



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de
Enfermagem de Saúde Familiar

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR NAS FAMÍLIAS COM MEMBROS
DEPENDENTES - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Marta Cristina Almeida Gomes

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR NAS
FAMÍLIAS COM MEMBROS DEPENDENTES -
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN THE
AREA OF FAMILY HEALTH NURSING IN FAMILIES WITH
DEPENDENT MEMBERS - PROJECT TO DEVELOP
SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN THE AREA OF FAMILY
HEALTH NURSING

Estágio de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora Joana Campos e coorientado pela
Professora Doutora Fernanda Bastos

Autora: Marta Cristina Almeida Gomes

Porto, 2023

ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ARS – Administração Regional de Saúde

bpm – batimentos por minuto

CHEDEV – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECTS - Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FADA – Formulário de Avaliação de Dependência no Autocuidado

FACES – The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

HbA1c – Hemoglobina glicada

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCAIF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

mmHg – milímetros de mercúrio

PCC – Participantes; Conceito; Contexto

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNG – Sonda Nasogástrica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

Up - Unidade ponderada

RESUMO

O presente relatório visa espelhar a unidade curricular de estágio de natureza profissional – Módulo I e II integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, do ano letivo 2022/2023. O estágio de natureza profissional decorreu numa Unidade de Saúde Familiar modelo B, entre o dia 21 de Novembro de 2022 e o dia 23 de Junho de 2023, durante 585 horas e perfazendo um total de 45 ECTS.

Ao elaborar este relatório proponho-me a descrever reflexivamente o processo de desenvolvimento de competências para a obtenção do grau de mestre na área de enfermagem de saúde familiar, a partir das experiências vivenciadas, com o principal objetivo de explicar o trabalho desenvolvido para dar resposta às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, e assim obter o grau académico de Mestre em Enfermagem.

A temática do estágio de natureza profissional relacionou-se com a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, em famílias que integram uma pessoa dependente, dada a franca tendência do envelhecimento populacional. Para cuidar destas famílias recorri às consultas de enfermagem domiciliárias, de forma a estreitar o relacionamento com o maior número de elementos da família possível, bem como conhecer o contexto.

Tendo em conta a família como unidade e cliente dos cuidados do enfermeiro especialista, os seus elementos são também clientes individuais da minha ação, focando-me na capacitação da família para as transformações e adaptações da mesma ao facto de integrar um membro dependente.

Uma reflexão profunda sobre os meus julgamentos clínicos baseados em referenciais teóricos da enfermagem familiar, orientadores da minha intervenção, proporcionou o desenvolvimento das competências emanadas pela Ordem dos Enfermeiros no que toca à especialidade de Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar. Esta unidade curricular enriqueceu a minha prática clínica enquanto enfermeira de família.

ABSTRACT

This report aims to mirror the professional internship curricular unit – Modules I and II integrated into the Master's Degree in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, from the academic year 2022/2023. The professional internship took place in a model B Family Health Unit, between November 21, 2022 and June 23, 2023, for 585 hours and totaling 45 ECTS.

In preparing this report, I propose to reflexively describe the process of developing skills to obtain a master's degree in the area of family health nursing, based on experiences, with the main objective of explaining the work developed to respond to the skills of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health, and thus obtain the academic degree of Master in Nursing.

The theme of the professional internship was related to the intervention of the specialist nurse in community nursing in the area of family health nursing in families that include a dependent person, given the clear trend of population aging. To care for these families, I resorted to home nursing consultations, in order to strengthen the relationship with as many family members as possible, as well as getting to know the context.

Taking into account the family as a unit and client of the specialist nurse's care, its members are also individual clients of my action, focusing on training the family for transformations and adaptations to the condition of a family with a dependent member.

A deep reflection on my clinical judgments based on theoretical references of family nursing, guiding my intervention, provided the development of the skills emanated by the order of nurses regarding the specialty of community nursing in the area of family health. This curricular unit enriched my clinical practice as a family nurse.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA.....	21
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	21
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de saúde familiar	62
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	65
CONCLUSÃO	70
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	777
Anexo I - Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal da Família 1	78
Anexo II - Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal da Família 6.....	81
Anexo III -Apresentação em power point.....	84
Anexo IV - Questionário de avaliação de conhecimentos sobre “Cuidador informal”	87
Anexo V - Planos de cuidados integrais das famílias, segundo o MDAIF.....	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Genograma da família 1	21
Figura 2: Ecomapa da família 1	22
Figura 3: Genograma da família 2	30
Figura 4: Ecomapa da família 2	31
Figura 5: Genograma da família 3	37
Figura 6: Ecomapa da família 3	38
Figura 7: Genograma da família 4	48
Figura 8: Ecomapa da família 4	49
Figura 9: Genograma da família 5	51
Figura 10: Ecomapa da família 5	52
Figura 11: Genograma da família 6	55
Figura 12: Ecomapa da família 6	56

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio de natureza profissional, do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), do ano letivo 2022/2023 e como instrumento concorrente para a avaliação final, desenvolvi este documento. Com este relatório proponho-me explicar o trabalho desenvolvido para dar resposta às competências transversais do enfermeiro especialista, bem como as específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, através de uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas, com o intuito de adquirir essas competências e assim, obter o grau académico de Mestre em Enfermagem. Nesta conjuntura, com a realização deste relatório, eu como mestranda baseei a minha prática clínica especializada em sólidos conhecimentos e válidos padrões éticos e legais, que regem a minha conduta académica e profissional, bem como na melhor evidência disponível.

A atividade clínica deste estágio de natureza profissional decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) modelo B, entre o dia 21 de Novembro de 2022 e o dia 23 de Junho de 2023, durante 510 horas complementadas por 25 horas de seminário no Módulo I e 50h de Orientação Tutorial no Módulo II e perfazendo um total de 45 ECTS. A colaboração das orientadoras pedagógicas, a Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo e a Professora Virgínia Guedes, bem como a orientação das professoras científicas, a Professora Doutora Joana Campos e a Professora Doutora Fernanda Bastos, foram fundamentais para o sucesso desta etapa.

O estágio de natureza profissional permitiu-me desde logo desenvolver as competências transversais ao enfermeiro especialista, conforme o regulamento n.º 140/2019 publicado em Diário da República, 2.ª série N.º 26 a 6 de fevereiro de 2019, baseadas na responsabilidade profissional, ética e legal, já que desenvolvi a minha prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia de Enfermagem, praticando cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. No que toca à melhoria contínua da qualidade, desenrolei um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. Confirmei um ambiente terapêutico e seguro. Em relação à gestão dos cuidados de enfermagem, assegurei a melhor resposta da equipa, enfatizando a sua

articulação. Adapte a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Na última competência sobre o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, zelei sempre pelo autoconhecimento e pela assertividade, já que baseei a minha praxis clínica especializada em evidência científica.

Ao integrar a equipa de enfermagem da USF, nomeadamente acompanhando um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, objetivou-se adquirir, aprofundar e melhorar as minhas competências específicas em enfermagem de saúde familiar. Especificamente para este período de aprendizagem foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Expandir e consolidar uma consciência profissional sobre o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar;
- Aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, em famílias com um familiar dependente, no âmbito da Enfermagem Comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar;
- Recolher e analisar os dados das famílias estudadas, que sejam de especial relevância para a identificação dos diagnósticos, objetivos e intervenções de cada família enquanto cliente e dos seus elementos individualmente ao longo do ciclo vital;
- Avaliar os resultados obtidos e de que forma produziram ganhos em saúde nas famílias coletivamente e nos indivíduos;
- Proporcionar momentos de partilha de competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, numa lógica de reflexão, promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais significativas;
- Situar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, em particular no contexto de enfermagem de saúde familiar, no âmbito do exercício de uma enfermagem avançada;
- Consolidar a capacidade de suportar e incorporar na prática clínica, em particular no âmbito de enfermagem de saúde familiar, a melhor evidência disponível;
- Refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo deste estágio profissional, elencando as competências específicas do enfermeiro especialista de Enfermagem Comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar.

De modo a dar resposta aos objetivos mencionados, o desenvolvimento da minha atividade durante este estágio profissional, centrou-se em famílias que integram pelo menos uma pessoa dependente no autocuidado.

O envelhecimento da população é um fenómeno global que atualmente tem repercussões não só sociais e económicas, como também ao nível da saúde e bem-estar dos indivíduos e das suas famílias.

Em Portugal, de acordo com os “Censos de 2021” do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021) o país registou um decréscimo populacional de 2,1%, agravando-se assim o fenómeno do envelhecimento da população portuguesa, com o aumento significativo da população idosa e diminuição da população jovem. Entre 2011 e 2021 a percentagem de população idosa, ou seja, a percentagem de pessoas com mais de 65 anos de idade aumentou substancialmente, representando em 2021, 23,4% da população nacional. Este fenómeno coloca em causa o rejuvenescimento da população ativa e estabelece o índice de envelhecimento português (idoso por 100 jovens) em 182%, mais 54% do que em 2011. À semelhança da imagem do país, também na USF o índice de dependência de idosos ($\text{Pop} \geq 65 \text{ anos} / \text{Pop } 15-64 \text{ anos} \times 100$) é de cerca de 29,1%, segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

De acordo com os últimos “Censos de 2021” (INE, 2021), 10,9% da população portuguesa residente com 5 ou mais anos tem pelo menos uma incapacidade, sendo que a prevalência desta incapacidade aumenta com o progredir da idade, sobretudo a partir dos 70-74 anos de idade, e é mais significativo no caso das mulheres. Esta incapacidade avaliada associa-se a dificuldades na visão e audição, bem como deterioração cognitiva e incapacidades físicas.

Ainda segundo os mesmos Censos, que nos permite saber os dados da população portuguesa atual, a maioria da população residente com 5 ou mais anos que tem pelo menos uma incapacidade vive com as suas famílias (91,9%), enquanto 8% vivem em alojamentos coletivos. Assim, estas famílias com pelo menos um dos seus membros dependente apresentam necessidades específicas, no que toca ao seu desenvolvimento e funcionamento. Nenhuma família “nasce” capacitada e instruída para acolher e integrar um dos seus membros com algum grau de dependência no autocuidado. No que toca ao autocuidado, Orem (2001) define o mesmo como a prática de atividades que incutem o aperfeiçoamento e munem aqueles que a iniciam e desenvolvem, dentro de espaços de tempo específicos, tendo como objetivos a preservação da vida e o bem-estar da pessoa. A transição familiar complexa, implica uma nova

organização do processo familiar e uma reestruturação dos papéis familiares, bem como a incorporação de mudanças no sentido de lidar com esta situação, seja ela mais normativa ou mais acidental (Campos, 2019).

A dependência, segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho é uma “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”.

Perante a temática, para efeitos deste relatório, considero a família:

(...) como um sistema, isto é, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o meio exterior, mantendo o seu equilíbrio interno no decurso de um processo de desenvolvimento complexo, com crises regulares que exigem um reajustar flexível do conjunto das regras que regulam o funcionamento do sistema familiar (Sampaio, 1984, p.67),

(...) enquanto unidade sistémica tem funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se como uma unidade dotada de energia com capacidade auto-organizativa (Figueiredo, 2012, p. 2),

(...) unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes (ICN, 2011, p.115).

Quando a família se depara com uma situação de dependência de um dos seus membros, comprometendo a capacidade e/ou conhecimento para o seu autocuidado, que segundo o International Council of Nurses (ICN 2011, p.41) é “a atividade executada pelo próprio, consiste em tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”, parte fundamental do processo de reorganização familiar é o papel desempenhado por um dos seus membros que assume a decisão, o planeamento e/ou a realização dos cuidados, denominado como familiar cuidador ou cuidador informal.

Schumacher e colaboradores (2000), identificaram nove “processos de cuidar” interpretados como competências do familiar cuidador para garantir os cuidados necessários ao familiar dependente. Assim, o papel de familiar cuidador foi definido como a habilidade do familiar para se envolver eficaz e progressivamente nos nove “processos de cuidar”: 1 - Monitorizar: processo de observação das atividades realizadas pela pessoa cuidada e garantir a deteção de possíveis mudanças na sua condição de saúde; 2 - Interpretar: processo de raciocínio complexo, caracterizado pela capacidade de reconhecer e atribuir significado às mudanças no curso normal ou esperado da condição de saúde da pessoa cuidada e ser capaz de identificar as causas; 3 - Decidir: processo de escolha de uma determinada ação baseado em observações e interpretação das situações; 4 - Agir: processo de executar as decisões e as instruções recomendadas sobre os cuidados a prestar; 5 - Providenciar cuidados: processo de realizar procedimentos de enfermagem e médicos, caracterizado pela atenção à segurança e ao conforto; 6 - Ajustar: processo de refinar progressivamente as ações até encontrar a estratégia mais eficaz; 7 - Aceder a recursos: processo de obter os recursos necessários para prestar cuidados, incluindo as informações, equipamentos e materiais para uso doméstico, assistência dos serviços da comunidade, ajuda nas tarefas domésticas e assistência nos cuidados pessoais; 8 - Trabalhar com a pessoa cuidada: processo de partilha de cuidados sensíveis aos valores, crenças e desejos quer da pessoa cuidada, quer do cuidador; 9 - Negociar com o sistema de saúde: processo de assegurar que as necessidades da pessoa cuidada foram cumpridas adequadamente.

Neste sentido, em Portugal foi aprovada a 6 de Setembro de 2019 a lei nº 100/2019 do Estatuto do Cuidador Informal, que “regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio.”. Assim, “ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada;”, “aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito.”, “usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada;” e “beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal, nos termos previstos neste Estatuto;” são alguns dos direitos do cuidador informal estabelecidos por esta lei.

De uma forma sucinta este trabalho está dividido em seis partes. Inicia-se por esta introdução onde defino objetivos e dou a conhecer o tema. Na segunda parte faço uma breve caracterização

do local onde este e o estágio profissional I decorreram, a USF. O enquadramento teórico baseia-se numa revisão scoping apresentando aqui os achados mais significativos da mesma que foi norteada pela seguinte questão: “Como é que as famílias se organizam para integrar uma pessoa dependente e funcionar normalmente?”. Posteriormente, o desenvolvimento das atividades da componente clínica divide-se na prestação de cuidados às famílias como unidades de cuidados do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar e, na realização de atividades de liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito de enfermagem de saúde familiar. Antes da conclusão ao relatório, apresento uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas e de que forma estas contribuíram para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de saúde familiar. Segue-se a Bibliografia e os Anexos.

Para a consecução dos objetivos, durante o estágio de natureza profissional, contactei com as famílias da lista do enfermeiro orientador que tinham um familiar dependente no autocuidado, via realização de consultas de enfermagem domiciliárias. De forma a sustentar toda a minha atividade clínica enquanto enfermeira de família, realizei registos de enfermagem no sistema de informação vigente na unidade de saúde e com o qual estou bastante familiarizada, denominado SClínico.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A USF onde decorreu o estágio de natureza profissional localiza-se numa pequena freguesia com cerca de 6,38 km² e serve 7991 habitantes (INE, 2021). Esta USF pertence à Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte desde 20 de Junho de 2010 e compreende o piso principal e o piso inferior, sendo o piso superior pertencente a uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). No piso inferior do edifício situa-se o armazém, a sala de reuniões, os vestiários e a casa de banho, a copa e ainda uma zona de resíduos que circulam para fora do edifício por uma porta existente nessa área. O piso zero, onde existe a porta principal de acesso ao edifício, integra a zona de atendimento da USF com o secretariado e sala de espera, de um lado a sala de tratamentos de enfermagem e do outro um corredor que dá acesso aos 7 gabinetes de atendimento médico e aos 3 de atendimento de enfermagem. A USF funciona todos os dias úteis, entre as 8h e as 20h.

A equipa atual é composta por 6 médicos, 6 enfermeiros, 4 secretárias clínicas e 3 médicas internas de Medicina Geral e Familiar. A equipa não contempla assistentes operacionais, mas tem duas equipas externas de limpeza e vigilância, a colaborar diariamente. Dos enfermeiros da equipa, 3 deles são especialistas, sendo um especialista em enfermagem de saúde familiar, outro em enfermagem de saúde comunitária e outro em enfermagem de saúde infantil. A equipa de enfermagem trabalha por lista de utentes distribuídos por área geográfica desde a formação da USF. Este tipo de distribuição de utentes por enfermeiro de família, facilita a realização de consultas de enfermagem no domicílio, consultas estas realizadas com a ajuda de um taxista da zona.

A USF tem como missão prestar cuidados de saúde à população nela inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. A nível de visão, pretende ser uma USF de referência, através do desempenho dos seus profissionais e satisfação dos utentes com os serviços prestados, com ganhos efetivos em saúde. A USF apresenta como valores a Ética, a Qualidade, a Cooperação, a Integridade, a Solidariedade, a Igualdade, a Motivação e a Articulação.

Ao iniciar este estágio profissional, estavam inscritos na USF 10551 utentes, equivalendo a 13488 unidades ponderadas (up), dando uma média de 2248 up por lista de médico/enfermeiro de família.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 298 de 22 de Agosto de 2007, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar, a USF em questão apresenta um total de 2188 utentes com idade igual ou superior a 65 anos, ou seja cerca de 21% dos utentes são considerados pessoas idosas. O total de utentes masculinos é de 5113 utentes e o total feminino é de 5438, sendo que 48,5% dos utentes são do sexo masculino e 51,4% do sexo feminino. A faixa etária acima dos 75 anos é aquela onde a predominância do sexo feminino se acentua mais, à semelhança do que acontece a nível nacional.

Com o intuito de identificar as famílias com pessoas dependentes, procurei de imediato listar os utentes da lista do enfermeiro orientador com o programa de saúde “Dependentes”. Esta listagem contemplava 23 utentes dependentes, que correspondem a 23 famílias com um membro com algum nível de dependência. Tendo como base o conhecimento que o enfermeiro orientador tem de todas as suas famílias, prontamente excluámos 3 pelos seguintes motivos: um utente esporádico, um outro internado numa Unidade de Cuidados Continuados e outra utente institucionalizada num ar. Desta forma, a nova listagem passou a considerar 20 famílias com um membro com alguma dependência.

De seguida apliquei o critério de nível de dependência, considerando apenas os indivíduos da nova listagem que apresentavam dependência grave a total no autocuidado, segundo o índice de Barthel. O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de dependência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas, segundo os seus autores Mahoney e Barthel, 1965. Em contexto clínico esta escala oferece-nos informações importantes através da sua pontuação total – maior ou menor dependência, mas também a partir das pontuações parciais relacionadas com cada atividade analisada, pois permite-nos conhecer quais as dificuldades específicas da pessoa e assim adequar os nossos cuidados a essas necessidades. Já que dois utentes com a mesma pontuação global podem necessitar de cuidados diferenciados em cada área avaliada.

Determinou-se assim, a existência de seis famílias com elementos com dependência grave a totalmente dependentes.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O avanço técnico e científico tem contribuído para o aumento da longevidade da população e, consequentemente para o aumento das doenças crónicas-degenerativas, que trazem associadas várias complicações, algumas incapacitantes, conduzindo a mais casos de dependência, e a uma procura de cuidados de saúde maior.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) refere que, cerca de metade da procura de cuidados de saúde, nos países desenvolvidos, está relacionado com estas doenças. As doenças crónicas afetam milhares de pessoas e podem surgir durante todo o ciclo vital, suscitando necessidades de cuidados prolongados. “A dependência pode ocorrer em todas as idades, mas a sua prevalência cresce quando a idade aumenta, porque o envelhecimento, (...) favorece o aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas que podem conduzir a diferentes níveis de dependência” (Araújo, 2010, p.46).

Em síntese, “O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade Portuguesa vêm determinando novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas mais adequadas” (Direção Geral da Saúde, 2004, p.1).

Ao realizar uma revisão scoping na área da temática abordada, com a seguinte pergunta de partida: **Como é que as famílias se organizam para integrar uma pessoa dependente e funcionar normalmente?** Procurei obter toda a evidência científica dos artigos selecionados, pela pesquisa efetuada que me proporcionassem suporte na posterior intervenção com as famílias. Para isso desenvolvemos uma estratégia PCC de pesquisa que apresentamos de seguida:

Participantes	Conceito	Contexto
"Family with dependents on self-care" OR "Family with dependents on daily living activities" OR "Dependents patients"	(Family functioning OR Family process OR Family-Centered care Or Family Life Cycles OR Family resilience OR Family support OR Family Conflict OR Family relation OR Family function OR Family life cycling)	Visiting family OR Home health nurse OR Community Health nurse OR Family Nurse

Os termos e as queries de pesquisa formalizaram-se nas diferentes bases de dados que passamos a apresentar:

- Ebsco host 224 – excluídos os duplicados 134;
- Interface – EBSCOhost Research Databases;
- Ecrã e pesquisa – Pesquisa avançada;
- Base de dados - Academic Search Complete;Business Source Complete;CINAHL Complete;ERIC;Library, Information Science & Technology Abstracts;MedicLatina;MEDLINE Complete;Psychology and Behavioral Sciences Collection;

TX (("Family functioning OR Family process" OR "family life cycle" OR "family resilience" OR "family support" OR "family conflict" OR "family relation" OR "family function" OR "family resilience") AND ("family nurse" OR "family nursing") AND ("dependent"))

Como limitadores - Revistas Científicas (Analisadas pelos Pares); Data de Publicação: 2018-01-01 a 2023-12-31.

- Scopus – 183;

ALL (("Family functioning OR Family process" OR "family life cycle" OR "family resilience" OR "family support" OR "family conflict" OR "family relation" OR "family function" OR "family resilience") AND ("family nurse" OR "family nursing") AND ("dependent")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2023) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2022) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018))) Dos 317 das duas bases de dados, após remoção dos duplicados ficaram 282.

Apresentamos de seguida, as sínteses mais relevantes da revisão scoping realizada como suporte e fundamentação teórica para o exercício profissional com as famílias que integram pessoas dependentes.

As mudanças demográficas (envelhecimento global, diminuição da fertilidade, aumento de mortes em casa) têm vindo a representar uma necessidade crítica de cuidadores familiares de pessoas em fim de vida, em casa. Estas situações de fim de vida são um verdadeiro universo de desafios para os familiares dependentes, familiares cuidadores e profissionais de saúde que trabalham lado a lado.

A grande parte dos familiares cuidadores são adultos (48,65%) e há menor prevalência de cuidadores jovens (16,22%) e idosos (13,51%). A idade do cuidador é uma variável importante e de extrema relevância, pois diferentes estudos demonstram que cuidadores mais velhos (>65 anos) apresentam pior saúde física e maior sobrecarga associada ao cuidado. O sexo do cuidador é outro aspeto a ter em consideração, já que a maioria são mulheres de meia-idade mais vulneráveis devido à elevada carga associada a este trabalho, representando o perfil mais frequente de cuidadoras informais no seio das famílias. Nos países nórdicos como a Noruega, a igualdade de género patente na prestação de cuidados informais a familiares, é uma realidade bastante diferente da maioria dos países do mundo (Cejalvo e outros, 2021).

