. GeneReviews®. University of Washington. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1509/>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2013). Guia Prático – Estatuto do cuidador informal principal e cuidador informal não principal. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004-Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5>
- Instituto Nacional para a Reabilitação (2019). Guia Prático – os direitos das pessoas com deficiência em Portugal. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/documento?i=guia-pratico-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-em-portugal>
- Martins, M. (2013). *Competências parentais em pais com filhos portadores de deficiência-Um estudo descritivo*. [Tese de Mestrado, Universidade do Algarve]. Sapiencia – repositório da Universidade do Algarve. <https://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/3614>
- Martins, M., Couto, A.P. (2014). Vivências do dia-a-dia de pais com filhos deficientes. *Revista de Enfermagem Referência* IV (1), 117-124. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1266>
- Martins, T., Ribeiro, J. L. P. & Garrett, C. (2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) – Reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência* 11 (Março) 18-31. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=35&id_revista=5&id_edicao=10

- Merck (2023). *Cuidadores informais – saúde mental e bem-estar nos cuidadores informais em Portugal*. Disponível em: https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2023/01/cuidadores-informais_infografia_2023.pdf
- Morin, E. (2005). *Introdução ao pensamento complexo*. Editora Meridional.
- Neuman, B. M., & Fawcett, Jacqueline (2011). *The Neuman systems model*. Pearson
- Oliveira, P., Gesteira, E., & Silveira, E.A.A., Amaral, L., Moreira, M.M. & Rodrigues, A.B.. (2016). Evaluation of families with two or more mastectomized women: A case study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(1). 83-95. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165231>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *CIPE. Versão 2015. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Nações Unidas (2015). *Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. Nova Iorque. Disponível em: https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf
- Orphanet (2023). Paraplegia Espástica Autossómica Recessiva tipo 11. Disponível em: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=PT&data_id=2563&Enfermedad\(es\)/grupo%20de%20enfermedades=Paraparesia-esp-stica-autos-mica-recesiva-tipo-11&title=Paraparesia%20esp%E1stica%20autos%F3mica%20recesiva%20tipo%2011&search=Disease_Search_Simple&ChdId=0](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=PT&data_id=2563&Enfermedad(es)/grupo%20de%20enfermedades=Paraparesia-esp-stica-autos-mica-recesiva-tipo-11&title=Paraparesia%20esp%E1stica%20autos%F3mica%20recesiva%20tipo%2011&search=Disease_Search_Simple&ChdId=0)
- Pordata (2022). População residente com deficiência segundo os Censos: total e por tipo de deficiência (2001- atualizado a 2022-12-20). Disponível em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+defici%C3%A2ncia+segundo+os+Censos+total+e+por+tipo+de+defici%C3%A2ncia+\(2001\)-1239](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+defici%C3%A2ncia+segundo+os+Censos+total+e+por+tipo+de+defici%C3%A2ncia+(2001)-1239)
- Regulamento nº428/2018 (2018). *Procede à regulamentação das 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*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 135 de 16-07-2018),19354-19359. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica* (4ª ed.) Coleção: Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento.

- Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2018). Depressive symptoms in people with disabilities; secondary analysis of cross-sectional data from the United Kingdom and Greece. *Disability and health journal*, 11(3), 367-373.
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.12.001>
- World Health Organization (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/108636>
- World Health Organization (2023). *Fact-Sheets - disability and health*. Disponível em:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (6^a Ed.) F. A. Davis.

APÊNDICES

Apêndice 1- Escala de Graffar Adaptada, preenchida e aplicada

Escala de Graffar Adaptada

Escala de Graffar Adaptada, avaliada à família Portugal

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA _/ _/ _/
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA _/ _/ _/
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA _/ _/ _/
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA _/ _/ _/
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA _/ _/ _/

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

11/05/23

Enf. Ana Luísa
Almeida

Apêndice II – Escala de Garcia Gonzalez, preenchida e aplicada à
Família Portugal

Escala de Avaliação de Risco Garcia- Gonzalez

I.

Famílias compostas por pais jovens e filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.

II

Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que, pelo menos, metade dos seus filhos, estejam sujeitos a insucesso escolar.

III

Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde.

IV

Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um fator de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).

V.

Famílias, nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que, por isso, altere as relações intra-familiares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.).

VI.

Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças embora essas doenças não estejam presentes na atualidade.

Resultado:

Alto Risco \geq 4 itens presentes Médio Risco \geq 2 itens presentes

Escala avaliada pela Enf Ana Luísa Almeida, a 11/05/2023

Resultado da família Oliveira: 4 itens. Apresenta risco familiar

Apêndice III- Escala de Barthel aplicada ao Equador

Escala de Barthel (DGS, 2011). Avaliação do Equador

1. Alimentação	
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
2. Transferências	
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
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
5. Banho	
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
6. Mobilidade	
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
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input checked="" type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
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
10. Controlo Urinário	
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 type="checkbox"/> 0
TOTAL	5

Resultado: Dependência total

Enf.^a Ana Luísa Almeida, 11/05/2023

Apêndice IV- Escala de Barthel aplicada ao Chile

Escola de Barthel (DGS, 2011). Avaliação do Chile

1. Alimentação	
Independente	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
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
3. Toalete	
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
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
5. Banho	
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
6. Mobilidade	
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 checked="" type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
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
TOTAL	40

Resultado: Dependência Grave

Enf.^a Ana Luísa Almeida, 11/05/2023

Apêndice V- Escala de Barthel aplicada à Bolívia

Escala de Barthel (DGS, 2011). Avaliação da Bolívia

1. Alimentação	
Independente	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
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
3. Toalete	
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
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input checked="" type="checkbox"/> 0
5. Banho	
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
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
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 type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input checked="" type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
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
TOTAL	40

Resultado: Dependência Grave


Enf.^a Ana Luísa Almeida, 11/05/2023


Apêndice VI- Apgar Familiar de Smilkstein, preenchido e aplicado
à D.^a Argentina e Chile

APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 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 Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 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 Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 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 Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

Legenda

 - D.^a Argentina (Total de 8 Pontos)

 - Chile (Total de 5 pontos)

Enf.^a Ana Luísa Almeida, 11/05/2023

Apêndice VII- Escala de Impacto físico emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI), preenchida e aplicada à D.^a Argentina.

Avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI)*

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

Nas últimas 4 semanas	Não/ Nunca	Rara- mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5

22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

* Martins, T; Ribeiro, JLP; Garrett, C (2003)

Enf.ª Ana Luísa Almeida,

Resultado: 108. Existe presença de sobrecarga e stress. Podemos ainda constatar que a D.ª Argentina sente sobrecarga emocional atendendo á resposta dos itens 2,3,4. Sente que a situação tem muitas implicações na sua vida (resposta a 6,8,10,11). A D. Argentina sente-se bem por cuidar dos seus filhos, ou seja, existe satisfação do papel (perguntas 28, 29, 31,32).

Dimensões do QASCI	Questões
Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal	5; 6; 7; 8; 9;10; 11; 12; 13; 14; 15
Satisfação com o papel e com o familiar	28; 29; 30; 31; 32
Sobrecarga emocional relativa ao familiar	1; 2; 3; 4
Reações a exigências	18; 19; 20; 21; 22
Sobrecarga Financeira	16; 17
Suporte Familiar	26; 27
Perceção dos mecanismos de eficácia e controlo	23; 24; 25

Apêndice VIII- Plano de Cuidados de Enfermagem de
saúde familiar à família Portugal

Plano de Cuidados da Família Portugal de acordo com as prioridades designadas pela família

Data	Apreciação familiar segundo MCAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação	Avaliação Planeada não executada
11.05.2023	<p>Dimensão Funcional-Instrumental</p> <p>-Entrevista</p> <p>-Genograma</p> <p>-Ecomapa</p> <p>-Apgar Familiar de Smilkstein</p> <p>- Escala de Barthel (Equador: 5-dependência total; Bolívia e Chile: 40, dependência Grave).</p>	<p>Desenvolvimento- to adulto comprometido, presente nos três filhos (Código CIPE: 10023315)</p>	<p>Curto Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseguir que os três filhos realizem sessões de reabilitação/ fisioterapia no domicílio, pelo menos 1 vez por semana; - Avaliar qual o conhecimento da família sobre a PER, assim como a sua evolução; <p>Médio Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que todos os filhos consigam realizar sessões de reabilitação/ fisioterapia no domicílio 2 vezes por semana; - Realização de terapia ocupacional pelo menos 1 vez por semana; <p>Longo Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que os três filhos possam frequentar uma instituição com fisioterapia diária, 	<p>Afetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criar uma atmosfera facilitadora de confiança; - Encorajar a expressão de sentimentos, medos e angústias; - Incentivar a família a verbalizar quais são as suas necessidades (tendo-se constatado que aquilo que mais preocupa a mãe, é a realização de fisioterapia em ginásio, prefere que seja realizada no domicílio, devido à dependência grave dos filhos); - Demonstrar disponibilidade á família para ajudar quando necessário; - Apoiar a tomada de decisão da família; <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar experiências anteriores sobre cuidados no domicílio; - Identificar junto da família quais são respostas sociais que existem para a realização de reabilitação de uma forma mais intensiva (Associação Raríssimas, Fundação Centro de Ocupação Infantil (COI), outras com centro de dia, adequadas para esta faixa etária e necessidades); - Avaliar conhecimento sobre a PEH, assim como sintomas e prognostico da doença; - Incentivar a prática de atividades físicas e lúdicas que todos os elementos familiares 	<p>11.05.2023</p> <p>A D. Argentina manifestou preocupação com o futuro dos filhos, e cansaço por assumir o papel de cuidadora. Já procurou apoio junto do Centro Paroquial para cuidados domiciliários, mas é muito dispendioso, pelo que refere que vai aguardar, não querendo de momento ser referenciada para a assistente social. O Equador encontra-se no leito, deitado, vÍgil, não consegue articular palavras, mas quando abordado, sorri. Junto da cama encontra-se uma cadeira de rodas manual postural. Realizou-se tratamento à úlcera por pressão na região isquiática da nádega esquerda, sem queixas. O Chile encontra-se sentado em cadeira de rodas regular, mantendo postura, contudo apresenta já alguma disartria, assim como movimentos involuntários dos membros</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a família aceite o apoio da assistente social e que seja encontrada uma solução (instituição com regime de centro de dia com equipa de profissionais que colaborem com os utentes na ida ao wc, alimentação) e que permita a realização diária de reabilitação, terapia da fala e terapia ocupacional. - Que a Família Portugal realize atividades no exterior do domicílio, como piquenique ou apenas conversa (os pais gostam muito do contato com a natureza);

			<p>assim como com terapia da fala, e ocupacional, tendo em conta que este é o único tratamento que pode não reverter, mas atrasar a progressão da PEH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseguir que o Equador reverta alguns défices, principalmente relativos à parte motora, que lhe possa permitir a frequência de centro de dia com os irmãos; - Promover contacto social da Bolívia, Chile e Equador, e conseguir profissionais de referência para o futuro destes jovens. 	<p>gostem, promover atividades em grupo (promove as habilidades sociais e sentimento de pertença);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover o contato com o exterior, aproveitando que a casa já se encontra adaptada para cadeira de rodas. <p>Comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar a família Portugal para a assistente social para saber quais os recursos comunitários existentes que possam dar resposta às necessidades da família Portugal; - Encaminhar o Equador, Bolívia e Chile para a equipa de Cuidados Continuados na Comunidade, de forma a assegurar reabilitação a realizar no domicílio; - Reforçar a disponibilidade da equipa e facultar à família o contacto telefónico; - Marcar nova entrevista para decorrer durante a próxima visita domiciliária. 	<p>superiores, característicos da patologia.</p> <p>A Bolívia, encontra-se deitada, quando abordada, refere estar bem, e que de momento já se quer levantar (11h.30). A mãe realiza o levante com o pai com recurso a uma plataforma elevatória.</p> <p>15/05/23</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizada referência para a fisioterapia, pelo S. Clínico, assim como por email (Apêndice IX) <p>22/05/23</p> <ul style="list-style-type: none"> -Compreendeu-se que o Sr. Brasil, se encontra preocupado com o futuro dos filhos, devido ao seu próprio envelhecimento e ausência de outros cuidadores, com concordância da D. Argentina foi realizada referência para a assistente Social, esta família, por email, (Apêndice X) e procedeu-se ainda a contato telefónico, e ficou combinada visita domiciliária para 26/05/23 - Realizada visita domiciliária com a assistente social que vai proceder ao pedido de dependência por 2.º grau. Esta profissional irá proceder ao levantamento dos recursos sociais enquadráveis nas necessidades da família Portugal 	
--	--	--	--	--	--	--