Deste modo, as pessoas que prestam cuidados a outras pessoas encontram-se desde logo, em situação de vulnerabilidade, pois necessitam de informação e apoio durante todo o processo de cuidar. Os profissionais de saúde devem estar atentos às necessidades dos utentes dependentes, mas também dos seus familiares cuidadores, que pela sua condição de cuidadores manifestarão dificuldades. De modo a apoiar estes familiares, cabe ao enfermeiro de família compreender melhor as suas experiências anteriores, dificuldades sentidas e sentimentos, pela proximidade característica da profissão de enfermagem.

Cabe aos profissionais de saúde, em particular neste caso ao enfermeiro de família, avaliar o impacto que o cuidar de um familiar dependente tem nos seus cuidadores, e analisar algumas características que estes apresentam, como a autoestima e a resiliência. Certas características psicológicas, como apresentar uma autoestima elevada e ser resiliente, promovem alguma proteção contra a sobrecarga que todo o processo de cuidar exerce nos cuidadores.

Os resultados dos estudos analisados mostram que o cuidado ao familiar dependente é altamente sobrecarregado e afeta de forma negativa a condição física e o estado psicológico e mental dos familiares cuidadores, podendo afetar ainda a sua condição social e económica.

Quando as necessidades do familiar dependente implicam atividades como o dar banho, fazer a higiene pessoal, ou executar mudanças de posição, estas são entendidas como geradoras de problemas físicos para o familiar cuidador, principalmente ao nível do sistema musculoesquelético, como contraturas, fraturas ou dores lombares, causando alterações no seu bem-estar. Ainda mediante os artigos analisados, estes sugerem que as condições associadas à sobrecarga física do familiar cuidador, como a fadiga e o cansaço sofridos devido à quantidade de trabalho envolvido afetam o bem-estar físico, pois exige esforço e redução de horas de sono. Assim, concluem que quanto maior forem as necessidades exigidas pelo familiar dependente, maior será a sobrecarga física sobre os familiares cuidadores.

Como resposta à pergunta, ponto de partida para esta pesquisa, torna-se evidente que durante todo o processo de integrar e cuidar do seu familiar dependente, os cuidadores familiares enfatizam o “viver o dia a dia” e procuram manter a estabilidade familiar, e em simultâneo dar cumprimento aos desejos finais da vida dos seus familiares, que muitas vezes passam por proporcionar a morte no domicílio (Hopeck, 2018). Neste sentido, os profissionais de saúde devem procurar reconhecer o papel de cuidador informal, comunicar bem, envolver a família no processo de cuidar do familiar dependente, atendendo às suas expectativas, respeitar o seu conhecimento sobre as necessidades dos familiares dependentes e fornecer conhecimentos adequados para o melhor desempenho da função assumida de cuidar.

Cabe ainda aos profissionais de saúde ajudar a família a obter serviços, recursos e ajuda profissional adequada ao prestar cuidados. Por vezes, os familiares podem não ter o conhecimento científico para compreender o que significa “fazer tudo” pelo seu familiar, e os profissionais de saúde devem explicar o que isso significa no que concerne às necessidades do familiar dependente (Michaels, J., Chen, C. e Meeker, 2022). Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde aprendem sobre as experiências de vida partilhadas pelo utente e pela sua família, quando estes dão a conhecer as suas histórias e expressam os seus sentimentos, preocupações, perdas, esperanças e desejos para o futuro.

Gerir cuidados a utentes dependentes em ambiente domiciliar é um desafio para os enfermeiros de família, já que cada situação é única e irrepetível. Tendo como base para o meu estágio de natureza profissional, o enquadramento teórico relacionado com as famílias que integram

peessoas dependentes, assim como o Regulamento n.º 428 de 16 de Julho de 2018 emitido pela Ordem dos Enfermeiros, que regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, apresentado se seguida:

- 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, ao

...estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas;

...colher dados pertinentes para o estado de saúde da família;

...monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas;

...desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica;

...intervir, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas;

...facilitar a resposta da família em situação de transição complexa;

...envolver-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar;

...formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem;

- Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar, ao articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.

Assim, no capítulo 4 - CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS, pretendo explicar cada uma das competências elencadas anteriormente e refletir a forma como neste estágio alcancei cada uma delas.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

A minha prestação de cuidados enquanto enfermeira de família incidiu sobre seis famílias, todas elas enquanto cliente (unidade de cuidados), bem como nos indivíduos que as constituem.

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

Todas as famílias abordadas encontram-se na etapa do ciclo vital familiar - família com filhos adultos (Relvas, 1996). Quanto ao estágio de desenvolvimento de Eveline Duvall (1985) todas as famílias estão no último estágio, progenitor na terceira idade. Até porque, os elementos com elevado grau de dependência das famílias são elementos idosos com idades compreendidas entre os 77 e os 96 anos. No que toca à estrutura familiar, duas das famílias são unipessoais, uma é nuclear, duas alargada e outra monoparental. Quanto à classificação social de Graffar, segundo a adaptação de Fausto Amaro (1990), estas famílias estão distribuídas entre as classes sociais, média (2) e média baixa(4).

De forma a manter o sigilo profissional todas as famílias, a quem prestei cuidados, foram codificadas usando nomes e datas de nascimento fictícios. Todos os dados a seguir apresentados foram colhidos presencialmente em consulta de enfermagem no domicílio (visitação domiciliária) com a ajuda dos elementos das famílias a quem prestamos cuidados.

Cada família foi abordada de forma sistémica e global, como unidade principal dos meus cuidados. Assim, demonstro prioridade nos seguintes planos de cuidados de abordagem da família como um todo, que ao longo deste relatório demonstram a conceção de cuidados com uma linguagem mais atualizada, que representa uma abordagem à família mais salutogénica na medida em que mostra o potencial para melhorar os recursos pessoais e familiares. Em anexo deixo os planos iniciais desenvolvidos segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), elaborados em ao longo deste estágio. Ambos salientam a relevância que o desempenho do papel de familiar cuidador tem nestas famílias, especificamente. Sendo duas delas famílias unitárias, obviamente ao abordar a família estou inevitavelmente a abordar o

Plano de cuidados da família 1 (Anexo V)

Angelina é viúva desde 1984 e a sua filha Olívia é solteira, tendo vivido toda a sua vida com a mãe nesta casa, herdada dos pais de Angelina. Angelina teve 6 filhos e 3 estão vivos, Olívia que reside com ela, Teresa a mais velha que reside na Suíça, e Elísio que vive perto. Angelina está “acamada” há cerca de 5 anos, não comunica verbalmente e tem como principais antecedentes pessoais (conforme processo clínico):

- Diabetes não insulino tratada com HbA1c 6,2% em Outubro de 2022;
- Hipertensão arterial;
- Obstipação;



Figura 1 – Genograma Família 1

A família 1 é constituída por mãe e filha.

Em relação à família extensa, todas as tardes, Elísio vai a casa da mãe, fazendo-lhe companhia durante a tarde, ajuda a irmã a dar o lanche, a trocar a fralda e a posicionar a mãe no final da tarde.

Teresa está emigrada na Suíça, como não consegue ajudar os irmãos diariamente, pois apenas vem cá uma ou duas vezes por ano, paga a uma senhora a quem ficticiamente chamamos Maria, 200€ por mês, para esta ajudar nos cuidados a Angelina. Maria não faz parte da família e antes de estabelecer esta relação profissional era apenas uma pessoa conhecida da família, por morar na mesma zona.

Patrícia, Ana e Rute visitam a tia e a avó sensivelmente uma vez por mês, mas é Rute a mais assídua, até porque tem o seu cão temporariamente nesta casa.

A restante família como primos de Olívia e uma irmã falecida de Angelina em Dezembro de 2022, perderam o hábito de visitar esta família desde a altura de pandemia de Covid 19.

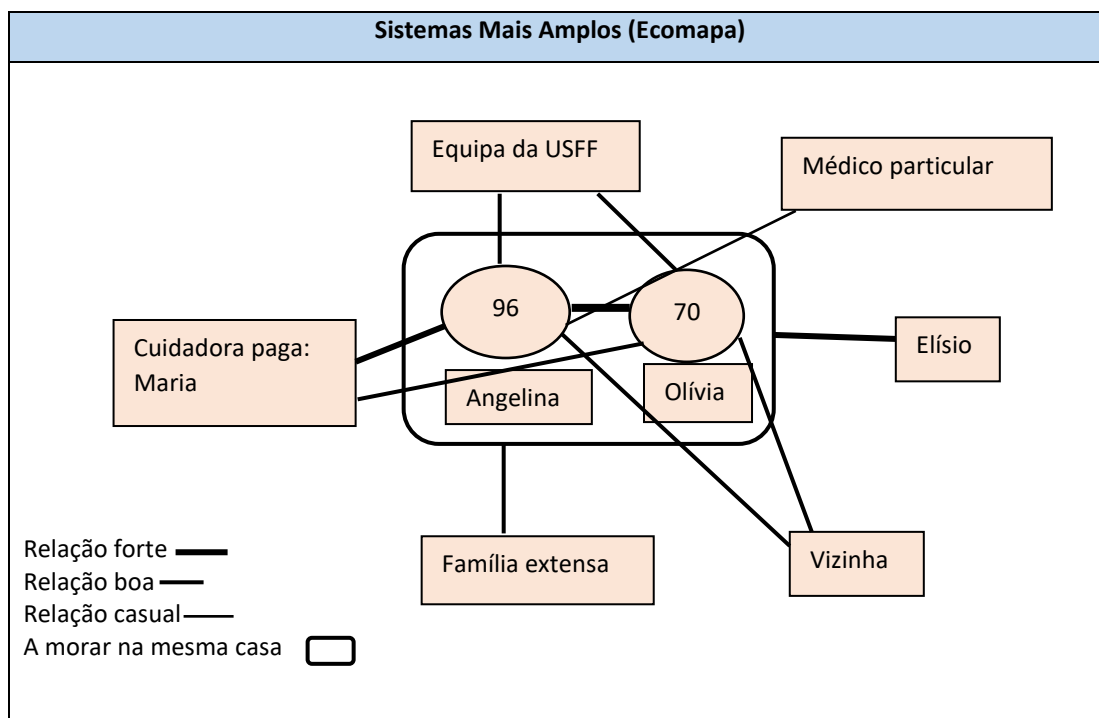


Figura 2 – Ecomapa da família 1

Nas diversas consultas de enfermagem no domicílio, através da entrevista familiar, pude constatar que:

- **Rendimento familiar** é classificado como suficiente, segundo um elemento da família. O agregado familiar conta com a reforma de Angelina e a reforma de Olívia, bem como a pensão de sobrevivência de Angelina. Contam ainda com o apoio do Complemento solidário para o idoso de Angelina e Olívia encontra-se em candidatura ao estatuto de cuidador informal. Segundo Olívia o rendimento do agregado faz face às despesas do mesmo, “...não sobra muito, mas vai dando...sabe que também tiro muita coisa aqui do campo, e vai chegando para nós”;
- **Edifício residencial** é uma moradia térrea com 2 quartos, cozinha, sala e casa de banho. Este edifício está bem conservado, apesar de ser antigo e não apresenta barreiras arquitetónicas, é limpo e arejado. Olívia usufrui de um pequeno quintal que cultiva com legumes para o consumo próprio.
- **Abastecimento de água** é de um furo de água com mais de 60 metros, de onde mandam analisar a água anualmente num laboratório privado. Apesar de não consumirem água da rede pública, a zona residencial é abastecida pela rede de saneamento público.
- **Animal doméstico** não é do agregado familiar. Rute, a neta tem um cão que está lá em casa temporariamente, o cão está maioritariamente no pátio da habitação, não está preso e entra esporadicamente na casa. Pude verificar que o animal está higienizado, bem como o local circundante. É Rute que trata da vacinação e desparasitação do animal.

A avaliação funcional desta família passa pela avaliação dos indivíduos que compõem a família, nomeadamente relativamente ao autocuidado que relacionam o membro dependente Angelina e a sua familiar cuidadora, a filha Olívia, bem como ao desempenho de papel do cuidador. A título expressivo, o processo familiar é de difícil avaliação e intervenção, já que Angelina pouco ou nada fala com a filha.

Avaliando o compromisso no autocuidado de Angelina, e usando a escala de Barthel:

1. **Alimentação:** Dependente – 0 – Angelina não participa, são os cuidadores que preparam e dão a comida a Angelina;
2. **Transferências:** Dependente, não tem equilíbrio sentado – 0 – Angelina não sai da cama, apenas é mobilizada no leito;
3. **Toalete:** Dependente, necessita de alguma ajuda – 0 – Angelina não participa na sua higiene;

4. **Utilização do wc:** Dependente – 0 - Angelina usa sempre fralda;
5. **Banho:** Dependente, necessita de alguma ajuda – 0 – Angelina não participa no banho;
6. **Mobilidade:** Imóvel – 0 – necessita de ajuda para todas as mobilizações;
7. **Subir e Descer escadas:** Dependente – 0;
8. **Vestir:** Impossível - 0;
9. **Controlo intestinal:** Incontinente - 0;
10. **Controlo urinário:** Incontinente - 0.

Percebemos que é altamente dependente.

Ainda relativamente a Angelina, há a destacar a seguinte planificação dos cuidados.

Foco: Queimadura

Dados de diagnóstico: Presença de tecido desvitalizado em ambos os calcâneos, causada pela água a ferver da botija.

Diagnóstico: Queimadura de 2º grau profunda nos calcâneos bilateral.

Objetivo das intervenções: Promover a cicatrização das queimaduras em ambos os calcâneos e detetar alterações.

Intervenções Sugeridas:

- Avaliar queimadura;
- Executar tratamento da queimadura;
- Vigiar penso da queimadura;

Atividades que concretizam as intervenções:

- Observar, registar e monitorizar as características das queimaduras quanto às suas dimensões, pele circundante, tipo de tecido presente e características de exsudado;
- Limpar queimaduras e aplicar apósito segundo a evolução cicatricial;
- Aplicar ligadura;
- Vigiar características do penso e registar;

Avaliação de resultados das intervenções (durante todo o estágio): Queimadura de 2ª grau profunda em boa evolução.

Em relação à transição para o desempenho de papel de familiar cuidadora, este é representado pela filha Olívia, embora apoiado por outros, como os irmãos. Tem ainda uma cuidadora paga para o efeito, mas sem formação formal para prestar cuidados, a Maria. Maria tem experiência como cuidadora, segundo a mesma cuidou do marido falecido que esteve um longo período dependente devido a doença oncológica. Esta cuidadora paga, visita Angelina e Olívia todos os dias da semana por volta das 11h. Maria dá banho no leito a Angelina, muda a fralda, dá o almoço e a medicação dessa hora do dia e posiciona Angelina em decúbito lateral direito.

Foco: Papel de cuidador

No âmbito da avaliação funcional da família 1, o papel de familiar cuidadora de Olívia apresentava aspetos com oportunidade para melhorar:

Dados de diagnóstico: Não são realizados cuidados de higiene oral a Angelina.

Diagnóstico: Potencial do familiar cuidador para melhorar o conhecimento sobre a higiene oral.

Objetivo das intervenções: Melhorar o conhecimento do familiar cuidador sobre a higiene oral.

Intervenções sugeridas:

- Ensinar o familiar cuidador sobre técnica de lavagem da boca;
- Ensinar o familiar cuidador sobre a periodicidade da lavagem da boca;

Atividades que concretizam as intervenções:

- Explicar a Olívia que mesmo não tendo dentes, a boca de Angelina deve ser higienizada diariamente, como fazem com as outras partes do corpo;
- Dar a conhecer a Olívia utensílios usados na higienização da boca de pessoas dependentes;

Avaliação (13 Março): Olívia melhorou o conhecimento sobre a higiene oral de Angelina, e passou a higienizar a boca da mãe, bem como incentivou Maria a fazê-lo. Sendo assim o Conhecimento do familiar cuidador sobre a higiene oral foi melhorado.

Em relação à Diabetes, Olívia considera uma doença relacionada com a idade avançada da mãe. Olívia: “A Diabetes é uma doença do açúcar no sangue...”. A familiar cuidadora tem um baixo nível de conhecimento sobre o que é a doença diabetes e de que forma esta doença contribui para complicações que podem ser prevenidas, ou retardadas através de medidas preventivas.

Assim, considero que há possibilidade de esta familiar cuidadora poder melhorar o seu conhecimento sobre estes dois aspetos e, está disponível para aprender. Acreditamos que melhorando o conhecimento nestas duas dimensões, e de acordo com os dois diagnósticos abaixo identificados, poderá desempenhar melhor o seu papel de familiar cuidadora. Embora Olívia identifique previamente algumas complicações inerentes ao mau controlo diabético, costuma utilizar uma botija de água quente na cama para aquecer os pés da mãe.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do familiar cuidador sobre a Diabetes.

Objetivo das intervenções: Melhorar o conhecimento do familiar cuidador sobre a Diabetes.

Intervenções sugeridas:

- Ensinar o familiar cuidador sobre fisiopatologia da doença;

Atividades que concretizam as intervenções: Explicar a Olívia o funcionamento do corpo humano em relação à insulina por este produzida e ao açúcar ingerido.

De forma a que Olívia percebesse, usei metáforas “não conseguimos ver a Diabetes na sua mãe, ela não a consegue sentir”; “o nosso pâncreas é como uma máquina de desfazer o açúcar que vamos ingerindo, se ele avaria, o açúcar vai-se acumulando no nosso corpo”. A utilização de metáforas é sugerida para os profissionais de saúde que realizam consultas a adultos idosos com Diabetes, para além de fazerem as recomendações terapêuticas, devem focar-se nas metáforas que emergem na conversa durante a consulta, para ajudar os utentes a compreender a doença e potenciar a boa autogestão (Funnell & Weiss, 2008).

Avaliação de resultados das intervenções (13 Março): Olívia demonstra conhecimento sobre Diabetes

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do familiar cuidador sobre prevenção de complicações da diabetes.

Objetivo das intervenções: Melhorar o conhecimento do familiar cuidador sobre a prevenção de complicações da diabetes.

Intervenções sugeridas:

- Ensinar o familiar cuidador sobre complicações da doença;
- Ensinar o familiar cuidador sobre medidas de prevenção de complicações;

- Ensinar o familiar cuidador sobre sinais de hipoglicemia;
- Ensinar o familiar cuidador sobre vigilância dos pés;
- Ensinar o familiar cuidador sobre a relação entre regime medicamentoso e complicações da diabetes.

Atividades que concretizam as intervenções:

- Identificar com Olívia as possíveis complicações da Diabetes e como as prevenir. Recorrendo novamente à metáfora, expliquei que “o açúcar não desfeito no nosso corpo vai-se acumulando no sangue e entupindo as pequenas veias que estão nos nossos olhos, dedos e rins”; “como se o açúcar fosse resíduo que entopem os canos da nossa casa”;
- Incentivar à substituição do açúcar na preparação das refeições;
- Incentivar Olívia a continuar a oferecer a Angelina líquidos durante o dia;
- Explicar o que é a hipoglicemia;
- Enumerar e explicar possíveis sinais e sintomas de um episódio de hipoglicemia;
- Ensinar o que pode fazer no imediato de um episódio de hipoglicemia;
- Explicar a Olívia em que circunstâncias deve chamar ajuda diferenciada;
- Ensinar a vigiar a pele, nomeadamente a detetar alterações da cor e temperatura da pele;
- Reforçar a necessidade de vigilância dos pés, explicando à cuidadora a diminuição de sensibilidade que Angelina tem ao nível dos pés, quer pelo comprometimento vascular associado à idade, quer pela patologia da Diabetes;
- Oferecer alternativa ao uso de botija de água quente, como por exemplo uma manta térmica previamente aquecida enrolada nos pés de Angelina;
- Explicar quando deve solicitar ajuda;
- Certificar de que Olívia dá todos os dias a medicação antidiabética oral a Angelina;
- Salientar a importância que o regime medicamentoso tem no bem-estar de Angelina;

Avaliação de resultados das intervenções (13 Março): Olívia demonstra conhecimento sobre prevenção das complicações da diabetes.

Durante todos os contactos com Olívia e tendo como base a minha avaliação enquanto enfermeira de família, o papel desta familiar cuidadora é bastante adequado de uma forma geral, tendo elogiado a mesma por diversos momentos. Porém, Olívia desempenha o papel de cuidadora da mãe há já alguns anos consecutivamente e, portanto, com o intuito de avaliar a existência de sinais de sobrecarga desta cuidadora, apliquei a escala de Zarit (Sequeira, 2010) de sobrecarga do cuidador informal. (Anexo I) Pelo somatório da escala aplicada, o resultado é 39, pelo que não existem muitos sinais de sobrecarga do cuidador. Considero haver **consenso** do papel de prestador de cuidados, não existindo **conflito** ou **saturação** associados ao mesmo. A aplicação deste instrumento, com o intuito de avaliar a sobrecarga do cuidador, pareceu-me inicialmente pertinente pelos vários anos consecutivos que este familiar exerce o papel de cuidador. No entanto, pude perceber, que neste caso, esse fato não é proporcional à existência de sobrecarga. Em meu entender, isto acontece devido à subjetividade de cada cuidador, e até ao momento em que este instrumento é aplicado, pelo que considero nada ter acrescentado ao estudo em causa.

Após a avaliação do papel de familiar cuidadora, pelas diversas oportunidades de aprendizagem com esta família, pelos dados, diagnósticos e intervenções elencadas, bem como a minha apreciação no momento de cada consulta e a escala anteriormente aplicada, considero estar presente consenso na prestação deste papel de familiar cuidadora, não existindo conflito ou saturação do papel. Olívia mostra-se motivada à prestação do papel, não considerando outro cenário para o final de vida de Angelina “...como os pais cuidaram de nós, nós devemos agora cuidar deles”. A relação com os seus irmãos é boa, não mostrando existir qualquer tipo de conflito. De acordo com vários autores (Wright, L., & Leahey, M., Snell, (2008) e Figueiredo (2012)) a avaliação do processo familiar permite interpretar as interações vividas na família e daí se basear na avaliação da comunicação, da interação de papéis e na relação dinâmica dos elementos da família. Angelina não estabelece comunicação verbal com a filha, no entanto pela cumplicidade estabelecida entre ambas ao longo dos anos e nas atitudes manifestadas aquando dos momentos de interação, bem como nos momentos de lazer, percebe-se que a comunicação entre esta família, díade familiar cuidador-pessoa cuidada, não se constitui como problema, não sendo necessário a minha intervenção.

O coping familiar, integra a dimensão funcional do MDAIF que “Alude primordialmente aos padrões de interacção familiar, que permitem o desenvolvimento das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema e, dos

valores que possibilitam a concretização das suas finalidades” (Figueiredo, 2012, p.91.) O tema da comunicação emocional foi abordado com Olívia, assim como as questões relacionadas com o coping, tendo ficado patente que quando esta identifica algum problema na família apoia-se nos irmãos, principalmente em Elísio para a ajudar na resolução dos mesmos, já que esta relação entre irmãos é entendida como uma força para família 1. Os filhos de Angelina manifestam confiança, respeito e responsabilidade “como os pais cuidaram de nós, nós devemos agora cuidar deles”.

No que toca à cuidadora Olívia, há ainda a considerar a seguinte planificação de cuidados.

Foco: Atividade Recreativa

Dados de diagnóstico: Desde a pandemia, Olívia deixou de ir à missa, mas costuma rezar o terço com a mãe no final do dia, e aos domingos, assistem às cerimónias religiosas na televisão. Olívia manifesta desejo em retomar algumas atividades como caminhar ou ir à missa.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o comportamento de procura de saúde: exercício físico

Objetivo das intervenções: Promover estilos de vida saudáveis

Intervenções Sugeridas:

- Ensinar sobre a importância de manutenção de atividades lúdicas
- Ensinar sobre exercício físico

Atividades que concretizam as intervenções:

- Dar espaço para Olívia falar acerca das suas emoções;
- Incentivar Olívia a partilhar as suas emoções com os seus irmãos;
- Planificar com Olívia as suas tarefas com Angelina, de modo a perceber se é possível estender algumas à família extensa;
- Incentivar a recuperar as atividades lúdicas e sociais de que Olívia gosta e que deixou de fazer;
- Incentivar Olívia a fazer caminhadas enquanto o seu irmão está em sua casa;
- Incentivar Olívia a ir a uma missa de maneira a experimentar como se sente;

Avaliação de resultados das intervenções (durante todo o estágio): Olívia ainda não voltou a frequentar a igreja pois afirma que “acho que prefiro ver a missa na televisão com a minha mãe”. Em relação às caminhadas, já fez duas vezes e mantém a intenção de continuar durante o tempo primaveril.

Plano de cuidados da família 2 (Anexo V)

A família de seguida abordada é uma família unitária constituída apenas por João de 84 anos. João vive sozinho desde que a esposa faleceu, era independente até Dezembro de 2022, altura em que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e que lhe causou alterações funcionais ao nível da marcha e das transferências, pela fraqueza muscular, falta de coordenação e dificuldades de equilíbrio, mais acentuadas à direita. Até então, só tinha o apoio domiciliário integrado para as refeições, apoio este que mantém.

João tem 6 filhos, mas nenhum vive com ele. Entre os 4 que vivem mais próximo de João, estes mantêm uma escala rotativa para acompanhar o pai nas noites e dias de fim-de-semana. Durante a semana, João tem Camila entre as 9h e as 18h que é uma cuidadora paga, e que não faz parte da família. O senhor João tem como antecedentes relevantes:

- Hipertensão com complicações;
- Veias varicosas da perna;
- Doença vascular cerebral;

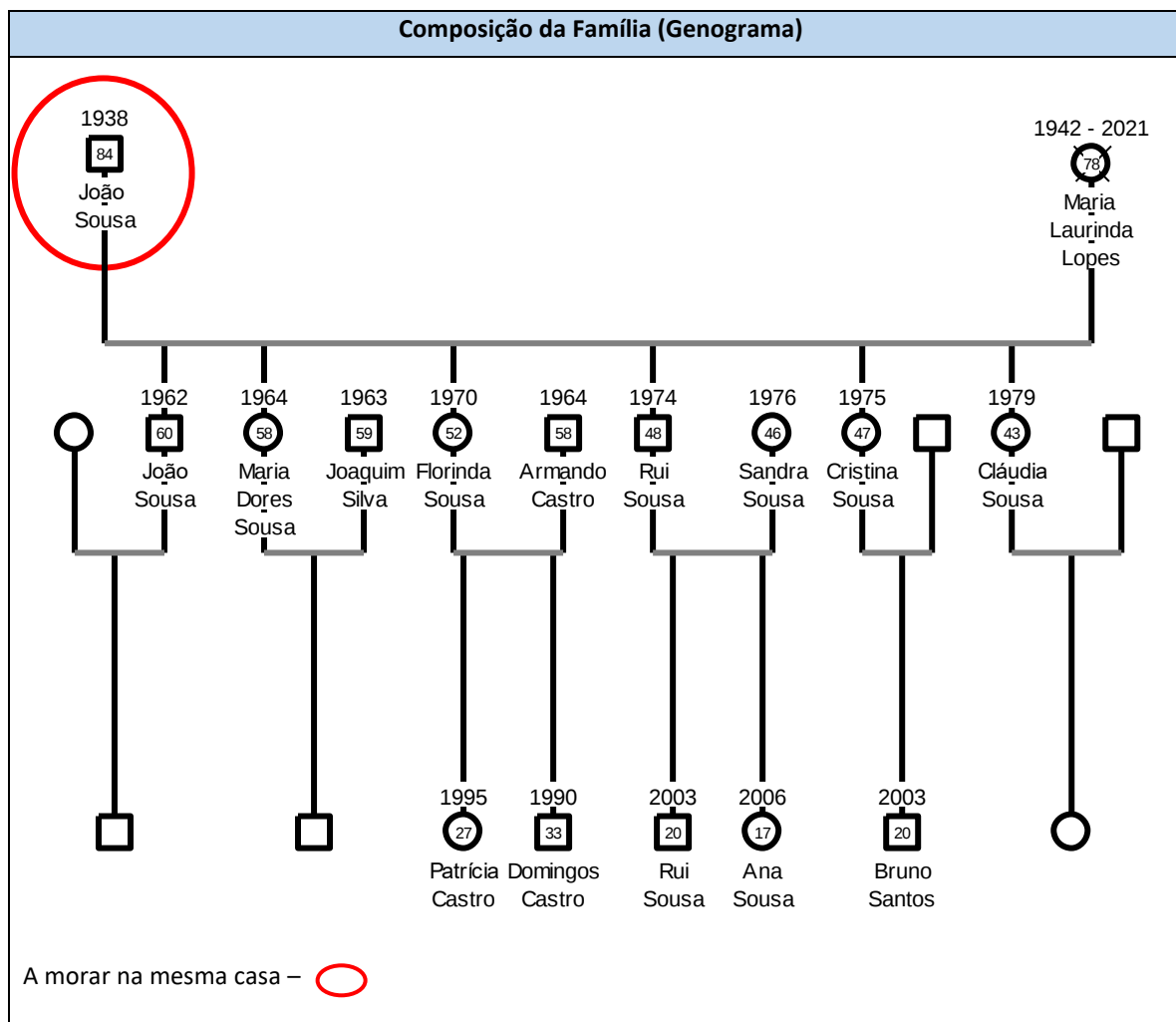


Figura 3 – Genograma da família 2

A família 2 é do tipo **Unipessoal**. Ao abordar a família unitária, estou a abordar a família num todo, é um processo simultâneo.

A família extensa composta por João Sousa, o filho mais velho está emigrado na Suíça, vem cá com a família uma vez por ano. No entanto liga todas as semanas a Cristina ou Rui para saber do pai.

Cláudia vive longe do pai e não vem com muita frequência a casa do pai ou dos irmãos. Mantém o contacto através de telefonemas com a irmã Cristina. Os netos raramente visitam o avô. Os restantes quatro filhos, Maria Dorcas, Florinda, Rui e Cristina intercalam entre si as noites passadas em casa do pai, bem como os fins de semana.

Cristina, todos os dias vai a casa do pai. Chega por volta das 18h de maneira a substituir Camila e aguarda até que o irmão que vai passar a noite chegue. Se é a sua vez de lá passar a noite fica

até de manhã. Cristina ao fim de semana, mesmo não sendo a sua vez acaba por passar sempre por casa do pai para ver se é preciso alguma coisa.

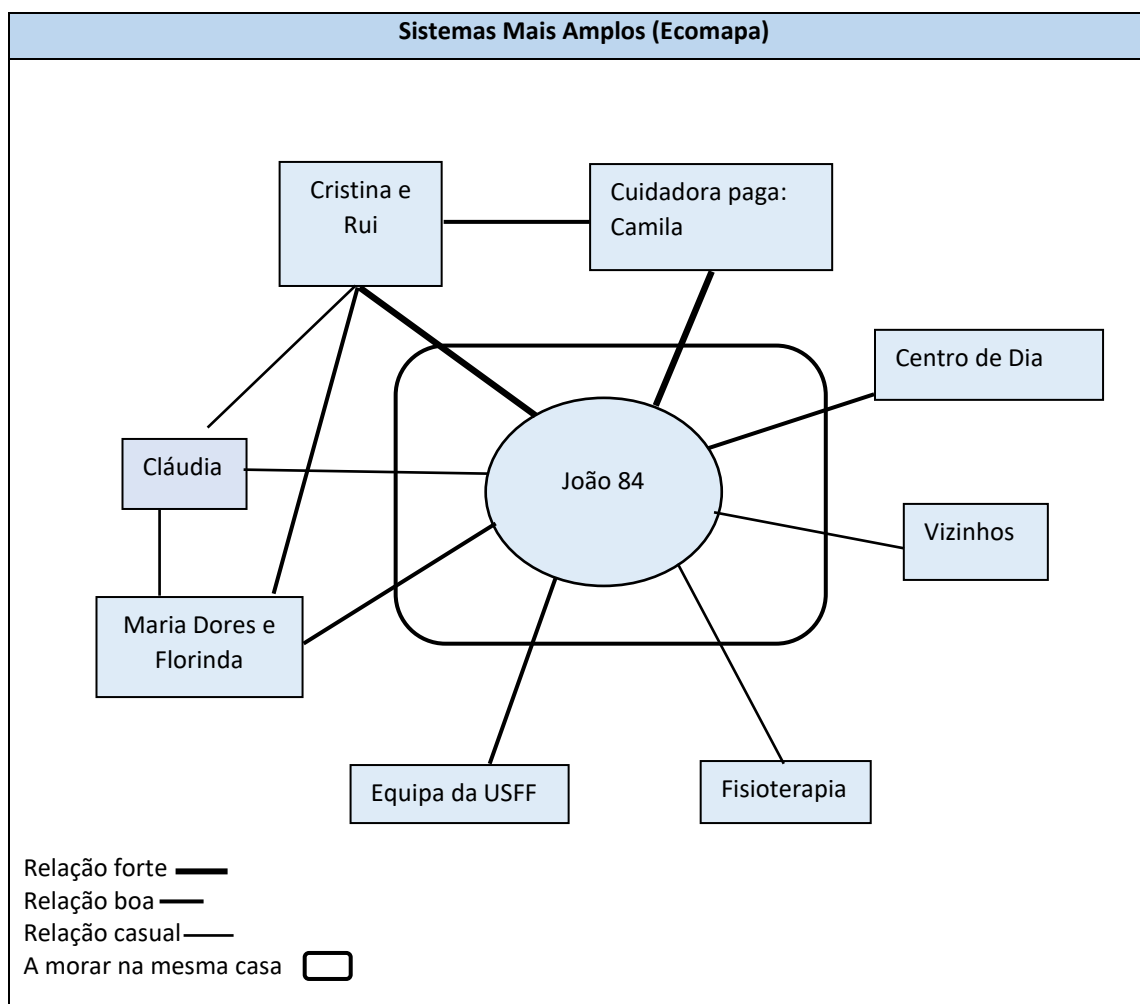


Figura 4 – Ecomapa da família 2

Ao realizar as diversas consultas de enfermagem no domicílio, observando e questionando a família, pude constatar que:

- **Rendimento familiar** é classificado como suficiente pela família. O rendimento familiar inclui a reforma de João, a sua pensão de sobrevivência e uma reforma por ter emigrado para a Alemanha. O filho Rui está a tratar do apoio do Complemento solidário para o idoso.
- **Edifício residencial** é uma moradia com o acesso da rua feito por seis degraus. A moradia é constituída por 3 quartos, cozinha, sala e casa de banho. O piso subterrâneo é uma garagem e arrumos da casa. O edifício está bem conservado, apresenta barreiras arquitetónicas como as escadas de acesso à casa, é limpo e arejado.

- **Animal doméstico** é o “Gil” o cão de João. Agora que João não pode, é o filho Rui quem trata do cão. É Rui quem o leva à vacinação e lhe faz a desparasitação, assim como trata da sua limpeza. O cão Gil percorre a casa toda e também vem para o exterior. Tem aspeto limpo e cuidado.

No caso desta família, por ser unitária e por ter um cuidador que não é elemento da família e é pago para desempenhar uma função, a avaliação do papel do familiar cuidador refere-se a aspetos concretos dos cuidados que os filhos, quando é necessário prestam, na ausência da cuidadora paga para o efeito.

Cuidar do senhor João no seu domicílio deve ser estimulado, não só pela racionalização de recursos, mas essencialmente pela promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa dependente (Louro, 2009), sendo o cuidado prestado pela família de grande importância e imprescindível, neste caso. Prestar cuidados é visto pela maioria das sociedades como um dos papéis básicos da família porque “na família é aprendido o autocuidado, comportamentos de bem estar, prestam-se cuidados a diferentes membros ao longo do seu desenvolvimento e durante as diferentes transições do ciclo vital (...) apoiam-se uns aos outros em atividades de promoção de saúde e em processos de doença aguda e ou crónica” (Araújo, 2010, p.56). “ (...) a imagem da família solidária com os seus membros mais velhos e mais dependentes, cuidando deles no seu seio, encontra-se profundamente enraizado nos valores culturais da sociedade Portuguesa” (Petronilho, 2007).

No caso desta família, os filhos assumem em conjunto o papel de familiar cuidador, revezando-se nas diferentes tarefas e proporcionando o conforto e os cuidados à pessoa com dependência. Não existe um elemento que assume este papel como principal, embora um dos filhos trate dos assuntos logísticos e económicos da família, este é assumido por elementos da família extensa e uma pessoa contratada para tal, seis pessoas neste caso. Cuidar de uma pessoa dependente não se reduz só à satisfação das atividades relacionadas com o autocuidado e as atividades instrumentais da vida diária, pois segundo vários autores, o cuidar vai muito para além, integrando, também, todas as dimensões do apoio emocional e cognitivo (Sequeira, 2010; Figueiredo, 2007; Gonçalves, 2008; Louro, 2009). A escala rotativa estabelecida entre irmãos e cuidadora paga, permite a comunicação em circuito, sendo importante na transmissão de informação pertinente sobre João.

Camila é vizinha da filha Cristina e esta conhece-a há bastantes anos. Como Camila regressou a Portugal, depois de ter estado emigrada alguns anos e não tinha atividade profissional, em concordância com os irmãos “o que vocês decidirem, está bem”, Cristina contratou Camila para cuidar do senhor João, todos os dias úteis entre as 9h e as 18h. Camila é casada e tem 2 filhos, já tratou de outras pessoas dependentes, segundo Cristina. Para além dos cuidados ao senhor João, Camila vai tratando da roupa e de pequenas tarefas da casa, como lavar a loiça e arrumar a cozinha.

Dos filhos partiu a necessidade de assegurar que alguém pudesse acompanhar o pai durante o dia, e daí a contratação de Camila. Com a ajuda do enfermeiro de família, foi possível conseguir uma cama adaptada com colchão de pressão alterna para João, bem como dar resposta às necessidades imediatas que se prendiam com o regresso a casa e a preparação dos cuidadores. A rotação estabelecida pelos irmãos de permanecer com o pai de noite e dias de fim-de-semana, mostra a relação dinâmica funcional da família extensa, bem como a distribuição de papéis como o cuidar da casa ou do animal doméstico. Desta forma, e tendo em conta a família extensa de João posso considerar que relativamente ao processo familiar de integração de uma pessoa dependente na família, a mesma conseguiu com a ajuda profissional organizar-se e restabelecer um novo equilíbrio por forma a que funcionassem de acordo com a nova situação.

Ao longo do meu estágio, a condição física de João foi piorando após os internamentos, pelo que as transferências da cama para o cadeirão que aconteciam diariamente foram diminuindo, justificadas pela presença de úlcera de pressão na zona do sacro.

Foco: Úlcera de pressão

Dados de diagnóstico: Presença de descontinuidade da pele no sacro

Diagnóstico: Úlcera de pressão grau II na zona do sacro.

Objetivo das intervenções: Cicatrização da úlcera de pressão.

Intervenções Sugeridas:

- Avaliar úlcera de pressão
- Executar tratamento da úlcera de pressão
- Vigiar penso da úlcera de pressão

Atividades que concretizam as intervenções:

- Observar, registrar e monitorizar as características da úlcera quanto às suas dimensões, pele circundante, tipo de tecido presente e características de exsudado;
- Limpar úlcera e aplicar apósito segundo a evolução cicatricial;
- Vigiar características do penso e registrar;

Avaliação de resultados das intervenções (durante todo o estágio): A evolução da úlcera de pressão esteve sempre comprometida pelos internamentos a que João esteve sujeito, sendo que após os mesmos, a evolução da cicatrização da úlcera de pressão não era favorável.

Foco: Alimentar-se

Dados de diagnóstico: Presença de SNG, pelo que os cuidadores não são capazes de alimentar por SNG.

Diagnóstico: Potencial dos cuidadores para melhorar capacidade para alimentar através de SNG.

Objetivo das intervenções: Capacitar os cuidadores para alimentar João através da SNG.

Intervenções Sugeridas:

- Alimentar através de SNG;
- Avaliar capacidade dos cuidadores para alimentar através de SNG;
- Supervisionar os cuidadores a alimentar;

Atividades que concretizam as intervenções:

- Entrevistar os cuidadores acerca da preparação das refeições para administração via SNG;
- Verificar se Camila (que é quem dá a maioria das refeições a João) constata o correto posicionamento da sonda antes de alimentar João; se alimenta corretamente João pela SNG; se posiciona João adequadamente antes e depois da refeição; se lava a sonda no final da refeição; e se inspeciona a cavidade oral após a refeição;
- Incentivar Camila a replicar a informação aos restantes familiares cuidadores;
- Demonstrar aos cuidadores presentes de como alimentar João por SNG;

Avaliação de resultados das intervenções (durante todo o estágio): João passou a ser alimentado através da SNG com sucesso.

Tendo em conta a minha experiência profissional, reparo que a família 2 é cada vez mais uma família característica dos nossos dias, pela permanência da pessoa dependente no seu domicílio e por todo o planeamento em seu torno, pela família extensa, de forma a que a resposta aos cuidados surja. No entanto, constato que quanto maior o número de elementos da família extensa que prestam o apoio nas diferentes áreas do autocuidado, maior o risco do insucesso, pela possível perda de informação importante entre os filhos de João, pela diferente forma de prestar cuidados que compromete a eficácia dos mesmos, ou até pelo fato de ser extremamente difícil a comunhão de todos para uma possível reunião. Enquanto enfermeira de família, e perante o cenário desta família, a minha primeira sugestão passou pela organização de um momento de conhecimento e partilha entre todos os cuidadores mais ou menos assíduos que compõem este cenário, mas foram vários os fatores limitadores como a duração do estágio, o horário de estágio definido entre os dias úteis, o horário da cuidadora paga, assim como todos os horários laborais dos outros cuidadores. Assim, e em prol do bem-estar da “família João”, optei por focar a minha atenção naqueles cuidadores que estavam presentes aquando das consultas domiciliárias, enfatizando sempre a importância de replicar a informação para todos.

Casos como o desta família são um verdadeiro desafio ao enfermeiro de família, que objetivo como casos de sucesso, quando é possível a continuidade do acompanhamento familiar, o que possibilitaria perceber se todos os filhos tinham competência para cuidar do pai no período de tempo que com ele estavam. Com mais disponibilidade de tempo de estágio para a realização de mais consultas domiciliárias, o enfermeiro de família teria a oportunidade de visitar a família em diferentes ocasiões do dia, com diferentes filhos, e poderia até, com mais antecedência encetar consultas familiares de grupo, e assim promover o processo familiar e ajudar a família na integração do seu familiar dependente no autocuidado.

Durante este estágio, João esteve internado por duas vezes no serviço de medicina interna do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDEV): o primeiro internamento entre 18 e 28 de Fevereiro de 2023 e o segundo internamento entre 29 de Março e 11 de Abril de 2023, ambos devido a infeções respiratórias. Faleceu no hospital a 16 de Abril de 2023.

Plano de cuidados da família 3 (Anexo V)

José e Aurora estão casados há mais de 50 anos. Da sua relação tiveram dois filhos, Alberto e João.

José ex-sapateiro, está acamado desde 2019 altura em que iniciou sintomas de perda de força e de equilíbrio, esquecimento e após ida à urgência foi diagnosticado com Demência. Atualmente, segundo a escala de Barthel, José:

Alimentação: Dependente – 0 – não come pela sua mão;

Transferências: Dependente – 0 – não se transfere sozinho;

Toalete: Dependente, necessita de alguma ajuda – 0 – não participa na sua higiene;

Utilização do wc: Dependente – 0 - usa sempre fralda;

Banho: Dependente, necessita de alguma ajuda – 0 – não participa no banho;

Mobilidade: Imóvel – 0 – necessita de ajuda para todas as mobilizações;

Subir e Descer escadas: Dependente – 0;

Vestir: Impossível - 0;

Controlo intestinal: Incontinente - 0;

Controlo urinário: Incontinente - 0.

Para além de ser considerado altamente dependente, segundo a escala de Barthel apresentada, José tem ainda como antecedentes pessoais:

- Hipertensão sem complicações;
- Parkinson;
- Demência;
- Diabetes não insulino tratado com HbA1c 5% em Julho de 2022;
- Enfarte agudo do miocárdio;

Desde o diagnóstico de demência, que José tem o apoio do centro de dia para a sua higiene diária de manhã (incluindo o fim semana) e apoio também à tarde durante a semana para higiene e alternância de decúbito.

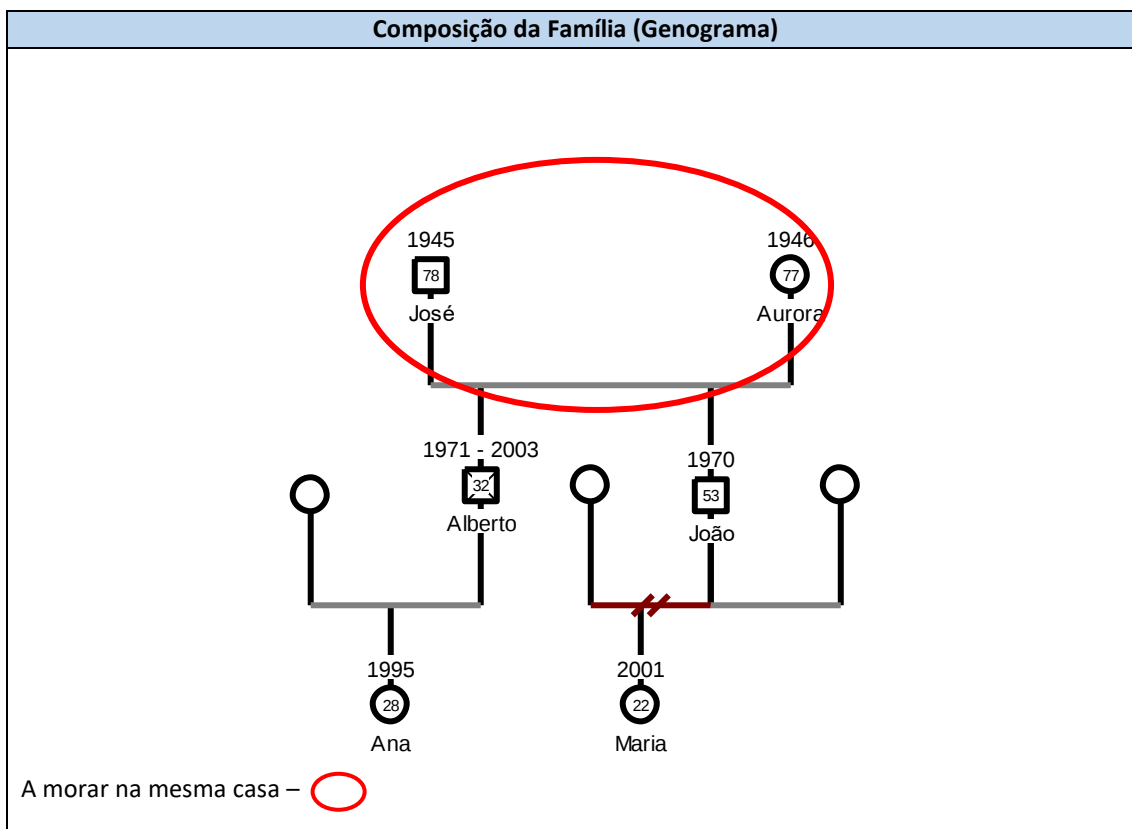


Figura 5 - Genograma da família 3

A família 3 em estudo é do tipo **Nuclear**, constituída pelo casal.