Data	Apreciação familiar segundo MCAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação	Avaliação Planeada não executada
11.05.2023	<p>Dimensão Funcional-Expressiva</p> <p>-Entrevista</p> <p>-Genograma</p> <p>-Ecomapa</p> <p>-Diagrama de Vínculos</p> <p>-Apgar Familiar de Smilkstein</p> <p>-Escala QUASI (aplicada à D.ª Colômbia)</p>	<p>Risco de Coping familiar</p> <p>Código CIPE: 10032364</p>	<p>Curto Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que a família consiga verbalizar emoções, necessidades e projetos; -Que a família identifique anteriores métodos de gestão de situações, a que recorreram no passado. - Que a família compreenda o que é o estatuto de cuidador informal, e caso queira, candidate-se ao mesmo. <p>Médio Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que a família consiga realizar projetos, atividades lúdicas em conjunto. <p>Longo Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que a família aceite a possibilidade de frequência de centro de dia ou CACI para os filhos Bolívia e Chile, de modo a promover a 	<p>Afetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criar uma atmosfera facilitadora de confiança; - Encorajar a expressão de sentimentos, medos, angústias e preocupações; - Incentivar a família a verbalizar quais as suas necessidades (tendo-se constatado que aquilo que mais preocupa a mãe, é a realização de fisioterapia) - Demonstrar disponibilidade á família para ajudar quando necessário; - Apoiar a tomada de decisão da família; <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar experiências anteriores sobre cuidados no domicílio; -Identificar junto da família quais as respostas que procuraram para a realização de reabilitação de uma forma mais intensiva (Associação Raríssimas, Fundação COI outras com centro de dia, adequadas para esta faixa etária e necessidades); - Incentivar a prática de atividades físicas e lúdicas que todos os elementos familiares gostem, promover atividades em grupo (promove as habilidades sociais e sentimento de pertença); - Promover o contato com o exterior, aproveitar o facto da casa já se encontrar 	<p>11.05.2023</p> <p>A D. Argentina manifestou que se preocupa com o futuro dos filhos, e que se sente cansada.</p> <p>Já procurou apoio junto do Centro Paroquial, mas é muito dispendioso, pelo que refere que vai aguardar, e diz não querer de momento ser referenciada para a assistente social, por este motivo. Tirando este pedido junto do centro paroquial, nunca recorreram a mais nenhum cuidado domiciliário (com exceção da equipa de enfermagem da UCSP).</p> <p>A D.ª Argentina refere conhecer o estatuto e que gostava de mesmo assim ter mais informação.</p> <p>15/05/23</p> <p>-Realizada referenciação para a fisioterapia;</p> <p>22/05/23</p> <p>- Conseguiu-se conversar com o Sr. Brasil e compreendeu-se que ele se encontra preocupado com o futuro dos filhos, devido ao seu próprio envelhecimento e ausência de outros cuidadores. Proposto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a família aceite o apoio da assistente social e que seja encontrada uma solução (instituição com regime de centro de dia com equipa de profissionais que colaborem com os utentes na ida ao wc, alimentação) e que permita a realização diária de reabilitação, terapia da fala e terapia ocupacional. - Família Portugal realize atividades no exterior do domicílio, como piquenique ou apenas conversa (os pais gostam muito do contato com a natureza); - Disponibilizado o contato telefónico da equipa da UCSP; - Posteriormente em próxima visita

			<p>autonomia destes, assim como permitir algum tempo de descanso para os pais, ou seja diminuir a sobrecarga existente.</p>	<p>adaptada, para sair com os filhos ao exterior;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar se a família conhece o Estatuto do cuidador informal, principal e não principal; - Questionar se querem mais informação sobre o mesmo; - Providenciar a realização e entrega do folheto "Cuidadores Informais - Cuidar de Quem Cuida!". <p>Comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar a família Portugal para a Assistente social para saber quais os recursos comunitários existentes que possam dar resposta às necessidades da família Portugal; - Encaminhar o Equador, Bolívia e Chile para a equipa de Cuidados Continuados na Comunidade e Fisioterapia para realização de domicílio; - Reforçar a disponibilidade da equipa e facultar à família o contacto telefónico; - Marcar nova entrevista para decorrer durante a próxima visita domiciliária. 	<p>referenciar a família para assistente social, o Sr. Brasil refere prontamente que sim, mas a D. Argentina não está recetiva a uma instituição, mesmo só em regime de dia (muito focada na necessidade de ajuda para o Wc dos filhos), mas aceita referência para Assistente Social.</p> <p>Nesta visita o filho Chile estava sentado na cadeira de rodas na cozinha e o Equador deitado na cama, onde foi realizado o penso. A filha Bolívia mantém-se novamente no leito as 11.40 da manhã, admitimos como hipótese, que esteja deprimida e ainda a aceitar a doença.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizada referência para a assistente social, só para procura de recursos sociais em regime de dia (Apêndice X). 	<p>domiciliária será entregue o Folheto "Cuidadores Informais- Cuidar de quem Cuida!" (Apêndice XI).</p>
--	--	--	---	--	---	--