A família extensa não é composta por muitos elementos, mas a união entre estes é de salientar pela positiva. Todos os dias, o filho João vai a casa dos pais, ao final do dia é ele quem ajuda a mãe a cuidar de José. A companheira de João acompanha-o ao fim de semana. Já Maria, nem todas as semanas visita os avós.

Josefina é uma das duas irmãs vivas de Aurora. Desde há muitos anos que frequenta a casa da irmã, e segundo Aurora, o José também gosta que ela o visite

Desde que o filho Alberto faleceu, Aurora e José perderam o contacto com a neta Ana e com a sua mãe. Aurora sente-se triste com este afastamento.

O divórcio do filho João aconteceu há cerca de 4 anos e Maria ficou a viver com o pai.

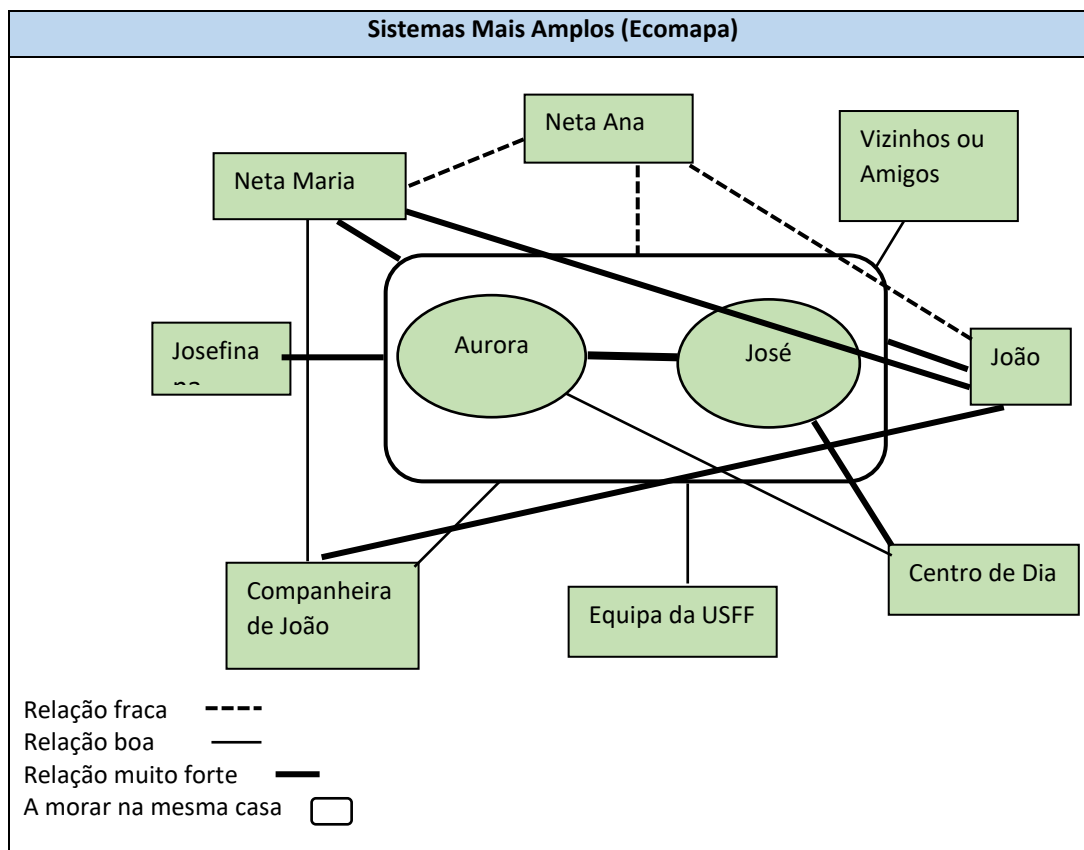


Figura 6 - Ecomapa da família 3

Através da recolha de dados e da realização de questões aos familiares, pude constatar que:

- **Rendimento familiar** é classificado como suficiente pela família. O rendimento familiar inclui a reforma de José e de Aurora, e ainda uma reforma que José recebe por ter emigrado para a Alemanha. José beneficia ainda do apoio do Complemento solidário para o idoso.
- **Edifício residencial** é uma moradia de 2 andares com 3 quartos e uma casa de banho no piso superior. No piso rés-do-chão tem cozinha, sala, um quarto e casa de banho. Este edifício está bem conservado e não apresenta barreiras arquitetónicas, é limpo e arejado. Aurora cuida de um pequeno jardim que tem na frente da moradia.

A avaliação funcional desta família passa pela avaliação das atividades de vida diárias que relacionam o membro dependente José e a sua familiar cuidadora, Aurora. A título expressivo, o processo familiar é de difícil avaliação e intervenção, já que José pouco comunica com a esposa devido à evolução da doença de Parkinson e da Demência.

A equipa do apoio domiciliário integrado, prestado pelo Centro de dia é diário, mesmo durante o fim de semana, é responsável pela higiene de José de manhã e por voltar à tarde para ajudar na higiene e nas mobilizações/transferências da cama para o cadeirão e vice-versa.

Aurora é quem prepara todas as refeições para ela e para o marido, e é também ela que dá a comida a José. O filho, no final do dia e ao fim de semana ajuda a mãe a dar a comida ao pai e a mobilizá-lo/transferi-lo.

Assim considero Aurora a familiar cuidadora de José.

Foco: Papel de cuidador

No âmbito da avaliação funcional da família 3, o papel de familiar cuidadora tinha potencial para melhorar pelos seguintes aspetos:

Dados de diagnóstico: Não são realizados cuidados de higiene oral a José.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento de Aurora sobre a higiene oral.

Objetivo das intervenções: Melhorar o conhecimento de Aurora sobre a higiene oral de José.

Intervenções sugeridas:

- Ensinar o familiar cuidador sobre técnica de lavagem da boca;
- Ensinar o familiar cuidador sobre a periodicidade da lavagem da boca;

Atividades que concretizam as intervenções:

- Explicar a Aurora que os poucos dentes de José devem ser lavados diariamente, como fazem com as outras partes do corpo;
- Dar a conhecer a Aurora utensílios usados na higienização da boca de pessoas dependentes;
- Exemplificar o uso do fio dentário e incentivar ao seu uso em José;

Avaliação de resultados das intervenções (21 Abril): Aurora melhorou o conhecimento sobre a higiene oral de José, pelo que passou a solicitar às funcionárias do apoio domiciliário que lavassem a boca e dentes de José.

Dados de diagnóstico: Aurora não sabe descrever o processo fisiopatológico das principais doenças de José e a implicação que têm as mesmas no seu dia a dia e na necessidade de vigilância de saúde e prevenção de complicações

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do familiar cuidador sobre a demência de José.

Objetivo das intervenções: Melhorar o conhecimento do familiar cuidador sobre a demência de José.

Intervenções sugeridas:

- Ensinar o familiar cuidador sobre fisiopatologia da doença
- Ensinar o familiar cuidador sobre medidas de prevenção de complicações

Atividades que concretizam as intervenções:

- Escutar o Aurora sobre o que conhece acerca da demência do marido;
- Confirmar com Aurora a irreversibilidade da principal patologia do marido;
- Exemplificar algumas complicações que podem surgir ou agravar, paralelamente com o progredir da demência, como a perda da capacidade funcional e da capacidade de interagir com os familiares mais próximos;
- Salientar a importância da medicação no controle da doença;
- Ajudar Aurora e o filho a encontrar formas de estimular José quer física quer psicologicamente, como pedir a ajuda de José nas mobilizações ou recordar com a ajuda de fotos momentos vividos em família.

Avaliação de resultados das intervenções (21 Abril): Aurora demonstra aumento do conhecimento sobre a demência de José.

Dados de diagnóstico: Aurora não conhece a correta eliminação da medicação vazia.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento de Aurora sobre a gestão do regime medicamentoso

Objetivo das intervenções: Melhorar o conhecimento de Aurora sobre a eliminação da medicação vazia.

Intervenções sugeridas:

- Ensinar o familiar cuidador sobre eliminação adequada da medicação vazia.
- Ensinar o familiar cuidador sobre regime terapêutico.

Atividades que concretizam as intervenções:

- Explicar a Aurora que as embalagens de medicação vazia ou fora do prazo de validade, devem ser entregues na farmácia devido ao risco de contaminação;

Avaliação de resultados das intervenções (21 Abril): Aurora percebe a importância da correta eliminação da medicação.

Novo diagnóstico: Conhecimento de Aurora melhorado sobre a eliminação da medicação vazia.

Experimentando a aplicação do MDAIF nesta família, e uma vez que nem todos os parâmetros avaliativos do familiar cuidador se encontram demonstrados e/ou adequados, a sugestão era que o papel do prestador de cuidados se apresentava como não adequado. No entanto, e tendo como base a minha avaliação enquanto enfermeira de família, considero que o papel desta familiar cuidadora era bastante adequado, consegue, em conjunto com a família extensa, dar resposta a todas atividades do autocuidado de José que estão comprometidas, proporcionando-lhe bem-estar físico e emocional. A dificuldade principal desta família é a adaptação a esta nova fase da vida, em que tendo o marido vivo, Aurora já não o reconhece enquanto a pessoa que foi, o que lhe causa profunda tristeza.

WHO (2015), define demência como uma síndrome de natureza crónica ou progressiva, onde se verifica, além de um declínio das capacidades intelectuais, uma deterioração do controlo emocional, do comportamento social e/ou da motivação. Neste sentido, segundo a American Psychiatric Association (2014), esta patologia inclui sintomatologia como transtornos de comportamento (insónia, agitação e agressividade, entre outros) e limitações funcionais, como perda de capacidades para o autocuidado, atividades domésticas e gestão financeira.

Em Portugal, de acordo com o relatório “Health at a Glance 2017” da OCDE (2017), seriam cerca de 205000 pessoas afetadas por este flagelo em 2017, com tendência crescente.

Esta patologia, como referido anteriormente, potencia a dependência destas pessoas, aumentando a necessidade de apoio nas atividades de autocuidado. Atualmente, em Portugal, assiste-se a um privilegiar da permanência destes utentes no domicílio, em

detrimento da sua institucionalização, promovendo a proximidade destes utentes com o seu espaço, rotinas e memórias, assim como a manutenção da intimidade entre estes e os seus prestadores de cuidados. Ora desta forma, os familiares cuidadores assumem-se como os principais responsáveis pela saúde destes utentes, tornando-se importantes parceiros, ainda que quase invisíveis, dos serviços de saúde (Monteiro, 2016). Para além de parceiros de cuidados, estes familiares cuidadores assumem-se, concomitantemente, como um importante cliente dos cuidados do enfermeiro de família. O ato de cuidar de utentes com demência, especialmente quando ocorre durante um longo período de tempo, exige um grande investimento de energia e tempo, provocando elevados índices de stress e exaustão, e limitando o envolvimento social do cuidador (Barbosa & Matos, 2014). Já que estes passam a ter menos disponibilidade de tempo, sendo privados de descanso e de atividades sociais e de lazer, interferindo, inclusive, com toda a dinâmica familiar. Lidar com um familiar que é portador de uma demência é das tarefas mais duras para qualquer família e qualquer cuidador, daí precisarem da ajuda profissional do enfermeiro de família no sentido de promover o processo familiar de integração de uma pessoa dependente no autocuidado, de forma a conseguirem ficar satisfeitos com os novos papéis e ajudar na adaptação nesta transição complexa.

Foco: Processo familiar

Dados de diagnóstico: Aurora desempenha todos os papéis da família desde o papel de provedor, de gestão financeira “quero ser eu a tratar das nossas contas, enquanto me sentir capaz”, de cuidadora doméstica, recreativa e papel de parente. É Aurora quem mais expressa os sentimentos e é Aurora que é capaz de identificar os problemas na sua família e toma a iniciativa para os resolver. Para tal, Aurora conta com o apoio incondicional do filho e por isso é o elemento desta díade, família, quem tem o maior poder a nível da relação.

Como referido anteriormente, a comunicação está condicionada pela demência de José, mas tendo em conta o tempo passado, desde o início da doença, Aurora considera “só com o olhar dele, já sei do que ele precisa”. A interação de papéis familiar e a relação dinâmica encontram-se conseguidas, sendo Aurora a sua principal protagonista, mas o coping familiar, a meu ver poderá tornar-se mais eficaz. McCubbin (1993) define o coping familiar como sendo

“um conjunto de estratégias, padrões e comportamentos familiares concebidos para manter ou fortalecer a família como um todo, manter a estabilidade emocional e o bem-estar dos seus membros, obter ou usar os recursos da família e da comunidade para lidar com a situação e encetar esforços para resolver as necessidades da família criadas por um fator de tensão”.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o coping familiar

Objetivo das intervenções: Promover o coping familiar

Intervenções Sugeridas:

- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Otimizar a comunicação na família;
- Planejar rituais familiares;
- Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família;

Atividades que concretizam as intervenções:

- Dar espaço para Aurora falar acerca das suas emoções;
- Organizar ritual familiar com a família extensa, como por exemplo almoço de domingo.

Os rituais, segundo Imber-Black & Roberts (1989), são ritos simbólicos, que auxiliam os indivíduos a fazer um trabalho de relacionamento, mudança, cura, crença e celebração. Assim, posso concluir que os rituais familiares são atividades sociais simbólicas, repetitivas, altamente valorizadas, que transmitem os valores duradouros, as atitudes e os objetivos da família.

- Incentivar Aurora a partilhar as suas emoções e preocupações com o seu filho ou com a sua irmã;
- Explicar o benefício da partilha de sentimentos para o nosso próprio bem-estar;
- Identificar com Aurora um momento anterior da sua vida de maior fragilidade, como a morte do seu filho e perceber quais foram as forças da família usadas para o vivenciar;

Avaliação de resultados das intervenções: Ao longo do estágio Aurora viveu momentos de partilha de emoções e sentimentos, manifestou preocupações antigas (como a relação pendente com a neta Ana), descreveu episódios de dor profunda (como a morte do filho ou a doença do marido). Em todos os momentos foi enaltecida a importância da comunicação e Aurora incentivada a transportar essa comunicação para a sua relação com a família extensa ou

com seu marido, que mesmo não sendo capaz de estabelecer uma conversa, representa para Aurora um confidente de toda a vida. No que toca ao processo individual de José e apoiando-me nos registos de enfermagem efetuados no programa informático utilizado na USF, elenco os seguintes diagnósticos de enfermagem.

Foco: Queda

Dados de diagnóstico: Risco de queda associado às transferências de José.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do familiar cuidador para prevenir a queda

Objetivo das intervenções: Melhorar o conhecimento do familiar cuidador para prevenir o risco de queda

Intervenções Sugeridas:

- Avaliar risco de queda;
- Avaliar conhecimento do familiar cuidador sobre prevenção da queda;
- Ensinar o familiar cuidador sobre medidas de prevenção da queda.

Atividades que concretizam as intervenções:

- Elogiei o familiar cuidador pela sua prestação no que toca à prevenção da queda;
- Identifiquei com Aurora possíveis fatores de risco de queda, como a existência de um tapete no quarto;
- Após a identificação da condição de risco (tapete), esta foi solucionada com a sua remoção;
- Ensinei a Aurora como devia atuar em caso de queda do marido, facultando-lhe alguns contactos.

Aurora pratica hidroginástica 2 a 3 vezes por semana, conforme a sua disposição. Já frequentava antes do marido adoecer. Aurora tem carta de condução que tirou por volta dos 30 anos, por insistência do marido e conduz, por isso é independente na sua deslocação. Aurora é quem faz as refeições para ela e para José, e é ela que as dá ao marido. Aurora faz as compras, trata da roupa e da casa, às vezes o filho ajuda-a na limpeza da casa “sabe que a casa é grande”. A jardinagem é um passatempo importante para Aurora “passo aqui muito tempo, gosto de cuidar das plantas e faz-me bem sair de casa”. Estes momentos de lazer e de descanso em relação ao

papel de familiar cuidadora são forçais, pois permitem o restabelecimento das forças físicas, psicológicas e emocionais.

Aurora deixou de ir à missa ao domingo desde que José acamou, já que ao domingo prefere ficar em casa aquando da visita do apoio domiciliário a José, “as meninas que vêm fazer a higiene costumam vir cedo e prefiro ficar por casa”.

Aurora acredita no casamento e considera que apoiar o marido e estar ao seu lado nesta situação de doença é uma prova de amor e de companheirismo, Aurora: “se fosse eu que estivesse na situação dele, ele também faria isto por mim”.

Foco: Papel de cuidador

Dados de diagnóstico: Aurora manifesta tristeza ao chorar quando fala sobre a sua situação de familiar cuidadora

Diagnóstico: Tristeza da familiar cuidadora

Objetivo das intervenções:

Intervenções Sugeridas:

- Disponibilizar suporte emocional – possibilidade de referenciar a Psicologia;
- Escutar;
- Encorajar à interação social.

Atividades que concretizam as intervenções:

As atividades que concretizaram as intervenções centraram-se na técnica de reenquadramento. Entende-se por reenquadramento “a modificação do contexto conceptual e/ou emocional de uma situação, ou do ponto de vista segundo o qual é vivida, colocando-a numa nova moldura que corresponde tão bem ou melhor aos factos da situação concreta cujo sentido, por consequência, muda completamente” (Watzlawick & Weakland, 1975, p. 116). Ao reenquadrar determinada problemática espera-se que sejam vistas novas perspetivas, sendo estas mesmas, vistas como um método facilitador de resolução da mesma. Ao apresentar a tristeza sentida por Aurora em relação à demência de José de forma diferente, não esperava que Aurora deixa-se de considerar a situação como um problema, mas sim auxilia-la a encontrar formas de o contornar e resolver.

- A tristeza manifestada por Aurora expressava o amor e a amizade que ela sentia pelo marido, apoiando-o incondicionalmente, pelo que permaneciam juntos na situação de doença. Reenquadrei com Aurora as manifestações de tristeza como sinais desse amor e companheirismo, dos quais se deveria orgulhar;

Segundo Relvas (1996) o reenquadramento consiste na apresentação de uma nova versão do problema, alternativa e imprevisível, cujo objetivo é uma mudança de sentido ou de significado. Reenquadrar o problema permite aos membros do sistema familiar uma nova visão, com vista a uma nova ação, permite ainda que associem a nova ação a algo positivo no sentido da harmonização das relações familiares.

- Organizei com Aurora pequenas atividades para fazer junto do marido, como ver um programa de televisão, ou Aurora ler um livro para José naqueles dias em que a jardinagem não é possível. Mesmo não tendo feedback do marido, na maioria das vezes, Aurora podia encarar esses momentos como fortalecedores daquela união.

Avaliação de resultados das intervenções (durante todo o estágio): Durante conversas posteriores, Aurora lembrava-se do reenquadramento realizado, pelo que suponho ter conseguido atribuir uma conotação positiva ao sintoma tristeza.

Plano de cuidados da família 4 (Anexo V)

Irene de 84 anos, viúva é a família de seguida abordada. Reside há cerca de um ano em casa do filho Manuel Henrique, com o mesmo, a nora e os netos Cátia e Diogo, foi uma mudança que Irene aceitou “Foi tudo, muito bem conversado com ela”. Diogo é o principal cuidador da avó há sensivelmente 3 anos, desde que a família concordou pagar a Diogo para que este tratasse da avó.

Irene vivia sozinha na sua casa, com o apoio diário do neto Diogo e filhos, mas à medida que foi ficando mais debilitada, deixando de ser capaz de realizar as suas atividades diárias, passou a residir em casa deste filho, mantendo a sua ligação a esta unidade de saúde, o que se justifica pela proximidade de freguesias. No entanto o resto do atual agregado familiar de Irene não está inscrito na mesma unidade de saúde, pelo que a abordagem global a esta família se torna dificultada, quer por não pertencerem à unidade de saúde onde me encontro a realizar este estágio profissional, quer pela sua atividade laboral se desenvolver durante o dia e não permitir a sua presença aquando das consultas de enfermagem realizadas no domicílio.

A filha Maria e o marido, visitam Irene ao fim de semana, fazendo-lhe companhia, apoiando emocionalmente, dão conselhos e ajudam na resolução de problemas. Os seus filhos visitam a avó esporadicamente.

Irene, apesar de estar bastante limitada fisicamente (Barthel Altamente dependente), uma vez que não demonstra força física para se colocar de pé ou caminhar, apresenta-se íntegra cognitivamente. Em todos os momentos em que estive presente, ela esteve orientada no tempo e no espaço, reconhecendo todos aqueles que a rodeiam e interagindo comigo e com os outros. Irene é capaz de recordar situações vividas e relatá-las com pormenor. Fala muito baixo e devagar, mas é perfeitamente perceptível. Irene tem como principais antecedentes pessoais relevantes:

- Alteração dos lípidos,
- Insuficiência cardíaca,
- Hipertensão sem complicações,
- Diabetes não insulino tratada,
- Perturbação do sono,

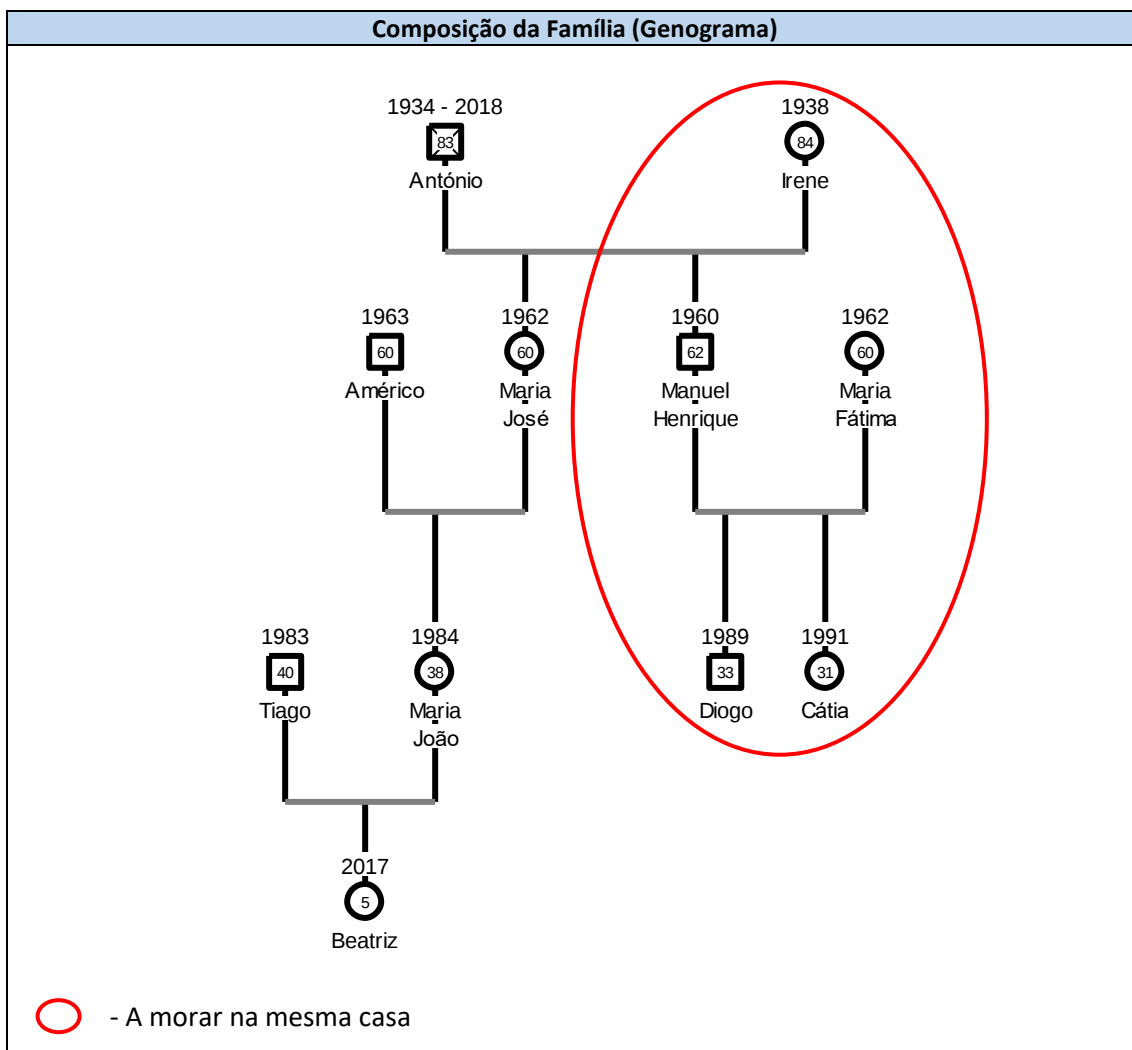


Figura 7 - Genograma da família 4

A família 4 em estudo é do tipo **Alargada**, pois contempla três gerações a viver na mesma casa.

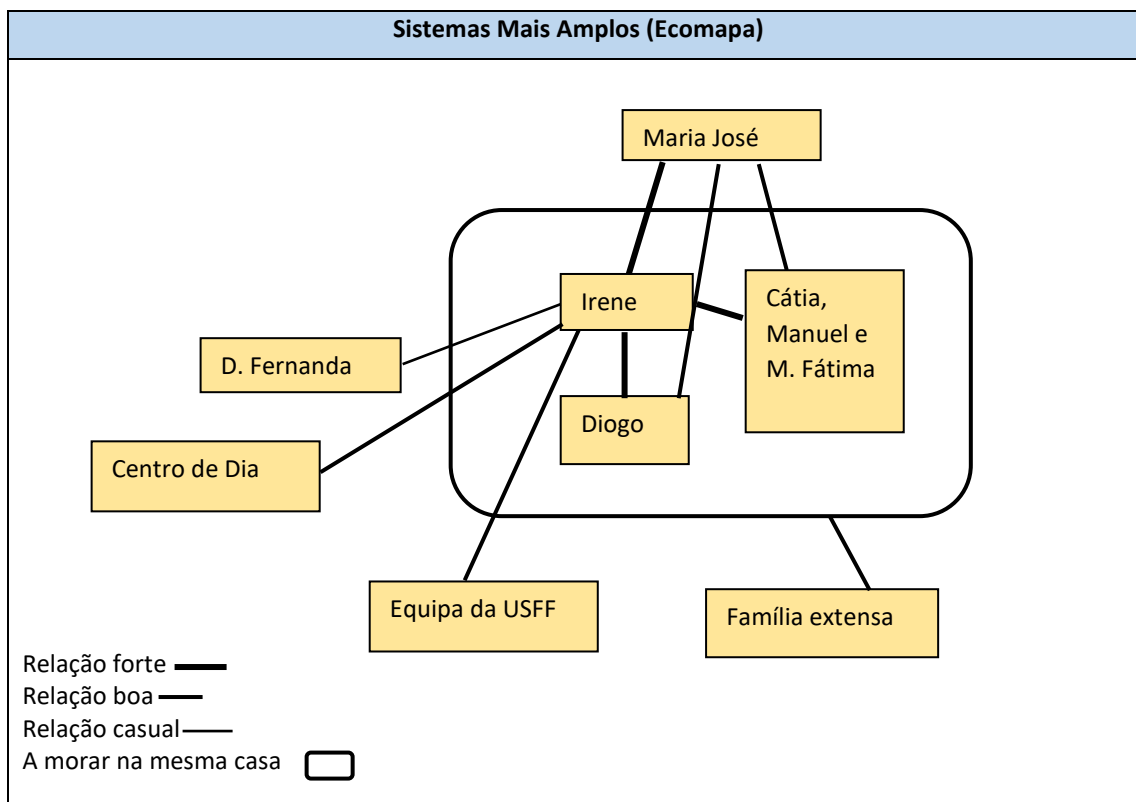


Figura 8 - Ecomapa da família 4

De forma a desenvolver um plano de cuidados para esta família, na avaliação estrutural da mesma recorri à colheita de dados, nas diferentes consultas de enfermagem no domicílio, através da observação direta e da entrevista familiar, pelo que pude constatar que:

- **Rendimento familiar** é classificado como suficiente pela família. Irene conta com a sua reforma e pensão de sobrevivência que se destinam às despesas com o centro de dia, medicação e fraldas. Os filhos de Irene pagam ao neto Diogo para que este seja o principal cuidador da avó. São os pais de Diogo que gerem o rendimento familiar de Irene.
- **Edifício residencial** é uma moradia de 2 andares com 3 quartos e 2 casas de banho no piso superior. No piso rés-do-chão tem cozinha, corredor, casa de banho e sala que está adequadamente adaptada como quarto de Irene, é um espaço amplo, luminoso e arejado. Este edifício está bem conservado e apresenta barreiras arquitetónicas, como escadas de acesso à casa.

Ao nível da avaliação de desenvolvimento desta família, a existência de **Coping familiar** eficaz foi bem patente, muito embora não fosse possível abordar a família de Irene na sua totalidade.

Isto pelo fato de ser Diogo quem, muitas vezes identifica os problemas relacionados com Irene, quer pelo mal-estar da avó em momentos de doença, quer pelas alterações do regime terapêutico resultantes dos internamentos hospitalares, que geram dúvidas na preparação da medicação, bem como de outras situações que possam surgir com Irene. É Diogo quem toma a iniciativa de resolução, comunicando com o seu pai e tia. No momento em que Irene passa a viver em casa de Manuel Henrique “foi tudo muito bem conversado, e todos concordaram que fosse eu a cuidar da minha avó”. Diogo mostra confiança, até pela experiência que a família teve aquando da doença do seu avô marido de Irene, “os meus avós nunca quiseram ir para o lar, e nós conseguimos que eles fossem bem cuidados em casa”.

Irene mostra-se feliz com a companhia do neto, Irene: “Ele é meu amigo!”.

Diogo é responsável pela gestão do regime terapêutico de Irene, apesar de consciente e orientada, esta já não é capaz de solicitar, comprar ou preparar a sua medicação. O mesmo acontece com a alimentação, assim é Diogo quem prepara as refeições da avó e a auxilia na alimentação e na higiene ao fim-de-semana com a ajuda da mãe, pai e irmã. Durante a semana, Irene tem o apoio integrado domiciliário do centro de dia na higiene matinal, bem como ao final da tarde, que é realizada na cama, já que por falta de força e equilíbrio não faz levantar, apenas mudanças de posicionamento no leito com a ajuda de outros. Este apoio domiciliário estende-se ao tratamento da roupa de cama e da roupa de Irene que levam, lavam, passam e voltam a trazer.

De uma forma global, a família 4 apresenta-se como uma família funcional e organizada nas respostas ao seu familiar dependente, não tendo sido capaz de reconhecer nenhuma área a intervir.

A abordagem individual aos restantes elementos da família não foi possível realizar pelos constrangimentos acima referidos. Aliás, a questão de nem todos os elementos de uma família pertencerem à mesma unidade de saúde, e por isso não tendo o mesmo enfermeiro de família é mais uma dificuldade a salientar neste tipo de abordagem familiar.

Plano de cuidados da família 5 (Anexo V)

Adelina é viúva, reside sozinha e tem dois filhos que moram perto. É uma senhora de 96 anos que é capaz de comunicar, em tom de voz muito baixo, mas perceptível. Responde a perguntas simples e está orientada no tempo e no espaço. Adelina passa a maior parte do tempo na cama,

mas faz vários levantes (cerca de 6) durante o dia para a cadeira sanitária, apesar da dificuldade em se equilibrar sentada, em se levantar com ajuda, e de não permanecer lá muito tempo.

Adelina vive na sua própria casa e tem duas cuidadoras pagas, uma durante o dia e outra durante a noite. A filha Ana vem diariamente a casa da mãe no período de troca entre as cuidadoras, que se faz ao final da tarde. A cuidadora do dia é a Patrícia e a cuidadora da noite é Elvira, e já estão com Adelina há cerca de 3 anos. Patrícia trabalha durante a semana entre as 8h30 e as 18h30, Elvira passa todas as noites com Adelina.

Antecedentes pessoais/principais problemas de saúde de Adelina:

- Hipertensão sem complicações,
- Excesso de peso,
- Obstipação,
- Neoplasia benigna da tiróide,

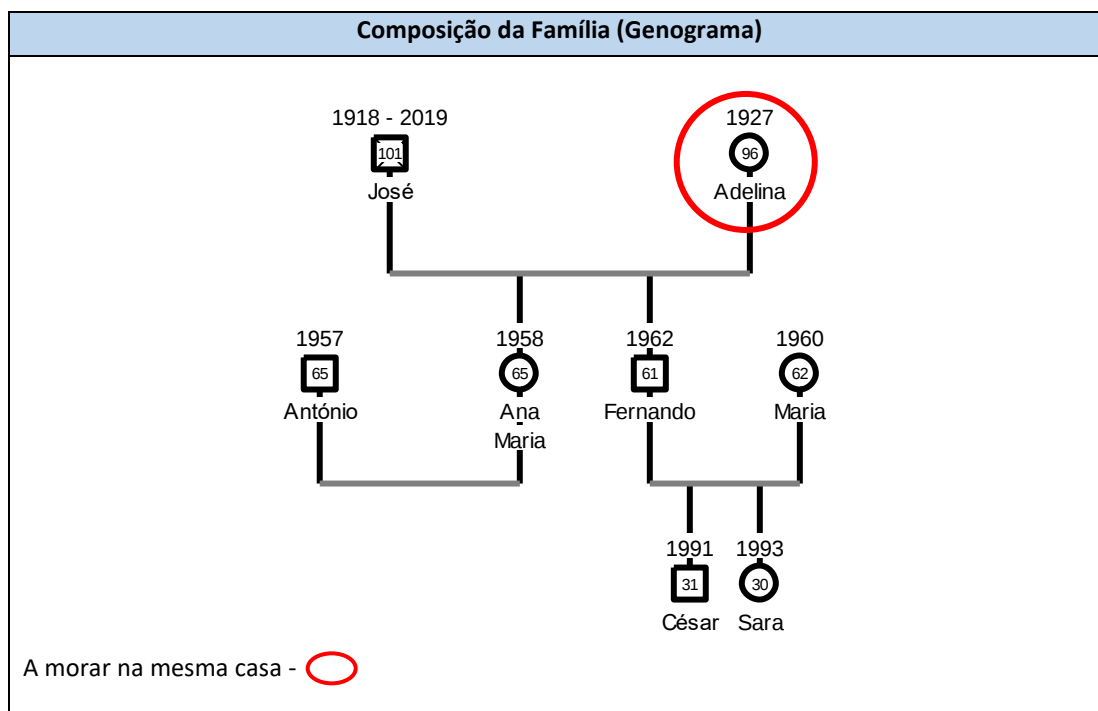


Figura 9 - Genograma da família 5

A família 5 em estudo é do tipo **Unipessoal**.

A família extensa de Adelina, é Ana que, é quem solicita consultas e medicação para a mãe e passa em sua casa todos os dias por volta das 18h30 encontrando-se com Patrícia e com Elvira. O irmão Fernando como mora ao lado, ao fim de semana partilha as tarefas com a irmã na substituição de Patrícia, encarregando-se das refeições e Ana da higiene da mãe e da casa “Nós mulheres temos mais jeito para isso...”. Quando me refiro aos filhos, abarco também o apoio que os respetivos conjugues dão.

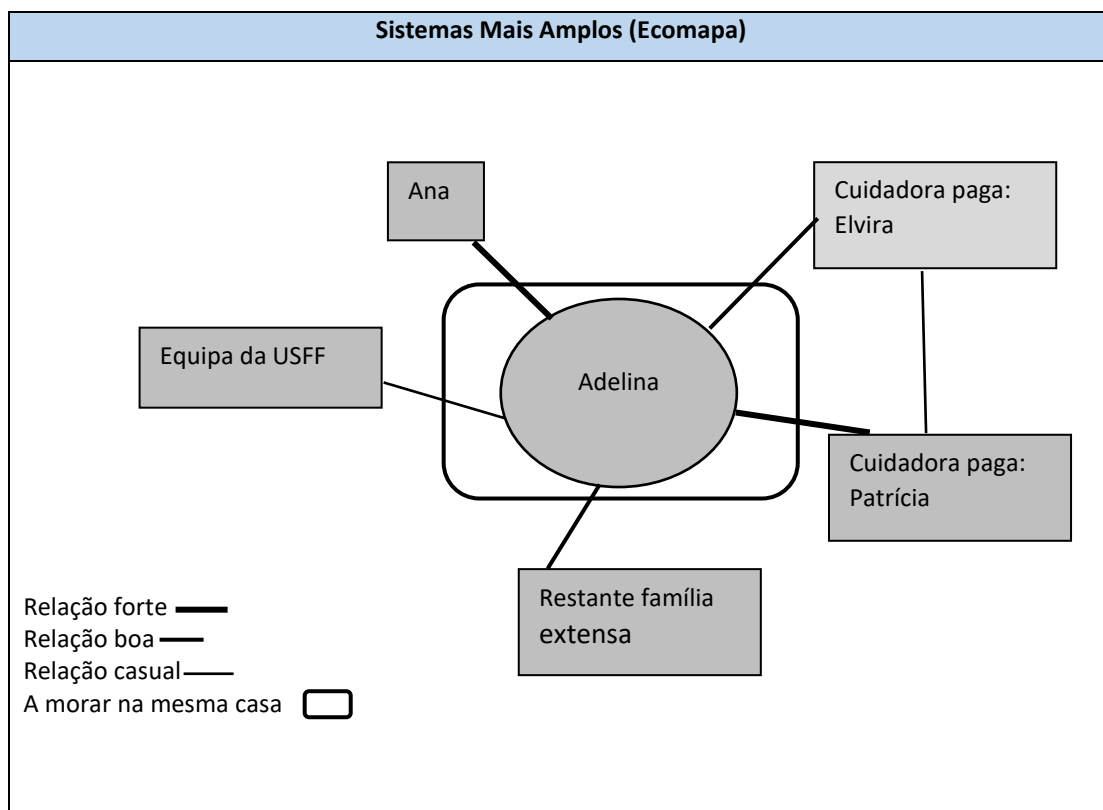


Figura 10 - Ecomapa da família 5

Ao recolher os dados nas diferentes consultas de enfermagem no domicílio, pela observação direta e pela execução de questões, pude avaliar esta família estruturalmente:

- **Rendimento familiar** é classificado como suficiente pela família. O rendimento familiar inclui a reforma de Adelina, bem como a pensão de sobrevivência da mesma e ainda o apoio do Complemento solidário para o idoso.
- **Edifício residencial** é uma moradia antiga com dois andares, mas o andar superior não está a ser utilizado. No piso rés-do-chão tem um pequeno quarto de Angelina, cozinha e sala unidas e casa de banho. No exterior tem uma lavandaria e um pequeno quintal e jardim.

- **Abastecimento de água** é feito pela rede pública e a zona residencial é abastecida pela rede de saneamento público. Também tem água de um poço que não usam para beber ou cozinhar.

Patrícia é a cuidadora paga que passa mais tempo com Adelina. Patrícia é quem faz a higiene diária, dá o banho, trata da roupa, das refeições e da casa de Adelina. Elvira apenas lá vai passar a noite, podendo dar a ceia a Adelina quando esta quer.

Adelina não tem um cuidador principal. Na verdade, é a junção dos esforços das cuidadoras e dos filhos, que orientam as atividades do autocuidado desta utente dependente. As principais cuidadoras de Adelina são pagas para o efeito, não pertencem à família da utente e os cuidados prestados pela família extensa fazem-se ao fim de semana. Conversando com a filha Ana pude perceber que os filhos tentam manter o mesmo padrão de cuidados da semana, até porque “a minha mãe gosta muito das rotinas dela, e nós tentamos manter”.

Tendo em conta que neste relatório já fiz menção a outras famílias unitárias, expressando as suas particularidades e apresentando os diagnósticos de enfermagem a nível individual existentes, acredito não ter nenhum registo interventivo que possa enriquecer este relatório em relação à família de Adelina e daí avançar para o plano de cuidados da última família. Neste caso a principal intervenção do enfermeiro de família será acompanhar e monitorizar a família face a possíveis alterações.

Adelina faleceu em sua casa a 25 de Maio de 2023.

Em relação às famílias, como esta em que os cuidadores do utente com dependência são pessoas contratadas pela família e, portanto, remuneradas para prestar cuidados, levanta-se a questão se estes profissionais devem ser considerados clientes e alvo das intervenções do enfermeiro de família. A constatação da existência de cuidadores pagos em quase todas as famílias por mim abordadas, fez-me refletir sobre. Inevitavelmente, são pessoas que assumem papéis prioritários dos cuidados, como é o caso da família 5 e tornam-se parceiros fundamentais na comunhão dos cuidados à família no global. Assim, mesmo não pertencendo à família e tendo em conta o parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre o assunto, considero essencial envolver os cuidadores pagos destas famílias em todos os planos de cuidados familiares desenvolvidos, não no sentido de lhes dar formação, mas sim com o intuito de lhes fornecer capacidades para participarem ativamente no processo de saúde do utente com dependência.

Plano de cuidados da família 6 (Anexo V)

A última família apresentada é uma família alargada, constituída por Judite de 90 anos, viúva, a filha Maria de 62 anos casada com Manuel de 61 anos e o neto Filipe de 23 anos. Todos vivem numa casa restaurada, ainda com acabamentos de carpintaria por realizar, mas que reúne boas condições de conforto e segurança. Esta casa era de Judite e do marido, e lá viveram todos os seus filhos e a sua mãe, até a mãe falecer e todos os seus filhos casarem e saírem de casa. Maria foi a última a casar, mas quando o fez saiu também para a sua própria casa. Mais tarde, depois do seu pai falecer e Judite ficar sozinha, Maria pagou aos irmãos e à sua própria mãe a parte herdada da casa, e acabou por voltar a morar e a reconstruir com o seu marido, filhos e Judite que nunca de lá saiu.

Judite é uma mulher que, segundo a filha sempre foi autoritária e decidida “as coisas sempre foram à maneira dela, até no meu pai ela mandava”, no seu discurso Judite mostra-se confusa e desorientada abordando sempre o trabalho e questões de dinheiro, como por exemplo “eles estão ali ao alto, porque não vão trabalhar...quem lhes paga somos nós, malandros!” ao assistir ao programa televisivo da tarde.

Judite apresenta grande dificuldade na sua mobilidade nos membros inferiores, segundo a filha, Judite deixou de caminhar por preguiça em caminhar, pois não existe referência a nenhum antecedente patológico ou queda. Esta utente tem como antecedentes pessoais “relativos a doenças”, recolhidos do seu processo clínico:

- Excesso de peso,
- Hipertensão sem complicações,
- Alteração dos lípidos,
- Surdez,

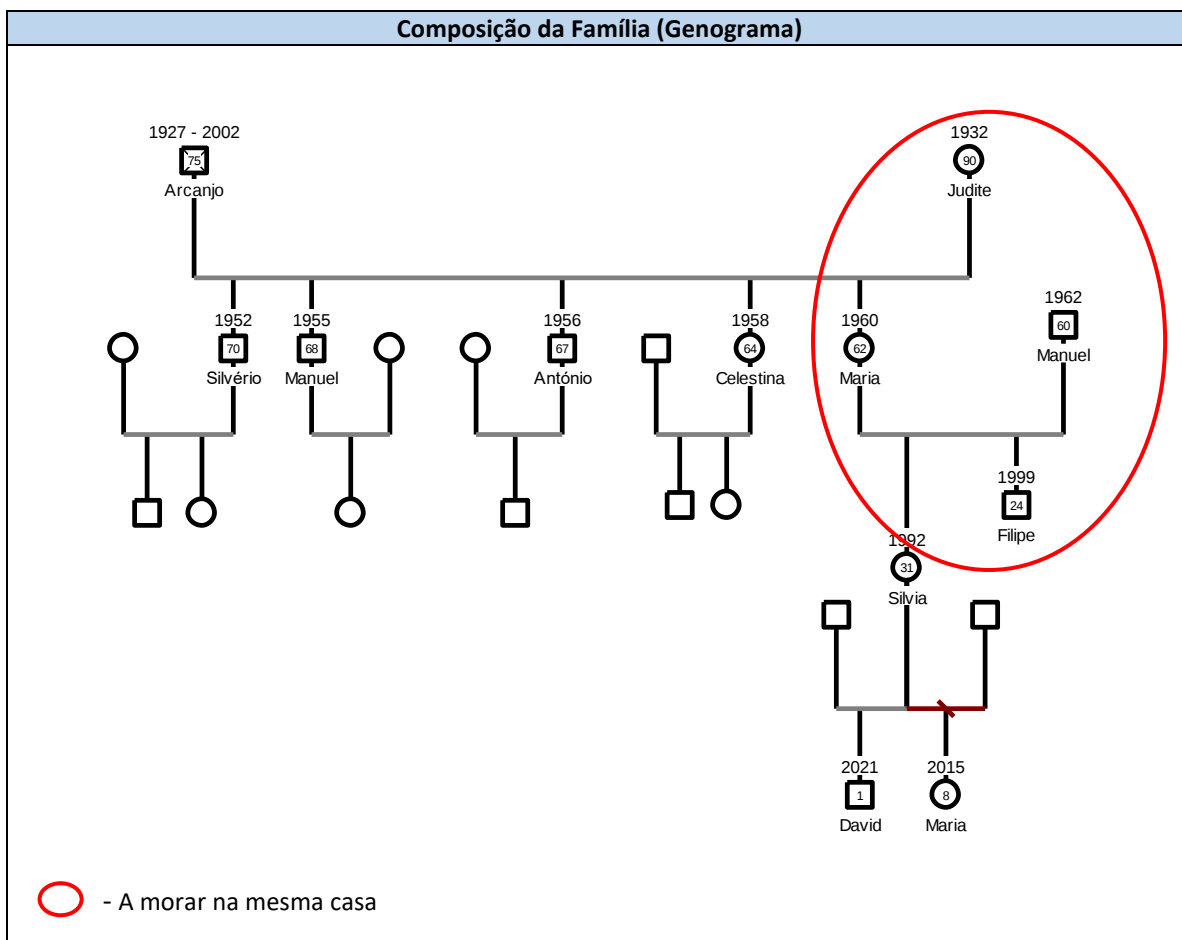


Figura 11 - Genograma da família 6

Os outros filhos de Judite nem todos os meses visitam a mãe. Segundo a irmã Maria, as suas visitas duram cerca de 5 minutos, acabando por nem se sentarem. “Eles quando aqui estão falam para mim, não se dirigem a ela.”