Data	Apreciação familiar segundo MCAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação	Avaliação planeada não executada
11.05.2023	<p>Dimensão desenvolvimento</p> <p>-Entrevista</p> <p>-Ecomapa</p> <p>-Diagrama de Vínculos</p>	<p>Satisfação conjugal mantida (CIPE: 10011747)</p>	<p>Curto Prazo:</p> <p>- A D.^a Argentina e o Sr. Brasil expressem os seus sentimentos sobre patologia dos filhos, assim como sobre a partilha de tarefas, e a gestão familiar.</p> <p>Médio Prazo:</p> <p>- A D.^a Argentina e o Sr. Brasil refiram alegria nas atividades que realizam em conjunto.</p> <p>- Que a família Portugal realize atividades em conjunto, que sejam realizadoras para todos.</p> <p>Longo prazo:</p>	<p>Afetivo:</p> <p>- Criar uma atmosfera facilitadora de confiança;</p> <p>- Demonstrar disponibilidade para ouvir a D.^a Argentina e o Sr. Brasil (sobre preocupações, medos, desejos);</p> <p>- Encorajar a expressão de sentimentos, medos, angústias;</p> <p>- Facilitar a expressão de sentimentos e emoções;</p> <p>- Incentivar a D.^a Argentina assim como o Sr. Brasil a narrar a sua história, promovendo o uso de perguntas circulares;</p> <p>- Validar as preocupações narradas e verbalizadas, assim como normalizar as suas respostas emocionais do casal;</p> <p>- Demonstrar disponibilidade á família para ajudar quando necessário;</p> <p>- Apoiar a tomada de decisão da família;</p> <p>Cognitivo:</p> <p>-Elogiar as competências e pontos fortes do casal (partilha de tarefas, apoio mútuo para os problemas familiares)</p>	<p>11.05.2023</p> <p>- A D.^a Argentina narra que as tarefas são desempenhadas pelos dois, relativamente aos cuidados com os filhos assim como a gestão familiar.</p> <p>- Verbaliza estar cansada (também observável pela linguagem não verbal, olhar para o chão, tristeza ao falar sobre a situação dos filhos), mas que o marido faz tudo o que pode, não apresenta sentimentos de tristeza quando aborda o marido.</p> <p>-Quando se aborda a D.^a Argentina, se gostaria de falar com uma profissional de psicologia, refere que sim, mas que não tem disponibilidade, e que conversa com a vizinha (mas o assunto que manifesta ser desencadeador de stress não é a relação conjugal, mas o estado clínico dos filhos e prognóstico).</p> <p>22.05.23</p> <p>- Nesta visita foi possível conversar com o casal, estando os dois próximos, lado a lado. A</p>	<p>- A D.^a Argentina e o Sr. Brasil mantêm satisfação na sua relação, assim como conseguem manter atividades sociais e recreativas que favoreçam e promovam o seu bem estar em casal.</p> <p>-Encaminhar a D.^a Argentina para profissional de psicologia (só ela manifestou necessidade)</p>

			<p>- A D.ª Carolina e o Sr. Brasil consigam ter mais interações sociais e familiares; referindo satisfação por manter vínculos positivos com família e amigos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a percepção de satisfação do casal; - Identificar o tipo de comunicação do casal; - Incentivar a prática de atividades físicas ou lúdicas (promove o bem-estar físico, psíquico, reduz stress, ansiedade e depressão); <p>Comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conscencializar o casal da necessidade de manter boas ligações sociais e de amizade (reduz o stress, e readquirir a estabilidade necessária). - Recomendar à família a realização de atividades no exterior (o contacto com a natureza promove o bem-estar); - Encaminhar a D.ª Argentina para outros elementos da equipa de saúde, nomeadamente, psicóloga. 	<p>comunicação verbal e não verbal é congruente e expressam ternura e carinho. Quando se aborda se realizaram testes genéticos, a sua resposta foi muito natural e não manifestaram rancor ou tristeza por estarem juntos (doença recessiva, que nenhum dos dois têm, mas são portadores).</p> <p>- Quando pergunto sobre saídas sociais ou outros contatos, ambos respondem naturalmente que tem o mínimo, devido à dependência dos filhos, mas que antes também não eram muito recetivos a ter visitas ou sair.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Data	Apreciação familiar segundo MCAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação	Avaliação Planeada não executada
11.05.2023	<p>Dimensão Funcional-Expressiva (Papéis)</p> <p>-Entrevista</p> <p>-Genograma</p> <p>-Ecomapa</p> <p>-Diagrama de Vínculos</p> <p>-Apgar Familiar de Smilkstein</p> <p>-Escala QUASI (aplicada à D. Argentina)</p>	<p>Stress do cuidador presente na D.^a Argentina</p> <p>Código CIPE: 10027773</p>	<p>Curto Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que a D.^a Argentina consiga expressar os seus sentimentos e preocupações; -Que a D.^a Argentina consiga identificar quais os fatores que aumentam a sobrecarga do cuidador. <p>Médio Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que a D.^a Argentina identifique os fatores que podem diminuir a sobrecarga do cuidador; -Que a D.^a Argentina considere a realização de algumas atividades promotoras do bem estar do cuidador. <p>Longo Prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que a D.^a Argentina e o Sr. Brasil consigam aceitar a ajuda da D.^a Colômbia, de forma mais permanente e sistemática; 	<p>Afetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criar uma atmosfera facilitadora de confiança; - Encorajar a expressão de sentimentos, medos, angústias e preocupações; - Promover a expressão de sentimentos; - Incentivar a D.^a Argentina a verbalizar quais as suas necessidades relativamente ao stress do cuidador; - Demonstrar disponibilidade para ajudar quando necessário; - Apoiar a tomada de decisão da D.^a Argentina. <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar experiências anteriores sobre cuidados no domicílio; - Consciencializar a D.^a Argentina para retirar algum tempo para ela (reforçar que não está a ser egoísta); - Promover a reflexão para a realização de comportamentos de autocuidado como: dedicar tempo para realizar atividades de lazer que lhe dão prazer; estar atento à saúde física e psicológica; aceitar ou pedir ajuda quando necessário; manter contactos sociais com pessoas importantes; dormir em quantidade e qualidade suficiente; escolher uma alimentação saudável. 	<p>11.05.2023</p> <ul style="list-style-type: none"> - A D. Argentina manifestou que se preocupa com o futuro dos filhos, e que se sente cansada. Já procurou apoio junto do Centro Paroquial, mas como é muito dispendioso, ela e o marido preferem aguardar para quando for realmente necessário (demonstra que será quando já não tiverem capacidades físicas). - Manifesta que o facto dos filhos não lhe manifestarem afeto a deixa triste (mas também refere que eles sempre tiveram este comportamento); - A D.^a Argentina reconhece que o tempo que passa a cuidar das suas plantas e no exterior, é uma atividade importante para ela; - A D.^a Argentina reconhece ainda que não toma conta da sua saúde psicológica, que gostava de ir à psicóloga, mas é muito longe e não quer estar tanto tempo ausente. Manifesta que a vizinha a ajuda muito nesse aspeto. - Existe referência que a família se alimenta bem (têm horta com 	<ul style="list-style-type: none"> - Que a família aceite o apoio da assistente social e que seja encontrada uma solução (instituição com regime de centro de dia com equipa de profissionais que colaborem com os utentes na ida ao wc, alimentação) e que permita a realização diária de reabilitação, terapia da fala e terapia ocupacional, permitindo à D.^a Argentina mais tempo para ela, para os contactos sociais e ainda para frequentar o acompanhamento psicológico.

			<ul style="list-style-type: none"> - Que a D. Argentina consiga comprometer-se a autocuidar da sua saúde psicológica; - Que a família aceite a possibilidade de frequência de regime de centro de dia para os filhos Bolívia e Chile, de modo a promover a autonomia destes, assim como permitir algum tempo de descanso para os pais, ou seja diminuir a sobrecarga existente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a prática de atividades físicas e lúdicas goste ou em grupo (promove as habilidades sociais e sentimento de pertença); - Promover o contato com o exterior, aproveitar o facto da casa já se encontrar adaptada, para sair com os filhos ao exterior; - Apresentar o folheto Guia prático – Guia dos Cuidadores da Coordenação nacional para a rede dos cuidados continuados integrados (2019) (apresenta muita informação tanto sobre o estatuto do cuidador informal, como atitudes para se autocuidar). <p>Comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir a D.ª Argentina para descrever as suas capacidades na resolução de problemas; - Encaminhar a D.ª Argentina para Psicologia; - Reforçar a disponibilidade da equipa e facultar à família o contacto telefónico; - Marcar nova entrevista para decorrer durante a próxima visita domiciliária. 	<p>produção própria) e que consegue dormir bem;</p> <p>22/05/23</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordou-se novamente com a D.ª Argentina e desta vez também com o Sr. Brasil, aceitar a ajuda da D.ª Colômbia, contudo ambos referem que não querem aceitar esta ajuda sem um compromisso económico. Ambos manifestam preocupações com o seu próprio envelhecimento e ausência de outros cuidadores. Proposto referenciar a família para assistente social. - Realizada referência para a assistente social. 	
--	--	--	---	--	---	--

Data	Apreciação familiar segundo MCAIF Instrumentos de avaliação	Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Familiar	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de saúde familiar	Avaliação	Avaliação Planeada não executada
11.05.2023	Dimensão Funcional- -Entrevista e avaliação física do Utente Equador.	Úlcera por Pressão presente na região nádega esquerda de categoria II no Equador. CIPE: 10025798	Curto Prazo: - Que a úlcera de pressão na nádega esquerda reduza de diâmetro. Médio Prazo: - Que a úlcera de pressão cicatrize na totalidade. Longo Prazo: - Que o Equador não volte a adquirir nova úlcera de pressão.	Afetivo: - Promover a expressão de dúvidas sobre a prevenção de úlceras por pressão; - Elogiar a família pela gestão da úlcera por pressão do Equador; - Elogiar a família pelos cuidados prestados ao Equador (observado carinho e cuidado com os posicionamentos, alimentação). Cognitivo: - Ensinar sobre prevenção de úlceras por pressão (posicionamentos, avaliação da integridade cutânea com frequência, promoção da mobilidade, gestão da incontinência); - Ensinar sobre cuidados à úlcera por pressão (na incapacidade de realização de duas vistas semanais, realizado ensino para a mãe o realizar) Comportamental: - Avaliar penso da úlcera por pressão; - Avaliar úlcera por pressão - Avaliar Risco de úlcera por Pressão com recurso a escala de Braden. - Realizar penso à úlcera por pressão, lavagem com soro fisiológico e aplicado apósito de carboximetilcelulose sódica com prata com rebordo adesivo.	11.05.2023 Ferida de categoria II, com 3 cm de largura por 2 de largura. com tecido de granulação em 80% da sua extensão e 20% de tecido desvitalizado, com exsudado seroso, e bordos bem delimitados, mas edemaciados, Equador sem fácies de dor durante o tratamento da ferida. 22/05/23 - Ferida de categoria II, com 2 cm de largura por 2 de largura. com tecido de granulação em 80% da sua extensão e 20% de tecido desvitalizado, com exsudado seroso, e bordos bem delimitados, sem edema. Realizada avaliação de escala de Braden: 13 (alto risco de úlcera por pressão)	

Apêndice IX- Email de Referência da família Portugal à Fisioterapeuta

Boa tarde!

Sou a Ana Luísa Almeida, enfermeira a realizar o mestrado em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, a realizar estágio na UCSP de [REDACTED] sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista [REDACTED]

Venho por este meio realizar a referenciação da família [REDACTED]. É uma família nuclear, constituída pelos pais (Sr. [REDACTED] D. [REDACTED] e três filhos [REDACTED]), com uma faixa etária entre os 39-44 anos. Todos os três filhos diagnosticados na adolescência com Paraparesia Espástica Hereditária, recessiva. Esta doença neurológica rara, origina limitações físicas como diminuição gradual dos movimentos dos membros, disartria, pode manifestar-se ainda deficit cognitivo, não se prevê diminuição da esperança média de vida. Atualmente não existem tratamentos farmacológicos, o protocolado é a realização de fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala de modo a retardar a degeneração nervosa.

Os filhos encontram-se todos dependentes, os cuidadores são em exclusivo os pais, ambos de momento reformados. O [REDACTED] com dependência grave (Barthel de 15), espástico no leito, mas calmo, consciente e orientado, nos dias da visita domiciliária estava no leito, mas segundo os pais, realiza levante. O [REDACTED] e a [REDACTED] apresentam dependência total com Barthel de 40, realizam levante para cadeira de rodas com auxílio de plataforma elevatória. Todos possuem cadeira de rodas manual. O [REDACTED] apresenta uma cadeira de rodas postural.

O [REDACTED] apresenta disartria, e afasia, a [REDACTED] apresenta afasia de expressão. O [REDACTED] apresenta disartria grave.

Os pais manifestam preocupações com o futuro, e querem que os filhos possam realizar fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala. A mãe manifesta desejo de que os filhos possam ter fisioterapia no domicílio, para desta forma também ser realizada ao [REDACTED] e permitir a permanência do seu apoio/ cuidado concomitantemente aos três filhos.