A afilhada Joana por viver em frente, visita muitas vezes Judite. Maria considera que a mãe gosta desta visita.

Silvia, todos os dias almoça em casa de Maria e aos domingos passa lá mais horas. Muitas vezes ajuda a mãe com a higiene da avó.

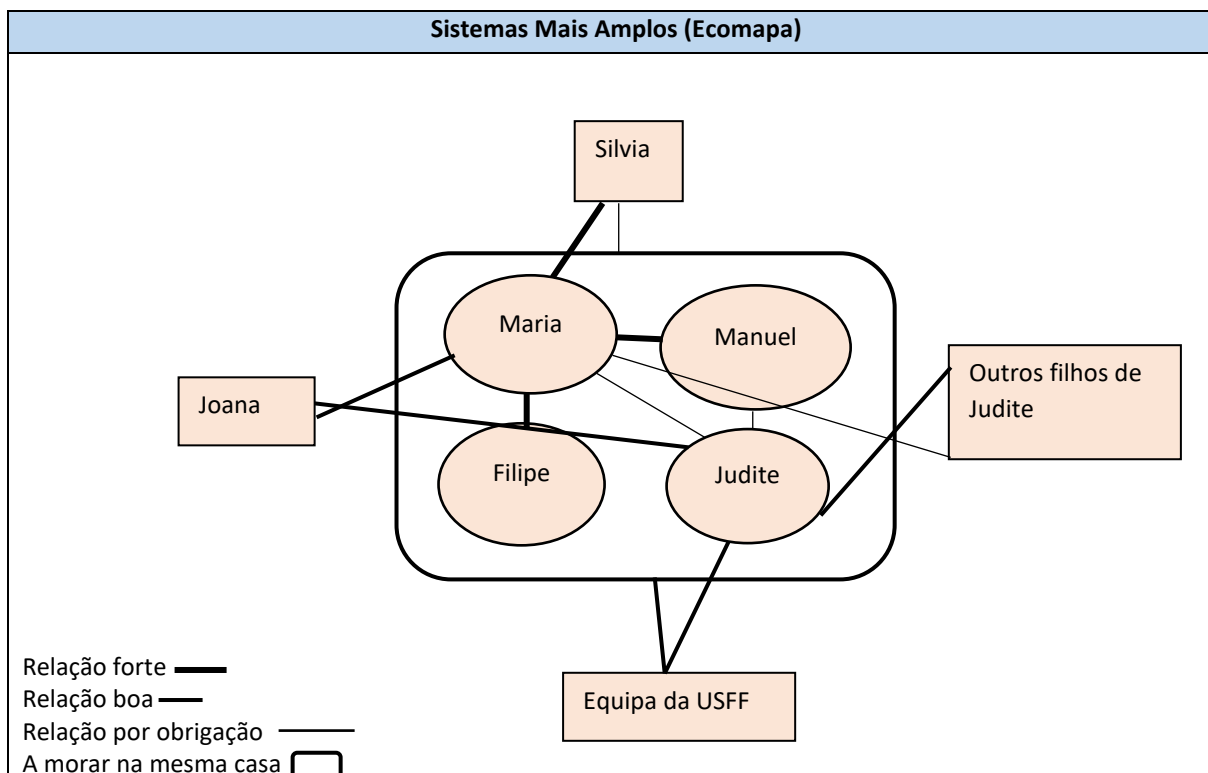


Figura 12 - Ecomapa da família 6

Com o intuito de desenvolver um plano de cuidados para esta família, fiz a avaliação estrutural recolhendo os dados nas diferentes consultas de enfermagem no domicílio, pela observação direta e pela entrevista familiar, onde pude constatar que:

- **Rendimento familiar** é classificado como suficiente segundo a família. O agregado familiar conta com a reforma de Judite, a sua pensão de sobrevivência e com o Complemento solidário para o idoso. Maria recebe a sua reforma, Manuel e Filipe recebem ordenado mensal;
- **Edifício residencial** é uma moradia de dois andares. No rés-do-chão existe um salão, cozinha e casa de banho. Tem também um terraço. No piso superior, a casa tem 3 quartos e uma casa de banho. A estrutura da casa é antiga, mas como ainda está a ser remodelada apresenta-se em excelente estado de conservação.
- **Animal doméstico** a família tem uma cadela e um gato, ambos vacinados e desparasitados, como confirmou Maria. Circulam fora da casa, num pátio fechado.

Maria é a familiar cuidadora de Judite. Apesar dos 90 anos de Judite e das suas limitações físicas como a incapacidade de andar, Judite é ainda capaz de participar e realizar sozinha muitas ações

no seu dia-a-dia graças à insistência da sua filha Maria “Ela não gosta, mas eu mando-lhe fazer muitas coisas, e deixo mesmo para ela fazer, não o faço”.

Em relação aos membros superiores, Judite é capaz de sozinha vestir e despir o casaco e o pijama “a parte de cima do pijama eu enfio-lhe na cabeça e ela acaba de vestir. Assim como o casaco, eu ponho-o sobre as costas e ela enfia os braços. A mesma coisa para tirar a roupa. Judite come pela própria mão, e é ainda capaz de participar na higiene da parte superior do corpo, tendo a familiar cuidadora de lhe fazer chegar os utensílios necessários.

Já nas atividades que implicam os membros inferiores, como dar pequenos passos, higienizar ou vestir, Judite é completamente dependente “a parte de baixo é que tenho de ser eu, ela não consegue”.

Envolver a pessoa dependente, motivá-la a intervir ativamente nas tarefas e elogiá-la, é fundamental para promover a autonomia no seu autocuidado. Torna-se essencial “efectuar reforços positivos e estimular a participação em actividades, de acordo com as capacidades da pessoa” (Sequeira, 2010, p. 146).

Foco: Papel de cuidador

No âmbito da avaliação funcional da família 6, o papel de familiar cuidadora de Maria não se apresentava completamente adequado pelos seguintes aspetos:

Dados de diagnóstico: Maria não conhece a correta eliminação da medicação vazia.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento de Maria sobre o regime medicamentoso.

Objetivo das intervenções: Melhorar o conhecimento de Maria sobre a eliminação da medicação vazia.

Intervenções sugeridas:

- Ensinar o familiar cuidador sobre eliminação adequada da medicação vazia;
- Ensinar o familiar cuidador sobre regime terapêutico.

Atividades que concretizam as intervenções:

- Explicar a Maria que as embalagens de medicação vazia ou fora do prazo de validade, devem ser entregues na farmácia devido ao risco de contaminação;

Avaliação de resultados das intervenções (22 Maio): Maria percebe a importância da correta eliminação da medicação.

Novo diagnóstico: Conhecimento de Maria melhorado sobre a eliminação da medicação vazia.

Maria considera que a mãe acha que ela tem o dever de tomar conta dela, porque Maria é a filha mulher mais nova, foi a última a sair de casa, casou aos 30 anos, tomou conta nos últimos tempos de vida da avó materna e do pai e tomou conta da sobrinha e afilhada até aos 5 anos.

Dados de diagnóstico: Existência de stress da familiar cuidadora.

Ao aplicar a Maria a escala de Zarit (Sequeira, 2010) (Anexo II) concluiu que existe uma sobrecarga ligeira deste familiar cuidador, dado que o resultado é 51.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o Papel de Cuidador: Sobrecarga

Objetivo das intervenções: Diminuir o stress do familiar cuidador

Para Sequeira (2010), o conceito de sobrecarga reporta-se ao conjunto das consequências que sucedem na sequência de um contacto próximo com um doente ou idoso dependente com/sem demência. A sobrecarga do familiar cuidador pode ainda ser encarada como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados, correspondendo à percepção subjetiva das ameaças, às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do familiar cuidador. Desta forma, é primordial uma intervenção do enfermeiro de família, adequada à sobrecarga identificada, de modo a prevenir uma institucionalização mais precoce.

Intervenções sugeridas:

- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Referenciar o familiar cuidador para grupos de apoio;
- Referenciar o familiar dependente para RNCCI;
- Promover estratégias de coping para o papel;
- Avaliar periodicamente o stress da familiar cuidadora, através da escala de Zarit.

Atividades que concretizam as intervenções:

- Explicar a Maria a importância de falar sobre as suas emoções relativamente ao papel de cuidadora, com o seu marido ou com os seus filhos;
- Identificar as situações geradoras de saturação;
- Ajudar a lembrar os sentimentos positivos que a prestação de cuidados a fazia sentir (quando foi cuidadora do pai e da avó) e replicá-los no presente;
- Elogiar a capacidade que Maria teve na altura, com os seus filhos pequenos e a morar numa casa diferente da do seu pai, em ali se deslocar várias vezes por dia e ser ela capaz de prestar cuidados ao pai, numa situação de final de vida, como a mesma relatou;
- Incentivar Maria a realizar pequenas atividades recreativas ao longo do dia, como tomar um café no estabelecimento em frente à sua casa ou sair 20 minutos para caminhar no final do dia;
- Informar a familiar cuidadora da existência do “descanso do cuidador”, referenciando Judite à RNCCI;
- Informar Maria sobre grupos formativos de familiares cuidadores, na UCC da área de abrangência da USF.

Avaliação de resultados das intervenções: Durante o período de estágio houve momentos em que Maria se mostrava mais otimista em relação ao seu papel de familiar cuidadora, manifestando através de frases como “sou feliz pela família que tenho” ou “não era capaz de não tomar conta da minha mãe, sei que ela comigo está bem cuidada”.

Uma vez que Judite faz com ajuda, transferências da cama para o cadeirão e para a cadeira-sanita e vice-versa, existe o risco de queda associado.

Foco: Queda

Dados de diagnóstico: Risco de queda associado às transferências de Judite

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do familiar cuidador para prevenir a queda

Objetivo das intervenções: Melhorar o conhecimento do familiar cuidador para prevenir a queda

Intervenções Sugeridas:

- Avaliar risco de queda;
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da queda;

Atividades que concretizam as intervenções:

- Aplicar escala de quedas de Morse;
- Elogiei a familiar cuidadora pela sua prestação no que toca à prevenção da queda;
- Ensinei a Maria como devia atuar em caso de queda da mãe, facultando-lhe alguns contactos.

Em relação aos restantes elementos da família, Manuel e Filipe, o único contacto possível com ambos foi através do preenchimento dos questionários relacionados com o processo familiar. Ambos trabalham em fábricas, onde o horário não é rotativo e coincide com o horário de desenvolvimento do meu estágio profissional. Também não houve a possibilidade destes utentes se deslocarem à USF durante o meu estágio profissional, pelo que não desenvolvi os seus planos de cuidados de enfermagem individuais.

3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de saúde familiar

No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, cabe a este ser capaz de gerir, articular e mobilizar recursos que sejam necessários à prestação de cuidados à família, a nossa unidade de cuidados.

Deste modo, e de acordo com a temática desenvolvida durante este estágio profissional, que aborda as famílias com um membro com elevado grau de dependência, é transversal a todas elas a existência de um ou mais cuidadores. O tema do cuidador informal é uma questão muito pertinente nos dias de hoje, face ao envelhecimento populacional, e implicada está ao intervirmos em famílias que revejam nos seus papéis familiares, o papel de cuidador.

O reconhecimento do Estatuto do cuidador informal reporta-se a Setembro de 2019, mas o Decreto Regulamentar do mesmo é bastante recente, Janeiro de 2022, onde explicita as medidas específicas de apoio ao cuidador informal e à pessoa cuidada.

Por estas razões, planeei na USF em colaboração com o enfermeiro orientador e dirigida a toda a equipa de enfermagem, um momento de formação com o intuito de reflexão acerca do papel de cuidador, nos dias de hoje. Este momento constituiu uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados por todos os elementos da equipa de enfermagem, onde desenvolvi um papel dinamizador no desenvolvimento de um momento de partilha e reflexão de intervenções instituídas no âmbito do papel do familiar cuidador.

De acordo com a responsabilidade profissional, ética e legal, mantendo o sigilo de dados pessoais, respeitando a opinião do resto da equipa e procurando sempre a melhor evidência científica com o intuito de respeitar a verdade mais atual, a sessão decorreu no dia 25 de Maio de 2023, numa sala de reunião da USF, e teve sensivelmente a duração de 60 minutos. A partilha aconteceu com a ajuda de uma apresentação em power point (Anexo III), e tinha como principal objetivo abordar o tema reconhecido por todos, e fomentar a discussão em torno do que é ser cuidador de outro, os sinais de sobrecarga possíveis de se manifestarem, bem como o papel do enfermeiro de família perante a existência de sobrecarga do cuidador, e a importância do enfermeiro de família na prevenção de situações limite que coloquem em causa a prestação de cuidados pelo cuidador informal.

Assim, elaborei uma apresentação onde constava os objetivos da mesma, a definição de conceitos pertinentes como o de cuidador informal, principal e de pessoa cuidada. A todos foi possível assistir a um vídeo onde era patente três exemplos de cuidadoras dos respetivos maridos, e o qual foi motivo de discussão e reflexão. Ao longo da intervenção dos diferentes elementos da equipa de enfermagem, onde pelo menos um já tinha sido cuidador e todos os outros contemplam nas suas listas utentes que prestam cuidados, fui capaz de assumir e liderar a reunião, da qual brotaram conclusões também patentes num segundo vídeo partilhado “Cuide de si, cuide dos seus” do Manual do Cuidador – Cuide de Si partilhado pelo Governo dos Açores. Num terceiro momento, fui capaz de gerir e introduzir o papel do enfermeiro de família na temática analisada, pelo que foi interessante descobrir com os enfermeiros presentes, as possibilidades de possíveis intervenções perante a família com elemento dependente, perante a existência de um elemento da família que desempenha o papel de familiar cuidador, perante a implicação que ser cuidador tem nas restantes relações familiares e, perante os sinais de

sobrecarga do cuidador. Concluiu-se que aspetos como os recursos financeiros da família, a informação a que a família tem acesso, e o suporte emocional prestado são fatores condicionantes e promotores de bem-estar que tornam a prestação de cuidados num momento de gratificação. A título de conclusão, questioneei a previsão futura de quem cuida e de quem é cuidado. Perante a apresentação de indicadores da OCDE, 2021 ficou claro para todos que a tendência futura passa por cuidados mais formais e profissionais, já que a condição de cuidador está condicionada por vários fatores, como por exemplo a diminuição do número de elementos da família. Isto corrobora a importância do papel do enfermeiro de família na vida das famílias que “cuidam” dos seus.

Considero ter conseguido zelar sempre pelo autoconhecimento e pela assertividade, já que baseei a minha praxis clínica especializada em evidência científica.

Ao liderar e colaborar neste processo de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar, numa unidade de saúde familiar com enfermeiros que desenvolvem a sua prática clínica no seio familiar, pude concluir pela aplicação de um breve questionário (Anexo IV) que esta apresentação promotora de discussão e reflexão, aumentou o seu conhecimento e capacidade de reconhecimento e de intervenção como enfermeiros de família.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No capítulo anterior apresentei e analisei seis famílias na etapa do ciclo vital familiar com filhos em idade adulta segundo Relvas, e analisei o processo de cuidados, onde salientei os resultados mais relevantes de cada uma. Analisar a etapa do ciclo vital da família, bem como a escala de Graffar de cada uma, permitiu-me conhecer e caraterizar de uma forma mais intrínseca cada família. A etapa do ciclo vital na qual a família se mantém é um pretexto ao conhecimento de todo o agregado familiar, bem como a restante família extensa e a rede social. Já a questão social desenhada por Graffar tornou-se um complemento da minha atividade, pois parece-me importante saber de aspetos como o rendimento ou o tipo de habitação, para adequar a minha intervenção.

Desta forma, este é o espaço e o momento mais indicado para uma síntese e discussão de carácter mais particularizado.

Atendendo aos objetivos inicialmente propostos, passo a refletir sobre a minha intervenção sistémica a nível familiar suportada em modelos fundamentais da dinâmica familiar como o MDAIF e o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), bem como a Teoria das forças familiares. Estes modelos tornaram-se fundamentais pela orientação que proporcionam ao enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde familiar, no alcance da sua melhor prestação de cuidados à família.

Igualmente, ao longo destes meses de estágio profissional tentei abordar cada elemento das 6 famílias, sendo que a maioria eram compostas unicamente pelo próprio elemento dependente, característica transversal a todas, o que na minha opinião significa a tendência europeia em respeitar a preferência da pessoa idosa em permanecer na sua casa até ao final da sua vida, promovendo os cuidados domiciliários e na comunidade (OCDE, 2021) como o recurso a cuidadores pagos e a prestação de cuidados por equipas profissionais de centros de dia, com a ajuda da família extensa e como é óbvio do enfermeiro de família.

Esta abordagem individual torna-se mais complexa e de difícil implementação quando falamos de famílias alargadas, que contemplam indivíduos em idade adulta e ativos profissionalmente,

que por questões profissionais e de horários não têm a mesma disponibilidade de acesso por parte do enfermeiro de família, a não ser que sintam necessidade de cuidados físicos, e dessa forma procurem os cuidados na unidade de saúde. No entanto, pela curta duração deste estágio, nem sempre esses momentos de cuidados se proporcionaram o que tornou impossível o contacto direto com todos os elementos das famílias descritas. Assim, o elemento dependente da família ou a díade familiar cuidador-pessoa cuidada tornou-se o epicentro da minha intervenção nas famílias mais numerosas, intervindo indiretamente nos restantes elementos familiares, através da implementação de questionários e pela construção de um processo autónomo de promoção da saúde familiar com a participação ativa de todo o agregado familiar.

Este estágio profissional e concomitantemente este relatório, bem como a minha experiência profissional de 16 anos em cuidados de saúde primários, contribuíram para a concretização das principais competências elencadas pela nossa Ordem profissional para a prestação de cuidados, como enfermeiro especialista em Saúde Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar. Assim, 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, foi o foco de todo este trabalho, como se pode constatar ao analisar os diferentes planos de cuidados familiares/individuais. Embora diferentes áreas quer a nível familiar, quer a nível individual fossem trabalhadas, apenas os temas identificados como necessidades foram alvo de intervenção realizada à família como unidade de cuidados e aos seus elementos individualmente. Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar, foi também um momento enriquecedor a nível pessoal e profissional como já foi relatado num capítulo anterior deste relatório. Toda a minha atividade clínica foi premiada pela ética e pela legalidade inerente à profissão de Enfermagem, como por exemplo no que toca ao respeito pelo próximo e na confidencialidade das informações recebidas das famílias.

A título das competências específicas delineadas pela Ordem dos Enfermeiros e publicadas em diário da república, a 16 de Julho de 2018, fui capaz de:

- **Estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.** Através da realização de consultas de enfermagem no domicílio da família, respeitando os horários das refeições e das atividades das mesmas, sem limite de tempo por consulta e oferecendo espaço ao diálogo livre. Por entre diversos momentos de entrevista familiar, foi gratificante

conhecer a história destas famílias, as suas particularidades, estabelecer com as mesmas os seus objetivos para as minhas intervenções, identificando as suas forças e recursos existentes como os apoios da família extensa, a consciencialização e capacitação do familiar cuidador no processo de cuidar, o recurso a atividades recreativas, entre outras. Aprimorando a qualidade dos cuidados prestados por mim enquanto enfermeira de família, auxiliei as mesmas para que os momentos de crise e situações de transição se revelassem potenciadores do crescimento, união e gratificação familiar.

- **Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família.** A colheita de dados é uma fase crucial no processo de cuidados de enfermagem. Pela colheita de dados concretizada por cada família, que foi transversal a todas as consultas de enfermagem, foi possível avaliar a fase estrutural, de desenvolvimento e funcional da família, pela utilização de instrumentos de avaliação familiar já referidos. A entrevista realizada aos elementos da família capazes de responder, a observação clínica, a comunicação não verbal algumas vezes manifestada por lágrimas ou sorrisos, a aplicação de instrumentos como escalas, ajudaram-me nesta etapa.
- **Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.** Todas as famílias apresentadas encontram-se numa fase estável do seu percurso, por se encontrarem no último estágio do ciclo vital familiar e pela transição saúde-doença do seu elemento dependente já decorrer há alguns anos, à exceção da família 2. Ainda assim, foi exigente a mobilização de conhecimentos de enfermagem, como de psicologia ou outras áreas como a área social para a tomada de decisão em determinadas situações complexas como por exemplo a iniciação da alimentação por sonda nasogástrica ao familiar dependente ou a deteção de sinais de sobrecarga do familiar cuidador.
- **Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.** Toda a minha prática é baseada na evidência pela pesquisa e investigação realizada. Ao nível deste relatório é perceptível a evidência científica patente em muitas intervenções de enfermagem assim justificadas, como referências bibliográficas enunciadas, bem como no enquadramento teórico.
- **Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.** Uma abordagem exaustiva e especializada da cada família, utilizando os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado em Saúde

Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, permitiu concluir que na maioria das famílias não existia necessidade de intervenção enquanto enfermeiro especialista. No entanto, naquelas em que determinado comportamento não era o mais adequado, como por exemplo a eliminação adequada dos medicamentos, fui capaz de identificar esse comportamento, intervir pelo diálogo junto da família, motivando para estratégias favoráveis ao ambiente e alterando o comportamento....

- **Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.** A existência de um elemento da família com elevado grau de dependência, é na verdade uma situação complexa que se reflete globalmente na família. No caso destas famílias, sendo uma situação de longa duração, acaba por se repercutir na saúde e bem-estar dos outros elementos da família. Deste maneira, encorajei a família a partilhar a sua história, promovendo o processo de consciencialização dos seus membros com base na identificação das forças, por reconhecimento de situações e experiências anteriores vividas, que se manifestam agora como oportunidades de crescimento e de mudança. A avaliação da estrutura familiar, como a realização do genograma e do ecomapa permitiu-me perceber de maneira especializada cada família, dados como o rendimento familiar, a observação das condições habitacionais, ou a percepção das condições de segurança pela família, ajudou-me a constituir intervenções especializadas adequadas à família. Assim também, a avaliação do desenvolvimento da família foi fundamental na percepção dos vínculos e relações na família, mas também com a família extensa, vizinhos e até com a equipa da USF. A avaliação funcional da família, deveras importante pela comunicação implícita e imprescindível, nem sempre viável de ser abordada no caso das famílias unipessoais. Nas outras famílias, a comunicação verbal e não verbal, bem como a comunicação emocional foram aspetos elencados no favorecimento da dinâmica familiar. Várias intervenções estabelecidas com estas famílias assentaram na comunicação na família.
- **Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.** A prática da enfermagem em saúde familiar é um contexto no qual me sinto familiarizada. Ao longo dos últimos meses, os momentos de contacto com as famílias em estágio profissional, aliaram-se a momentos de reflexão acerca da particularidade das intervenções do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, quer na transposição da minha atividade para este relatório, quer na minha atividade profissional de enfermeira com as “minhas” famílias.

Ao longo deste estágio profissional senti necessidade de realizar pesquisa sobre temas como o envelhecimento populacional, temas incidentes no familiar cuidador, famílias com membros dependentes...esta pesquisa permitiu-me refletir sobre a minha prática e adequar as minhas intervenções como enfermeira de família. Incrementei conhecimento nas famílias, mas também aprendi com as mesmas, cresci enquanto pessoa e enriqueci como enfermeira de família. Com a equipa da USF, enfermeiros, médicas e administrativas, houve a necessidade de interagir e trabalhar em equipa para proporcionar às famílias e seus elementos os melhores cuidados.

- **Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.** Após a implementação do plano de cuidados a cada família, interessa perceber se houve ganhos em saúde, nomeadamente na obtenção de conhecimentos e alteração de comportamentos. A avaliação dos resultados nas famílias foi realizada através de perguntas objetivas, observação que permitiu constatar que se adquiriu o novo comportamento, assim como a reação positiva manifestada pela pessoa aquando da intervenção, o que me convenceu da sua futura aplicabilidade, em consultas de enfermagem domiciliárias posteriores.

De uma forma geral, considero as competências específicas de enfermeiro especialista em Saúde Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, alcançadas durante este estágio profissional. Obviamente que este acompanhamento das diferentes famílias implicaria uma atuação da minha parte mais prolongada no tempo, já que todo o processo de estabelecer uma relação de confiança e terapêutica assim o exige, e isso melhoraria o nível de conhecimento das famílias e sequencialmente enriqueceria a minha intervenção enquanto especialista.

CONCLUSÃO

Este momento final do relatório é propício para extrair as principais conclusões deste estágio de natureza profissional e fazer referência às limitações do trabalho, bem como propor algumas sugestões que poderão contribuir para trabalhos futuros com o sentido de melhorar a forma como se cuida.

De um modo geral e subjetivo, posso adicionar à descrição comum destas famílias características como sendo famílias de poucos recursos humanos, económicos, mas mesmo assim, organizadas e esforçadas no sentido de cuidar da melhor forma do seu elemento idoso e dependente, promovendo o conforto físico, emocional e social. Quando o idoso dependente vive só ou com o seu cônjuge, geralmente a curta distância reside pelo menos um filho, que assume a figura de cuidador principal ou secundário. Nesta perspetiva, o papel do enfermeiro de família é particularmente importante pela gestão que este é capaz de fazer na rede familiar e social que a pessoa dependente se insere, como por exemplo na avaliação e gestão das atividades do autocuidado, que como pude constatar estão distribuídas por diferentes elementos, necessitando de melhorar os conhecimentos e a capacidade para atingir a mestria dos cuidadores na vivência dessa transição complexa. Este é um cenário cada vez mais patente na nossa sociedade, causado pelo isolamento social a que cada vez mais os nossos idosos estão expostos.

A nível do familiar cuidador principal ficou marcado o sentimento de obrigação, solidariedade, dever moral e social subjacente à determinação de cuidar dos seus. Este papel foi, na grande maioria, representado por mulheres, esposas ou filhas, todas elas já consideradas idosas. Mas apesar do predomínio das mulheres, a participação dos homens também foi sentida, salientando a relevância que os familiares cuidadores dão ao fato de priorizar os cuidados à pessoa dependente no seu domicílio.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2023), “o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade. Toma-se como cliente, a família como unidade de cuidados, valorizando simultaneamente a

relação multifacetada entre a saúde individual dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade (unidade)”.

Muito embora as famílias aqui retratadas tenham-se mostrado já organizadas na resposta às suas necessidades, o papel do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar é fundamental na promoção da saúde familiar, reconhecendo o potencial interno inerente a cada família e capacitando-as para que, mobilizando os seus recursos e potencialidades, possam responder de forma adequada no sentido do restabelecimento do equilíbrio familiar. Embora, a meu ver fosse difícil encontrar em contexto de estágio, mas seria muito mais enriquecedor a abordagem de famílias numa fase inicial da dependência do seu familiar, pois considero que nessa altura a intervenção do enfermeiro de família é fundamental e os ganhos em saúde para a “família” seriam notórios e de real satisfação para mim enquanto aluna deste mestrado.

Assim, considero este mestrado adequado às necessidades em saúde dos dias de hoje, mas considero ainda o tempo do estágio de natureza profissional demasiado curto para que o enfermeiro de família possa fazer a diferença nas famílias abordadas. A meu ver, a empatia e a confiança necessária no estabelecimento de uma relação terapêutica, merece muito mais do que o tempo despendido, ainda mais quando perspetivamos intervir em seis famílias, como foi o meu caso.

A prática baseada na evidência foi usada por mim na avaliação cuidada e intervenção de cada família, na elaboração dos diagnósticos, na definição de objetivos, nas intervenções ajustadas e na avaliação de resultados. A relação terapêutica conseguida com a maioria dos membros das famílias abordadas, proporcionou a identificação de algumas forças, recursos internos e externos, crenças, significados e medos dos mesmos. Perante situações complexas de saúde e dependência vividos, fui capaz de ajudar as famílias a dirigir a sua evolução e normalização, pela capacitação dos seus membros, nas áreas trabalhadas como o autocuidado.

Tornou-se claro, o importante papel que o elemento cuidador principal tem no bem-estar do membro dependente e na família como unidade, contudo é imperativo atuar na sua sobrecarga e no seu bem-estar, devendo este ser entendido, não apenas como parceiro de cuidados, mas também como alvo destes, uma vez que enfrenta também uma transição que aumenta a sua vulnerabilidade. Mais uma vez, destaco o papel do enfermeiro de família na identificação precoce dos sinais de sobrecarga do familiar cuidador, já que este profissional é visto pela família como um elemento de proximidade e confiança.

A elaboração deste relatório contribuiu para o constante desenvolvimento e aumento de conhecimentos, através do incentivo à vivência de experiências de aprendizagem, que refletem a família como um todo, como um agente dinâmico na promoção da saúde de cada um dos seus elementos, e que inquestionavelmente representa o foco da enfermagem de família.

Alguns constrangimentos e dificuldades foram sentidas neste estágio profissional, como a dificuldade acrescida de encontrar conteúdo teórico acerca da família “cuidadora”, e o tempo escasso para toda a pesquisa de evidência relacionada com as diversas famílias e todos os seus elementos. Como já referi nesta conclusão, a curta duração do estágio foi o elemento mais limitador no alcance de conclusões mais abrangentes, mas, inquestionavelmente, um marco importante, um momento de crescimento pessoal e profissional, permitindo-me desenvolver conhecimentos e adquirir competências, mais especificamente no âmbito da enfermagem na área de saúde familiar.

BIBLIOGRAFIA

Amaro, F. (1990). Escala de Graffar adaptada. Em: Costa A.B., Leitão, F.R., Santos, J., Pinto, J.V. & Fino, M.N. (1998). Currículos funcionais 2º vol. Lisboa, Portugal: Instituto de Inovação Educacional.

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Climepsi Editors (ed.)).

Araújo, I. (2010). Cuidar da família de um idoso dependente: Formação em enfermagem. Tese Doutoramento em ciências da enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Barbosa, F., & Matos, A. D. (2014). Informal support in Portugal by individuals aged 50+. *European Journal of Ageing*, 11(4), 293–300. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0321-0>.

Bergstrom, N., Braden, B., Boynton, P., & Bruch, S. (1995). Using a research-based assessment scale in clinical practice. *Nursing Clinics of North America*.

BI – CSP – SNS. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários; <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>.

Cejalvo, E., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C. e Aguiarre-Morales, M. (2021). Caregiving Role and Psychosocial and Individual Factors: A Systematic Review. Switzerland. Academic Editor: Russell D'souza. *Healthcare* 2021, 9, 1690. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121690>

Campos, M.J. (2008). Integração na família de uma pessoa dependente no auto-cuidado – Impacte da acção do enfermeiro no processo de transição. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto e ciência da Saúde da universidade Católica Portuguesa, Porto.

Campos, M.J. (2019). Contributos para um modelo de gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem nas equipas de cuidados continuados integrados. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Porto.

DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. nº 108 de 06 de junho; Diário da República I Série – A, 3856 a 3865.

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro; Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22.

Decreto-Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro; Diário da República n.º 171/2019, Série I de 2019-09-06.

Departamento de Prestações e Contribuições. (2023). Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal. Portugal: Instituto da Segurança Social.

Direção Geral de Saúde (2004). Circular Normativa n.º 13/DGCG – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde. Portugal.

Direção Geral de Saúde. (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 17/2011. Ministério da Saúde. Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2011). Circular Normativa nº 054/DGCG - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Ministério da Saúde. Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2019). Circular Normativa nº 008/GCG - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Ministério da Saúde. Portugal.

Duvall, R., Miller, B. (1985). Marriage and family Development. New York: Harper & Row, Publishers.

Funnell, M., & Weiss, M. (2008). Patient empowerment: the LIFE approach. European Diabetes Nursing, 5(2), 75-78. doi: 10.1002/edn.114.

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

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

Hopeck, P. (2018). Care Providers' Integration of Family Requests in End-of-life Communication: Understanding What to Do and Why to Do It. University of Pennsylvania. Health communication 2018, Vol. 33, no 10, 1277-1283.

Imber-Black, E. & Roberts, J. (1989). Rituals in families and family therapy. New York: W W Norton & Company.

Instituto Nacional de Estatística.pt. Censos 2021: o que nos dizem os censos sobre as dificuldades sentidas pela população com incapacidade https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt.

International Council of Nurses. (2011). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE versão 2 - Tradução Oficial Portuguesa)*. Lisboa Ordem dos Enfermeiros.

Louro, M. (2009). Cuidados Continuados no Domicílio. Tese de Doutoramento em ciências da enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Mahoney, F.I. e Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. Maryland State Medical jornal. ISSN 1608-7801. Vol. 14.

McCubbin, M.A., & McCubbin, H. I. (1993). Family coping with health crises: The Resiliency Model of Family Stress and Adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissel, & P. Winstead-Fry (Eds.), Families, health and illness. Perspectives on coping and intervention (pp. 21-63). New York: Mosby.

Michaels, J., Chen, C. e Meeker, M.A. (2022). Navigating the caregiving abyss: A metasynthesis of how family caregivers manage end-of-life care for older adults at home. Palliative Medicine 2022, Vol. 36(1) 81 –94.

Monteiro, C. P. P. (2016). Cuidadores informais de pessoas com demência - percepções e necessidades socioeducativas [Instituto Politécnico de Bragança]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/13909>.

Morse, J., et. al (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging., Vol. 8, Nº 4, p. 366-377.

OCDE. (2017). Health at a Glance 2017 - OECD Indicators. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2021). Health at a Glance, OECD Publishing.

Olson, D. (1988). Family types, family stress and family satisfaction: a family development perspective. In C. Falicov, Family transitions: continuity and change over the life cycle. New York: Guilford Press.

Olson, D., McCubbin, H., Brnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1985). Family inventories revised. ST. Paul: University of Minnesota.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 126/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde familiar. Diário Da República, 35 (2), 8660–8661.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 367/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de saúde familiar. Diário Da República, 2 (124), 17384–17391.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018. 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. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição nº 1/2023 da mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de saúde familiar, de 10 de Março de 2023.

Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Organização Mundial de Saúde - OMS. (2000). Health Systems: Improving Performance. Geneve.

Petronilho, F. (2007). Preparação do Regresso a Casa. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. (2008). A transição da família para o exercício do papel de cuidadora. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Piedade, A. (2016). Os enfermeiros e a sobrecarga do cuidador informal dos idosos. Açores: Jornal Açoriano oriental.

Relvas, A.P. (1996). O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

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

Sampaio, D. (1984). Terapia Familiar Sistémica: um novo conceito, uma nova prática. Acta Médica Portuguesa, 5, 67-70.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência, Vols. II Série - n.º12.

Schumacher, K.; et al. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. Research in Nursing & Health, 23, 191–203.

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. The Journal of Family Practice 6.

Sundin, K., Pusa, S., Jonsson, C., Saveman, B. e Ostlund, U. (2017). Envisioning the future as expressed within family health conversations by families of persons suffering from stroke. Sweden. Scandinavian Journal of Caring sciences.

Watzlawick, P., & Weakland, J. (1975). Changements, paradoxes et psychothérapie. Paris: Ed. Du Seuil.

WHO. (2015). International statistical classification of diseases and related health problems (10th Revision (ed.); Fifth Edit).

Wright, L., & Leahey, M. (2002). Enfermeiras e Famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca.

Wright, L.M., & Leahey, M. (2008). Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4ª Ed. São Paulo: Roca.

ANEXOS

ANEXO I - Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal da Família 1

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

20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X				
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	X				
22	Em geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por ter de cuidar do seu familiar?	X				

ANEXO II - Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal da Família 6

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

20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X				
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por ter de cuidar do seu familiar?		X			

ANEXO III – Apresentação em power point

Cuidador informal

PARTILHA E REFLEXÃO

Mestre em Enfermagem em Saúde Familiar

Objetivos

Com este momento de partilha e reflexão pretende-se:

- Aumentar o conhecimento sobre o estatuto do cuidador informal;
- Identificar no cuidador sinais de sobrecarga;
- Melhorar a intervenção do enfermeiro na sobrecarga do cuidador.

Cuidador Informal

O **Estatuto do Cuidador Informal**, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, é um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio.

O **Decreto Regulamentar** n.º 1/2022, de 10 de janeiro, estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto do cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas.

Cuidador informal - é sempre o conjugue ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, ex: filhos, netos, bisnetos, trinotos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos.

Cuidador informal Principal - é o cuidador que cuida e acompanha a pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufera qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Pessoa cuidada - pessoa titular de complemento por dependência de 2º grau ou de subsídio por assistência de terceira pessoas, ou titular de complemento por dependência de 1º grau, desde que se encontre temporariamente acamada, ou a necessitar de cuidados permanentes, mediante avaliação pela Segurança Social.

Cuidador Informal

Portugal é um dos países da União Europeia com maior envelhecimento demográfico.

Estima-se que em Portugal existam mais de **800 mil cuidadores informais** que tratam de pessoas em situação de dependência.

<https://youtu.be/DnUXmuWII-s>

Sinais de sobrecarga do cuidador informal

<https://youtu.be/B-nwWuyYbDs>



Sinais de sobrecarga do cuidador

Papel do Enfermeiro de Família

A avaliação do bem-estar do cuidador informal é um foco de atenção importante.

- Identificar os cuidadores informais;
- Ensinar sobre a prestação de cuidados;
- Promover a formação e informação dos cuidadores;
- Referenciar para apoio psicossocial;
- Solicitar o Descanso do cuidador informal;



Papel do Enfermeiro de Família

- Articular com outras entidades, como o Apoio Centro de Dia;
- Dar a conhecer a Associação Nacional de cuidadores informais;
- Promover a participação dos demais familiares;
- Sensibilizar para a importância de estratégias eficazes para lidar com os sintomas de sobrecarga.



Promover o máximo bem-estar, tornando a prestação de cuidados um momento de gratificação e não um fardo.

Bibliografia

- Departamento de Prestações e Contribuições. (2023). Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal. Portugal: Instituto da Segurança Social.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2021). Health at a Glance, OECD Publishing.
- Petronilho, F. (2008). A transição da família para o exercício do papel de cuidadora. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Piedade, A. (2016). Os enfermeiros e a sobrecarga do cuidador informal dos idosos. Açores: Jornal Açoriano oriental.

Conclusão – OECD indicators, 2021

- Segundo dados da OECD: a diminuição **do tamanho da família**, o aumento da **mobilidade geográfica** e a participação das **mulheres no mercado de trabalho** significam que existe o risco de que menos pessoas estejam dispostas e sejam capazes de prestar cuidados informais no futuro. Juntamente com os efeitos do envelhecimento da população, isso pode levar a uma maior procura por serviços profissionais.
- Na Suécia, a redução do número de camas hospitalares destinadas a pessoas com mais de 65 anos, tem vindo a ser substituída pela prestação de cuidados na comunidade. Muitas pessoas desejam permanecer em casa o maior tempo possível, e a maioria dos países tomou medidas nos últimos anos para apoiar essa preferência e promover cuidados comunitários e domiciliários. ➡ troca entre cuidados informais e formais.

ANEXO IV - Questionário de avaliação de conhecimentos sobre “Cuidador informal”

Questionário de avaliação de conhecimentos sobre “Cuidador informal”



	Nada	Pouco	Bastante
A apresentação aumentou o meu conhecimento sobre o estatuto do cuidador informal			
A apresentação ajudou-me a identificar os sinais de sobrecarga do cuidador informal			
A apresentação orientou-me na intervenção perante sinais de sobrecarga do cuidador informal			

Sugestão de melhoria:

Obrigado!

ANEXO V – Planos de cuidados integrais das famílias, segundo o MDAIF

PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA 1

Papel de Prestador de Cuidados					
Dados de diagnóstico	Sim	Não	Não Aplicável	Critérios de diagnóstico	Juízo
Dimensões					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene				Não demonstrado: Se Um dos itens se situar no NÃO	Não demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Angelina		
Questionei Olívia sobre a frequência do banho? “O banho completo é à sexta-feira, mas todos os dias AM lava a cara, as mãos e esta zona protegida pela fralda. Não lava os pés porque estão protegidos por ligaduras, mas antes da queimadura lavava.” Observei, mais do que uma vez, aquando da realização dos tratamentos às queimaduras AM a dar banho a Angelina					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre o banho			X Não é Olívia que dá o banho		
Questionei ainda Olívia sobre a lavagem da boca? “A minha mãe não tem dentes e a placa já não segura na boca.” Mas e a boca, costuma lavar? Quando? “Não. Como ela não tem dentes, achei que não seria preciso.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a lavagem da boca		X			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem da boca		X			
Num dos momentos em que AM estava presente, questionei-a acerca da lavagem do cabelo: “O cabelo é lavado a cada 15 dias ou adiamos se a D. Angelina estiver constipada. Quando dá, usamos um grande resguardo e a D. Olívia costuma ajudar-me.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	X				
À observação, pude constatar que a fanerotomia não é uma necessidade.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fanerotomia			X		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Vestuário				Não demonstrado: Se Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
No ato de vestir ou despir a D. Angelina, costumam incentivá-la a movimentar os braços ou pernas, de modo a facilitar? Olívia: “Sim, e ela até dá um jeitinho com os braços. As pernas pouco mexe.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X				
A roupa de cama é adequada à estação do ano. A D. Angelina usa sempre camisa de dormir ou veste-lhe outra roupa? Olívia: “Usa sempre camisas de dormir abertas nas costas. Houve uma altura que ela teve uma ferida no fundo das costas e desde aí que usa sempre camisas, porque também é mais fácil de vestir e despir. De Inverno usa ainda uma ou duas camisolas interiores, conforme a temperatura.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima	X				
Olívia: “...que usa sempre, porque também é mais fácil de vestir e despir.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir	X			Não demonstrado: Se Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre despir	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Alimentar					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Angelina		
Quantas refeições faz Angelina e o que come em cada uma? Olívia: “Sou eu que faço a comida para mim e para ela. Ela come: • Pequeno almoço 9h e lanche 16h: café com muito pouco leite e tostas ou Nestum. • Almoço 12h e jantar 20h: Sopa de legumes com carne ou peixe ou ovo, costuma usar legumes do seu quintal e alterna entre carnes brancas e maruca, atum, pescada e cherne. Fruta ralada: maçã, pêra ou banana. • Ceia 23h: chá com tostas. Duas ou três vezes por semana dou estes iogurtes proteicos ao lanche.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado	X				
Olívia é quem prepara todas as refeições. Olívia: é tudo molezinho...muito bem ralado....”				Não demonstrado: Se Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos	X				

Tanto Olívia, como Elísio e Ana Maria estimulam Angelina para a deglutição dos alimentos. AM: “Temos de dar tudo muito devagar, porque já lhe custa engolir, mas devagarinho vai...” E ela não se costuma engasgar? Olívia: “Não. O meu irmão gosta de lhe dar a comida com a seringa, mas eu não gosto...eu prefiro levantar bem a cabeceira da cama e dar devagarinho.” Segundo a prestadora de cuidados: • Pequeno almoço 9h – Olívia que dá; • Almoço 12h – Ana Maria dá; • Lanche 16h – Elísio ou Olívia que dão; • Jantar 20h – Olívia ou Elísio que dão; • Ceia 23h (às vezes) – Olívia que dá.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentação oral	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Beber				Não demonstrado: Se Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Angelina		
E quanto aos líquidos? O que bebe a vossa mãe e com que frequência? Olívia: “tanto eu como o meu irmão ou a AM vamos dando água nas refeições e durante o dia....a minha mãe não gosta de sumos, é chá ou água”; “o Elísio enquanto está aí durante a tarde está sempre a dar-lhe golinhos de água...”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado	X				
Questionei a filha sobre a deglutição de Angelina em relação aos líquidos e observei Angelina a comer e beber. Angelina não apresenta dificuldade na deglutição. Ana Maria e Olívia dão-lhe líquidos com o copo ou com a colher. Já Elísio prefere dar os líquidos com a ajuda de uma seringa.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre administração de líquidos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Ir ao sanitário				Não demonstrado: Se Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Angelina		
Como Angelina não faz levante, usa sempre fralda que é trocada por rotina, segundo Olívia: • 8h – Olívia; • 12h – Ana Maria; • 15h30 – Olívia e Elísio; • 17h30 - Olívia e Elísio; • 21h – Olívia. Olívia: “...nunca fica muito tempo com a fralda molhada ou suja...” Quando estão 2 pessoas a trocar a fralda será mais fácil do que quando está sozinha? Como faz quando está sozinha? Olívia: “uso					

este lençol dobrado e atravessado na cama para me ajudar a virá-la. Custa um bocadinho mais, mas lá me vou desenrascando.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo				Não demonstrado: Se Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Angelina		
Olívia dorme no mesmo quarto da mãe numa cama de solteiro ao lado da cama da mãe. Como descreve o sono da sua mãe? Olívia: “Ela faz medicação para dormir, mas mesmo assim há alturas em que não dorme muito bem.” E o que considera não dormir muito bem? Olívia: “Acorda muitas vezes durante a noite, chama por mim, pela mãe dela e por mais uns quantos....e também demora muito tempo a adormecer.” E neste momento, acha que o sono de Angelina é reparador? Olívia: “Sim, tem andado a dormir bem. Eu canto-lhe para ela adormecer e ela dorme toda a noite.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador	X				
E durante o dia ela dorme? Quanto tempo? Olívia: “De manhã, antes e depois do banho vai dormindo, mas se chamarmos por ela, ela acorda logo. À tarde, o meu irmão vai conversando com ela para não deixar que ela esteja sempre a dormir.” Angelina vai fazendo pequenas sestas durante o dia, mas facilmente despertável. Olívia considera o tempo que o irmão passa com a mãe durante a tarde facilitador do sono noturno.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Atividade recreativa				Não demonstrado: Se Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Angelina		
Como consegue o seu irmão fazer com que Angelina se mantenha acordada durante a tarde? Olívia:” apesar de pouco falar a minha mãe gosta da companhia do Elísio, ela gosta que falem para ela...gosta de me ouvir rezar o terço à noite, e de ver televisão que tem no quarto mesmo em frente à sua cama.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer	X				