As minhas preocupações enquanto mestranda de enfermagem de saúde familiar estão relacionadas com a progressão da doença na ausência de programa de reabilitação.

Melhores Cumprimentos

Enf.ª Ana Luísa Almeida (Mestranda Enfermagem Comunitária)

Enf.ª [REDACTED] Especialista em Enfermagem Comunitária.

Apêndice X- Email de Referência da família Portugal para o Serviço Social

Boa tarde!

Sou a Ana Luísa Almeida, enfermeira a realizar o mestrado em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, a realizar estágio na UCSF de [REDACTED], sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista [REDACTED]

Venho por este meio realizar a referenciação da família [REDACTED] para o serviço de Apoio Social. É uma família nuclear, constituída pelos pais (Sr. [REDACTED] e D.^a [REDACTED]), e três filhos ([REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED]) com uma faixa etária entre os 39-44 anos. Todos os três filhos diagnosticados na adolescência com Paraparesia Espástica Hereditária, recessiva. Esta doença neurológica rara, origina limitações físicas como diminuição gradual dos movimentos dos membros, disartria, pode manifestar-se ainda défits cognitivo, não se prevê diminuição da esperança média de vida. Atualmente não existem tratamentos farmacológicos, o protocolado é a realização de fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala de modo a retardar a degeneração nervosa. Os filhos encontram-se todos dependentes, o [REDACTED] com dependência grave (Barthel de 5), espástico no leito, mas calmo, consciente e orientado. O [REDACTED] e a [REDACTED] dependência total com Barthel de 40, realizam todos levante para cadeira de rodas com auxílio de plataforma elevatória.

[REDACTED] apresenta disartria, e afasia e a Sónia apresenta afasia, segundo a mãe. O [REDACTED] apresenta disartria grave.

De momento os três adultos encontram-se em casa não realizando atividades comunitárias, educacionais ou laborais. A filha [REDACTED] já trabalhou no passado, mas de momento sem capacidade para tal, os restantes irmãos não chegaram a trabalhar.

Os pais manifestam preocupações com o futuro, a realização de fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala. Peço ajuda para se conseguir encontrar recursos comunitários ou sociais adequados tanto para a idade como para os deficit apresentados, principalmente para o [REDACTED] e [REDACTED] ambos com dependência total, mas com capacidade para deslocar em cadeira de rodas.

As minhas preocupações enquanto mestranda de Enfermagem de saúde familiar estão relacionadas com a inexistência de contatos externos com estes jovens, assim como, conseguir que os pais pudessem ficar mais tranquilos ao saber que mais profissionais conhecem os filhos.

Foi realizada referenciação ao serviço de fisioterapia para se conseguir apoio de fisioterapia ao domicílio, para desta forma também ser realizada ao [REDACTED] (referido pelos pais).

Melhores Cumprimentos

Enf.^a Ana Luisa Almeida (Mestranda Enfermagem Comunitária)

Enf.^a [REDACTED], Especialista em Enfermagem Comunitária.

Apêndice XI- Folheto “ Cuidadores Informais- Vamos Cuidar de Quem Cuida !”.

COMO PEDIR O ESTATUTO?

Proceder à entrega do requerimento do estatuto de cuidador informal nos serviços locais da segurança social ou na segurança social direta

- Formulários disponíveis no Site da Segurança Social: <https://www.seg-social.pt/formularios>
- Mod.CI 1/2022 – DGSS (estatuto cuidador principal)
- Mod.CI 1/1/2022 – DGSS:(caso exista mais do que 1 pessoa cuidada)
- Mod.CI 12/2021 – DGSS: (consentimento da pessoa cuidada)
- Mod. CI 2/1 - DGSS (pedido de subsídio de apoio ao Cuidador Informal principal).

Documentação Adicional (além dos Formulários acima).

- Documento de identificação válido;
- Comprovativo de residência;
- Atestado médico da pessoa cuidada (que ateste pleno uso das faculdades intelectuais, ou possuir regime de maior acompanhado)
- Consentimento da pessoa cuidada.

Contatos úteis :


Segurança Social: 300 502 502 das 9 h00 às 18h00 nos dias úteis



RECURSOS LEGISLATIVOS

- **Guia Prático – Estatuto do cuidador informal principal e cuidador informal não principal.** Disponível em: <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004-Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5>
- **Decreto Regulamentar nº1/2022 (2022).** Condições do estatuto de cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-regulamentar/1-2022-177363476>
- **Lei do estatuto do cuidador informal,** Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>

AUTORIA:

Mestranda em Enfermagem Comunitária, na área de Especialização em enfermagem de saúde Familiar da ESEL 2022/2023 - Ana Wisa Almeida
Orientadora: Enf.ª Especialista 
Prof orientadora: Ana paula Neves

Junho 2023

Cuidadores Informais

Vamos Cuidar de quem cuida!



QUÊM TEM DIREITO AO ESTATUTO DE CUIDADOR INFORMAL?

QUE DIREITOS, DEVERES E RECURSOS DO CUIDADOR? COMO PEDIR?

DIREITOS DOS CUIDADORES INFORMAIS

- Acompanhamento por profissionais de referência;
- Receber formação adequadas às necessidades da pessoa cuidada ;
- Beneficiar de " Descanso do Cuidador"
- Aceder a grupos de autoajuda;
- Usufruir de apoio psicológico, mesmo após a morte da pessoa cuidada.

Cuidador Informal Principal:

- Subsídio de apoio ao cuidador informal principal;
- Acesso a seguro social voluntário.

Cuidador Informal não Principal:

- Conciliar a prestação de cuidados com o emprego;
- Acesso a teletrabalho durante 4 anos;
- Beneficiar do regime trabalhador-estudante.

DEVERES DOS CUIDADORES INFORMAIS

- Garantir o acompanhamento necessário ao bem-estar global da pessoa cuidada
- Comunicar à equipa de saúde alterações verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada;
- Participar nas formações que lhe forem designadas;
- Informar, no prazo de 10 dias, os serviços da segurança social, qualquer alteração que determinou o reconhecimento do estatuto de cuidador informal.

REQUISITOS REFERENTES À PESSOA CUIDADA

- Situação de dependência de terceiros e a precisar de cuidados permanentes;
- Não se encontrar acolhido em resposta social ou de saúde; pública ou privada, em regime residencial;
- Ser titular de prestações de dependência de 1º ou 2º grau ou de subsídio de assistência de terceira pessoa, a necessitar de cuidados permanentes;
- A pessoa cuidada deve dar consentimento informado, de que pretende que o requerente seja reconhecido como seu cuidador informal.



REQUISITOS PARA SER CUIDADOR INFORMAL

- Ter residência legal em Portugal;
- Possuir mais de 18 anos;
- Cónjuge ou unido de facto, parente ou afim até 4º grau da pessoa cuidada;
- Não ser titular de pensão de invalidez

CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL

- Acompanhar e cuidar de forma permanente da pessoa cuidada;
- Viver na mesma Habitação, e ter a mesma morada em documentação oficial (cartão de cidadão);
- Não auferir de qualquer remuneração de atividade profissional ou cuidados prestados a pessoa cuidada;
- Não receber prestações de desemprego.

CUIDADOR INFORMAL NÃO PRINCIPAL

- Acompanhar e cuidar da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente;
- Pode auferir ou não de remuneração de atividade profissional, ou dos cuidados prestados à pessoa cuidada.

Podem ser reconhecidos até três Cuidadores informais não principais por cada pessoa cuidadas.



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**

Relatório de Estágio

Apêndice XXI

Folhetos realizados para o PIESF

Ana Luísa da Silva Almeida



**Lisboa
2024**

Medo de queda! Queda!

As quedas ocorrem em todas as idades- são inevitáveis quando se apresenta marcha bípede e na prática de atividade física/ de vida diária.

A queda/ medo de queda pode implicar efeitos psicológicos no idoso, nomeadamente depressão, baixa-autoestima, vergonha, diminuição da autoconfiança e consequentemente medo de queda.

Existe ainda impacto nos familiares, com necessidade de reajuste na dinâmica familiar, e sobrecarga física, económica e emocional.

As quedas podem ser prevenidas!



Fatores de risco

Do próprio/ Biológico

- História de quedas anteriores;
- Diminuição da força, equilíbrio e marcha
- Alterações visuais/auditivas;
- Polimedicação (toma de muitos medicamentos);
- Hipotensão ortostática;
- Presença de estado demencial;
- Doenças osteoarticulares/diabetes/ hipertensão/osteoporose

Ambiental/ Domicílio

- Presença de tapetes, fios soltos;
- Iluminação pobre ou inexistente;
- Chão escorregadio, sem espaço de circulação entre a mobília;
- Casa de banho sem alteadores de sanitário e/ ou barras de apoio. Inexistência de tapete antiderrapante no duche ou banheira;
- Calçado não adaptado, roupa muito comprida;
- Auxiliares de marcha mal adaptados;
- Mobília instável; cama baixa; cadeiras baixas sem apoio para braços.

Vamos Prevenir?

1- Prática de Exercício adequado à sua idade e condição física

- A prática de exercício físico melhora a flexibilidade, a força, o equilíbrio e consequentemente o tempo de reação.
- Diminui a perda de massa óssea.

Recursos comunitários

Programa “Desportivamente em (Re)forma”: da Câmara Municipal de Setúbal, para cidadãos em situação de reforma

- **Hidroginástica, Dança, Boccia e Chi Kung** – Uma vez por semana;
- **Ginástica** – Duas vezes por semana

2- Promover a realização de atividades de vida com adaptação do meio ambiente



Recursos/ produtos de apoio

Fita Antiderrapante



Alteador de Sanitário



Barras para Duche



Barras para Sanitário



Luzes de presença



CONTACTOS ÚTEIS

SOS (INEM) - 112
Linha do Cidadão Idoso -
800 203 531
Linha Saúde 24 -
808 242 424

Casa Segura: Família Segura

Prevenção de quedas no Domicílio: lista de verificação



Autoria: Mestranda em Enfermagem Comunitária, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da ESEL 2022/2023 - Ana Luisa Almeida
Orientadora: Enf.ª Especialista
Professora Orientadora: Prof.ª Ana Paula Neves

Bibliografia:
Centre of disease control (2022). *Check for safety* <https://www.cdc.gov/steadi/pdf/STEDI-Brochure-CheckForSafety-508.pdf>
Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., ... Masud, T. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*, 51(9). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
Olson, L. M., Zonsius, M. C., Rodriguez-Morales, G., & Emery-Tiburcio, E. E. (2022). Promoting Safe Mobility. *AJN, American Journal of Nursing*, 122(7), 46-52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000842256.48499.47>
Powell-Cope, G., Pippins, K. M., & Young, H. M. (2017). Teaching Family Caregivers to Assist Safely with Mobility. *AJN, American Journal of Nursing*, 117(12), 49-53. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000527485.94115.7e>
Imagem 1: <https://slipsaway.co.uk/products/non-slip-strips-black-64cm-x-3-cm?variant=40979327353041>
Imagem 2 e 3: <https://www.performancehealth.co.uk/articles/top-5-fall-prevention-products-recommended-for-seniors>
Imagem 4: <https://elderlyfallprevention.com/assistive-devices/>
Imagem 5: <https://www.ncoa.org/article/home-modification-tools-and-tips-to-help-prevent-falls>
Imagem 6: <https://www.pinterest.ca/pin/626985579351313003/>

Fatores de Risco no Domicílio: observe a sua casa e identifique os fatores de risco que encontrar!

Exterior da Casa

Restos de vegetação/pedras/ramos no exterior da casa?

- Mantenha o exterior da casa limpo e livre de obstáculos

Escadas/ Locais de passagem

Escadas sem corrimão ou fita antiderrapante?

- Coloque bandas antiderrapantes no final de cada degrau
- Fixe o corrimão. Caso coloque novos, instale em ambos os lados da escada e em todo o comprimento da mesma

Tem espaço de circulação em volta da mobília, cama, para deambular livremente, sem fios, extensões elétricas, principalmente se utilizar o andarilho e/ou a canadiana?

- Peça ajuda para reposicionar ou remover mobília, assim como para prender os fios ou utilizar calha para fixação dos mesmos.

Têm carpetes/ tapetes soltos?

- Prenda os carpetes/ tapetes com fita ao chão ou removê-los

Cozinha

Os utensílios e alimentos que utiliza com maior frequência encontram-se em prateleiras/ gavetas de fácil alcance?

- Reorganize a cozinha de modo a ter os utensílios frequentemente à altura da cintura, sem necessitar de escadote ou banco para os alcançar

Utiliza um escadote para aceder a prateleiras altas?

- Nunca utilize uma cadeira/ banco para aceder a locais altos. Se necessário tenha um escadote com barras laterais.

Quarto

Existe iluminação ou interruptor junto da cabeceira da cama?

- Coloque um candeeiro junto da cabeceira da cama

Animais de estimação

Têm animal de estimação?

- Olhe em volta, não utilize apenas a audição, o animal pode estar junto de si e não fazer barulho

Casa de banho

O chuveiro/ poliban ou banheira é escorregadia?

- Coloque um tapete antiderrapante no chão do chuveiro/ banheira. Pode utilizar também um banco para maior segurança

Tem dificuldade ao sair do chuveiro/banheira, ou precisa de ajuda de familiar?

- Coloque barras de suporte na parede do chuveiro/ banheira

Tem dificuldade em se levantar do sanitário?

- Coloque um assento elevatório na sanita e barra de apoio laterais à sanita

Iluminação da casa

A iluminação é adequada no início e final das escadas/corredor; e o caminho entre a casa de banho e o quarto?

- Peça a um familiar ou amigo para trocar lâmpadas fundidas. Se colocar nova instalação elétrica, pedir um interruptor no início e final do corredor
- Ligue a luz do quarto para ir à casa de banho, utilize uma luz de presença entre a casa de banho e o quarto

Folheto "Caí em casa: como atuar?"

Caí em casa: como atuar



1 Tente ter sempre junto de si o telemóvel

2 Se estiver bem:



Coloque-se de joelhos e gatinhe até uma peça de mobília estável



3 Coloque as mãos sobre a mobília e levante-se

4 Caso NÃO se consiga levantar sozinho (presença de dor, incapacidade física)



5 Peça ajuda pelo telemóvel

6 Se NÃO tiver acesso ao telemóvel, faça barulho com objetos no chão ou mobília (gritar pode ser muito cansativo)



7 Procure manter-se quente, tape-se com lençóis, casacos ou tapetes

8 Mantenha-se calmo (evitar gasto de energia desnecessário)

CONTACTOS ÚTEIS:
SOS (INEM) - 112
Linha do Cidadão Idoso - 800 203 531
Linha Saúde 24 - 808242424

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: - Dias úteis, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h

Autoria: Maestranda em Enfermagem Comunitária, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da ESEF, 2022/2023 - Ana Filipa Almeida
Orientadora: Enf.ª Especialista Ana Paula Nunes
Professora Orientadora: Prof.ª Ana Paula Nunes

Bibliografia:
Bostrom-Olsson, M., von der Weide, H., Martin, F. C., Petrovic, M., Tari, M. P., Ryg, J., Aguilera-Nawarro, S., Alexander, H. B., Becker, C., Bain, H., Bourke, B., Cameron, I. D., Caricoff, R., Clemens, L., Chou, J., Ochieng, K., Davis, L., Durrig, G., Oprea, S. M., ... Masoli, T. (2022). World guidelines for fall prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*, 51(8). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
Jowell-Caps, G., Phipps, K. M., & Young, H. M. (2017). Teaching Family Caregivers to Assist Safely with Mobility. *AJN, American Journal of Nursing*, 117(12), 49-53. <https://doi.org/10.1097/09.NAJ.0000000000000415.7e>
Fonte das Imagens:
Imagem 1: 2 - <https://www.shutterstock.com/image-vector/illustration-elderly-man-accident>
Imagem 2: 3 - <https://www.shutterstock.com/image-vector/illustration-elderly-man-accident>
Imagem 3: 4 - <https://www.shutterstock.com/image-vector/illustration-elderly-man-accident>
Imagem 4: 5 - <https://www.shutterstock.com/image-vector/illustration-elderly-man-accident>
Imagem 5: 6 - <https://www.shutterstock.com/image-vector/illustration-elderly-man-accident>
Imagem 6: 7 - <https://www.shutterstock.com/image-vector/illustration-elderly-man-accident>
Imagem 7: 8 - <https://www.shutterstock.com/image-vector/illustration-elderly-man-accident>

O Meu Familiar Caiu em Casa: como atuar!

1  Imagem 1

Não mobilize o seu familiar sem avaliar o grau de gravidade
caso apresente:
Hemorragia em grande quantidade;
Perda de consciência;
Dor incontrolável nos membros - indicativo de fratura

Enquanto aguarda **não mova o seu familiar.** Tape-o de modo a não arrefecer e mantenha-se próximo do telefone/ telemóvel

2  Imagem 2

Contacte 112

3

4 **Avaliou a gravidade e não existem sintomas de trauma**

5  Imagem 3

Ajude o seu familiar a colocar-se de joelhos com o apoio de uma cadeira, e posteriormente coloque-se por trás dele e puxe pelo cós das calças ou cinto. Ajude-o a sentar-se e deixe-o descansar na cadeira

6 **Vigie o seu familiar para possíveis sequelas tardias.**

7 **Quando possível contacte a sua equipa de saúde da USF a informar sobre a queda.**

CONTACTOS ÚTEIS
Linha do Cidadão Idoso - 800 203 531
SOS - 112

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
Dias úteis, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h

Autoria: Mestranda em Enfermagem Comunitária, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da ESEL 2022/2023 - Ana Luísa Almeida
Orientadora: Enf.ª Especialista
Professora Orientadora: Prof.ª Ana Paula Nevês

Bibliografia:
Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martín, F. C., Petrović, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilari-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., ... Masud, T. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*, 51(9). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
Powell-Cope, G., Pippins, K. M., & Young, H. M. (2017). Teaching Family Caregivers to Assist Safely with Mobility. *AJN, American Journal of Nursing*, 117(12), 49-53. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000527485.94115.7e>
Fonte Imagens:
Imagem 1- <https://consultoriodereabilitacao.blogspot.com/2013/04/>
Imagem 2- <https://www.parmapress24.it/2022/08/18/avra-sede-a-parma-il-112-numero-unico-per-le-emergenze>
Imagem 3- <https://www.visenior.pt/como-prevenir-as-queidas-dos-idosos/>