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado				Não demonstrado: Se Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Atividade física					
À observação direta Angelina consegue fazer pequenos movimentos, como abrir e fechar as mãos e mexer ligeiramente os braços quando estimulada a fazer por Olívia, Ana Maria e Elísio na prestação de cuidados.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X				
No que toca às mobilizações de Angelina, como e quando as fazem? Olívia: - Manhã – lateral esquerdo faz Olívia depois de mudar a fralda e dar o pequeno almoço; - Depois do almoço – lateral direito faz Ana Maria depois de fazer a higiene e dar o almoço; - Tarde – lateral esquerdo faz Elísio e/ou Olívia depois de mudar a fralda e dar o lanche; - Final do dia – ventral faz Olívia depois do jantar; - Durante a noite não faz alternância de decúbitos.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado	X				
Quando fazem essas mobilizações, costumam utilizar alguma estratégia para vossa ajuda? Olívia: “Quando somos dois, não, mas quando o faço sozinha uso este lençol e peço para ela me ajudar agarrando-se à grade da cama.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)	X				
Para além da cama articulada com grades, colchão de pressão alternada, são usadas almofadas nos posicionamentos, bem como calcanheiras de proteção.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico					Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Angelina		
Em relação à Diabetes por exemplo, o que sabe sobre esta doença crónica de Angelina? Olívia: “A Diabetes é uma doença do açúcar no sangue...” E percebe o porquê desta doença se manifestar na sua mãe? Olívia: “...acho que é por causa da idade dela...”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		X			

Sabe que tipo de complicações pode a sua mãe ter devido à Diabetes? Olívia: “Ela não tem complicações, mas vive aqui um vizinho perto que teve de cortar uma perna por causa dessa doença....mas ele fazia insulina e a minha mãe não faz.” E que cuidados deve ter para que a sua mãe não sofra do mesmo? Olívia: “Eu costumo ter muito cuidado com os pés e as pernas dela, mas infelizmente ela queimou-se nos dois por causa de uma botija de água quente que eu costumava deixar no fundo da cama.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		X			
A Olívia conhece a medicação que a sua mãe toma por causa da Diabetes? Olívia: “Sim. Eu conheço a medicação toda que a minha mãe toma, porque sou eu que peço a medicação, que compro e preparo todos os dias para ela tomar.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autovigilância				Não demonstrado: Se Um dos itens se situar no NÃO	Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Angelina		
As pessoas com Diabetes podem ter momentos em que o açúcar no sangue sobe muito ou desce bastante e esses episódios podem-se traduzir em situações de mau estar. Podendo até em alguns casos necessitar de apoio médico. Chamam-se crises de hiperglicemia no caso de o nível de açúcar estar muito alto ou hipoglicemia no caso do nível de açúcar no sangue baixar demasiado. Já alguma vez identificou alguma dessas situações na sua mãe? Olívia: “Não.”					
Consegue dizer um ou outro sinal que se Angelina manifestasse, a poderia levar a pensar que a sua mãe estava a viver uma destas situações? Olívia: “Não.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia			X Devido à alta dependência de Angelina		
E em relação à medição da tensão arterial, costuma avaliar? Olívia: “Não tenho esse aparelho em casa, mas o enfermeiro Jorge vê as tensões da minha mãe e as minhas muitas vezes e estão sempre boas. A médica também me disse que não é preciso andar sempre a ver as tensões.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial	X				
Antes da sua mãe ter estas feridas nos calcanhares, costumavam ver os pés com regularidade, para verificarem se não havia nenhuma mancha ou ferida? Olívia: “Sim, os pés e o resto do corpo...temos sempre muito receio porque ela já teve feridas logo depois de acamar e demoraram muito tempo até fecharem.”, “...eu nunca mais usei a botija de água quente, nunca pensei que isto pudesse acontecer...”					

Angelina apresenta neste momento 2 queimaduras em ambos os calcanhares, provocadas por uma botija de água quente, pelo que a vigilância dos pés está impossibilitada pelas ligaduras aplicadas. .					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Administração de medicamentos				Não demonstrado: Se Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Angelina		
À observação, Olívia guarda os medicamentos numa cesta, na sala da casa que é um local seco e arejado e livre da luz solar direta. No quarto de Angelina tem uma caixa com as divisórias referentes a cada dia da semana e alturas do dia.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos	X				
Como já referido anteriormente na Gestão do regime terapêutico, Olívia conhece toda a medicação da mãe, bem como a sua prescrição, uma vez que é ela quem a pede, compra, prepara e administra parte da medicação.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita	X				
Olívia não tem dificuldade em engolir a medicação? Que estratégias usam? Olívia: “Eu costumo partir a medicação em partes pequenas e damos junto com a comida ou com pequenas quantidades de água. Não é difícil, eu peço para ela engolir.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre administração de medicamentos	X				
Quando a medicação termina ou passa a sua validade, o que faz com ela? Olívia: “Quando vou à farmácia, deixo lá.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos	X				

Foco	Papel Prestador de Cuidados
Juízo	Não Adequado
Critérios diagnósticos	- Conhecimento do Papel Não demonstrado - Comportamentos de Adesão demonstrado - Consenso do papel SIM; Conflitos do papel NÃO; Saturação do papel NÃO
Objetivo das intervenções	Melhorar o conhecimento do papel de cuidador de cuidados relativamente aos diagnósticos não demonstrados na sua totalidade

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Papel Prestador de Cuidados Não adequado por Conhecimento sobre Autocuidado Higiene Não demonstrado	Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem da boca
	Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem da boca
Atividades que concretizam as intervenções: • Explicar a Olívia que mesmo não tendo dentes, a boca de Angelina deve ser higienizada diariamente, como fazem com as outras partes do corpo; • Dar a conhecer a Olívia utensílios usados na higienização da boca de pessoas dependentes;	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Papel Prestador de Cuidados Não adequado por Conhecimento sobre Gestão do regime terapêutico Não demonstrado	Ensinar PC sobre fisiopatologia da doença
	Ensinar PC sobre medidas de prevenção de complicações
	Ensinar PC sobre regime terapêutico
Atividades que concretizam as intervenções: • Perguntar a Olívia o que sabe sobre a Diabetes; • Explicar a Olívia o funcionamento do corpo humano em relação à insulina por este produzida e ao açúcar ingerido; • Identificar com Olívia as possíveis complicações da Diabetes e como as prevenir; • Salientar a importância que o regime terapêutico tem no bem-estar de Angelina;	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Papel Prestador de Cuidados Não adequado por Conhecimento sobre Autovigilância Não demonstrado	Ensinar PC sobre sinais de hipoglicemia
	Ensinar PC sobre vigilância dos pés
Atividades que concretizam as intervenções: • Explicar a Olívia o que é a hipoglicemia; • Enumerar e explicar possíveis sinais e sintomas de um episódio de hipoglicemia; • Ensinar a Olívia o que pode fazer no imediato de um episódio de hipoglicemia; • Explicar a Olívia em que circunstâncias deve chamar ajuda diferenciada; • Reforçar a necessidade de vigilância dos pés de Angelina; • Certificar de que Olívia dá todos os dias a medicação antidiabética oral a Angelina; • Incentivar à substituição do açúcar na preparação das refeições; • Incentivar Olívia a continuar a oferecer a Angelina líquidos durante o dia;	

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
Papel prestador de cuidados Adequado	13/03				

Dados avaliativos da Funcionalidade da Família – Crenças familiares	
Religiosas	Família católica. Desde o covid, Olívia deixou de ir à missa, mas costuma rezar o terço com a mãe no final do dia. Aos domingos, assistem às cerimónias religiosas na televisão. Olívia considera que a mãe gosta destas atividades.
Espirituais	
Valores	Confiança, respeito e responsabilidade “como os pais cuidaram de nós, nós devemos agora cuidar deles”

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS DE ANGELINA

Foco		Queimadura
Juízo	Presente	
Critério diagnóstico	Presença de tecido necrosado em ambos os calcâneos	
Objetivo das intervenções	Promover a cicatrização das queimaduras em ambos os calcâneos	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
Queimadura de 2º grau profunda nos calcâneos bilateral	Avaliar queimadura	
	Executar tratamento da queimadura	
	Vigiar penso da queimadura	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
• Observar, registar e monitorizar as características das queimaduras quanto às suas dimensões, pele circundante, tipo de tecido presente e características de exsudado; • Limpar queimaduras e aplicar apósito segundo a evolução cicatricial; • Aplicar ligadura; • Vigiar características do penso e registar; • Explicar à cuidadora da diminuição de sensibilidade que Angelina tem ao nível dos pés, quer pelo comprometimento vascular associado à idade, quer pela patologia da Diabetes; • Oferecer alternativa ao uso de botija de água quente, como por exemplo uma manta térmica previamente aquecida enrolada nos pés de Angelina.		

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
Queimadura de 2ª grau profunda em boa evolução cicatricial	06/02	06/03	13/03	21/04	
Processo de cicatrização concluído					19/05

Foco	Hipertensão
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	- Hipertensão na lista de problemas do utente - Medicação crónica anti-hipertensiva
Diagnóstico: Hipertensão, em grau reduzido por tensão arterial: 127/81 mmHg e frequência cardíaca 58 bpm	

Foco	Metabolismo Energético
Juízo	Diabetes
Critérios diagnósticos	• Diabetes não insulino dependente na lista de problemas do utente • Medicação crónica antidiabética • HbA1c de 6,2% em Outubro de 2022
Diagnóstico: Diabetes não insulino dependente controlada	

Foco	Autocuidado	
Juízo	Dependente	
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente	
Objetivo das intervenções	Promover o autocuidado de Angelina	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
Autocuidado dependente em grau elevado	Avaliar autocuidado	
	Avaliar conhecimento do cuidador para promover o autocuidado	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> demonstradas anteriormente na avaliação funcional da família.		

Foco	Queda	
Juízo	Risco de queda	
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente	
Objetivo das intervenções	Prevenir a queda	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
Baixo risco de queda	Avaliar risco de queda	
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da queda	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
• Aplicar escala de Morse; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção da queda, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família.		

Foco		Úlcera de pressão	
Juízo		Risco de úlcera de pressão	
Critérios diagnósticos		De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente	
Objetivo das intervenções		Prevenir a úlcera de pressão	
Diagnóstico		Intervenções Sugeridas	
Alto risco de úlcera de pressão		Avaliar risco de úlcera de pressão	
		Incentivar Angelina a posicionar-se	
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>			
• Aplicar escala de Braden; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção de úlceras de pressão, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família; • Falar para Angelina para esta ajudar no seu posicionamento;			

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS DE OLÍVIA

Foco	Hipertensão
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	- Hipertensão na lista de problemas do utente - Medicação crónica anti-hipertensiva
Diagnóstico: Hipertensão, em grau reduzido com tensão arterial 130/71 mmHg e frequência cardíaca 73 bpm	

Foco	Crença religiosa
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	- Considera-se crente? Olívia: “Sim”; - A sua crença religiosa é na religião católica? Olívia: “Sim”; - De que forma a sua crença interfere no seu dia-a-dia? Olívia: “Eu costumo falar com Deus no meu dia-a-dia, gosto de conversar com ele, peço-lhe por mim e pelos meus, por todos. Rezo muitas vezes o terço com a minha mãe à noite...sinto-me bem”;
Diagnóstico: Sem crença religiosa dificultadora	

Foco	Papel de Prestador de Cuidados
Juízo	Conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
Critérios diagnósticos	- Conhecimento sobre o papel de prestador de cuidados demonstrado; - Conhecimento sobre tomar conta demonstrado; - Conhecimento sobre hábitos de saúde demonstrado; - Conhecimento sobre recursos de saúde demonstrado; - Conhecimento sobre serviços de saúde demonstrado;
Diagnóstico: Conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta demonstrado	
Juízo	Potencial do prestador de cuidados para tomar conta
	- Consciencialização para tomar conta elevado; - Força de vontade expressa para tomar conta elevada; - Nível de participação e envolvimento no processo de ensino-aprendizagem elevado; - Nível de apoio percecionado dos familiares/amigos elevado; - Nível de apoio percecionado da rede formal moderado; - Nível de perceção acerca da sua capacidade para tomar conta elevado; - Nível de conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta elevado; - Nível de capacidade instrumentais para os cuidados necessários para tomar conta elevado; - Qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente elevado; - Experiência prévia para tomar conta moderado; - Antecedentes de sobrecarga para tomar conta não;
Diagnóstico: Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau elevado	
Juízo	Capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
	- Capacidade para tomar conta da alimentação; - Capacidade para tomar conta da higiene; - Capacidade para tomar conta da eliminação;

	• Capacidade para tomar conta do vestuário; • Capacidade para tomar conta do regime terapêutico; • Capacidade para tomar conta da prevenção de complicações associadas a processos corporais demonstrada;
Diagnóstico: Capacidade do prestador de cuidados sobre tomar conta demonstrado	
Diagnóstico: Papel de prestador de cuidados não comprometido	

Foco	Autocuidado: Atividade Recreativa	
Juízo	Comprometido	
Critérios diagnósticos	Olívia manifesta desejo em retomar algumas atividades como caminhar ou ir à missa, que deixou de fazer desde o início da pandemia	
Objetivo das intervenções	Promover o autocuidado: atividade recreativa	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
Autocuidado: Atividade Recreativa comprometida	Avaliar autocuidado: atividade recreativa	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
• Dar espaço para Olívia falar acerca das suas emoções; • Incentivar Olívia a partilhar as suas emoções com os seus irmãos, principalmente com Teresa quando falam ao telefone, por talvez desta maneira se sentir mais à vontade; • Planificar com Olívia as suas tarefas com Angelina, de modo a perceber se é possível estender algumas à família extensa; • Questionar as atividades lúdicas e sociais de que Olívia gosta e que deixou de fazer; • Incentivar Olívia a fazer caminhadas enquanto o seu irmão está em sua casa; • Incentivar Olívia a ir a uma missa de maneira a experimentar como se sente;		

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
Autocuidado: atividade recreativa não comprometida	21/04				

PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA 2

Papel de Prestador de Cuidados					
Dados de diagnóstico	Sim	Não	Não Aplicável	Critérios de diagnóstico	Juízo
Dimensões					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene					Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de João		
Questionei Camila sobre a frequência do banho? “Todos os dias lavo o corpo por zonas, lavo a zona genital, mãos, pés e cara. E sempre que troco a fralda, lavo com toalhas ou água e sabão.” Tive oportunidade de observar Camila a realizar a higiene do corpo de João.					

Quando questionada sobre o mesmo, ao fim de semana, Cristina: “O banho completo na cama, fazemos ao sábado e eu venho ajudar o meu irmão que aqui estiver nesse dia.”				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO
Conhecimento do prestador de cuidados sobre o banho	X			
João ainda tem dois ou três dentes. Não usa placa. No seu quarto tem uma esponja de higiene oral dentro de um copo. Questionei para o que a usam? Camila e Cristina: “Usamos para lavar a boca dele” “...molhamos na água do copo e escovamos a boca, todos os dias”				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a lavagem dos dentes/da boca	X			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário			X Os dentes que ainda tem não estão juntos	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes/da boca	X			
Segundo Cristina: O cabelo é lavado no banho completo ao sábado. Cristina e outro irmão fazem-no na cama com a ajuda de um resguardo e de uma bacia.				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	X			Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO
Cristina: “O Rui desfaz a barba ao nosso pai antes do banho. Ou vem cá na sexta-feira”				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fanerotomia	X			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Vestuário				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de João	
À minha observação a roupa de cama e os pijamas usados por João são adequada à estação do ano.				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima	X			
Os pijamas de João são largos e têm botões na parte superior para facilitar o vestir e despir. Ainda com intuito de vestir/despir João, têm um lençol dobrado e atravessado na cama.				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir	X			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre despir	X			

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Alimentar				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de João		
Anteriormente a esta situação de maior dependência, o senhor João já tinha apoio do centro de dia em relação à alimentação e mantém. Assim, durante a semana é Camila que prepara o pequeno almoço e lanche. Almoço e jantar são fornecidos pelo centro de dia. Pequeno almoço: papa láctea Almoço: sopa com proteína + fruta Lanche: gelatina ou iogurte proteico Jantar: sopa com proteína + fruta					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado	X				
Camila ou os filhos têm o cuidado de passar a varinha mágica de forma a ficar tudo bem passado para administrar via SNG. Cristina: “Notamos sempre alguns bocados inteiros na sopa e por isso costumamos passar a varinha mágica, mesmo na comida que vem do centro de dia, antes de dar pela SNG”. Ao fim de semana, os filhos que estão, preparam todas as refeições para o pai.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos	X				
Antes de dar a comida, Camila e os filhos elevam pouco a cabeceira da cama. A alimentação por SNG passou a fazer-se desde o internamento de João, em Fevereiro de 2023, assim Camila e os filhos demonstram pouco conhecimento sobre os cuidados a ter ao alimentar João.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentação por SNG		X		Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Beber					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de João		
No final de administrarem as refeições pela SNG, administram uma seringa de água, de forma a lavar a sonda e hidratar João.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado	X				
A ingestão de líquidos por SNG passou a fazer-se desde o internamento de João, em Fevereiro de 2023, assim Camila e os filhos demonstram pouco conhecimento sobre os cuidados a ter ao administrar líquidos a João.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre administração de líquidos		X			

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Ir ao sanitário				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de João		
João usa sempre fralda. Não usa a cadeira-sanita. Desde que tem a SNG, as dejeções são em pequenas quantidades, mas 3 ou 4 vezes ao dia, “...faz pouco e muitas vezes por dia”, segundo Camila. Num dia típico trocam a fralda de manhã, a meio da manhã, fim de almoço, a meio da tarde, fim da tarde e antes de dormir, pelo que pude apurar de todas as consultas de enfermagem.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	X			Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de João		
João está sempre muito sonolento, mesmo durante o dia, mas facilmente despertável. E durante a noite, como é o sono de João? Cristina: “Nas noites que aqui estou, ele dorme a noite toda. Às vezes tosse bastante, eu acordo e venho vê-lo, mas volta logo a adormecer”. João não faz medicação para dormir.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso	X				
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de João		
Católico assumido e praticante, deixou de frequentar a igreja quando a esposa faleceu. Os filhos notam que quando as cerimónias religiosas dão na televisão, que isso o agrada. Segundo a filha Cristina, “João gosta de ouvir rádio, ver televisão, ouvir a missa”. Os filhos costumam conversar com ele.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer	X			Não demonstrado se:	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Atividade física					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a			X		

importância de estimular a independência			Devido à alta dependência de João	Um dos itens se situar no NÃO	
João tem como preferido o decúbito lateral direito, o que coincide com a janela do quarto. Pelo que adota este de decúbito durante a noite. Em outras alturas do dia, alterna com o decúbito lateral esquerdo, e ventral para as refeições como me explica Camila.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado	X				
Antes dos internamentos de 2023, Camila e Cristina asseguravam a transferência de João para o sofá, no quarto depois de almoço, durante pelo menos 2 horas. No que toca aos outros irmãos, Cristina: “Eu acho que quando eles estão, também o fazem...” Desde os internamentos, João ficou mais debilitado e deixaram de o transferir da cama. Quando faziam essas transferências, costumavam utilizar alguma estratégia para vossa ajuda? Cristina: “Coloco o sofá encostado à cama, e depois de o sentar, agarro-o pelas calças e passo-o para o sofá. ”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)	X				
A sugestão da existência de um lençol dobrado atravessado na cama de João, que ajudasse nas mobilizações, foi bem aceite. Assim como a aquisição de uma cama articulada e um colchão anti-escaras que foram conselhos dados pelo enfermeiro de família em Dezembro de 2022, quando João acamou.				jO	Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de João		
Tanto Camila como Cristina não sabem descrever o processo fisiopatológico das principais doenças de João, como por exemplo a hipertensão arterial.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		X			
Tendo em conta a hipertensão de João, sabe-me enumerar algumas das possíveis complicações da doença, Cristina? “Não sei bem, mas acho que o problema que ele tinha nas pernas, era por causa das tensões altas.” “Agora estão sempre bem as tensões”. Dado o desconhecimento do processo de doença torna-se importante melhorar o conhecimento das medidas de prevenção.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		X			

É o filho Rui quem trata da gestão da medicação, faz o seu pedido, solicita as consultas e compra a medicação. Às vezes, Cristina compra a medicação.				Demonstrado	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autovigilância					Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de João		
Consideram a vigilância da tensão arterial de João realizada pelo enfermeiro de família aquando dos tratamentos de enfermagem suficientes.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial	X				
Camila e Cristina mostram conhecimento sobre a importância de vigiar os pés de João, assim como outras zonas do corpo de maior risco de desenvolver úlcera de pressão, “ele sempre teve muitas feridas nas pernas...temos receio”, por Cristina.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés	X			Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Administração de medicamentos					Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de João		
A medicação é guardada na sala, que é um sítio fresco e arejado.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos	X				
O filho Rui que pede a medicação e Cristina que por vezes a compra e a prepara para a semana conhecem toda a medicação de João.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita	X				
Como fazem para dar a medicação pela sonda? Camila: “Usamos um esmagador de comprimidos que está na cozinha ou retiramos a medicação das cápsulas. Depois eu junto um bocadinho de água e dou. E dou junto com as refeições para o resto da medicação não ficar no tubo”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre administração de medicamentos	X				

Quando a medicação termina ou passa a sua validade, o que faz com ela? Cristina: “Colocamos as caixas de medicação vazia no ecoponto”.			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		X	

Foco	Ferida		
Juízo	Presente		
Critérios diagnósticos	Presença de descontinuidade da pele no sacro		
Objetivo das intervenções	Cicatrização da úlcera de pressão		
Dimensões		Juízo	
Úlcera de pressão grau II na zona do sacro		Demonstrado	X
		Não Demonstrado	
	Intervenções Sugeridas		
	Avaliar úlcera de pressão		
	Executar tratamento da úlcera de pressão		
	Vigiar penso da úlcera de pressão		
Atividades que concretizam as intervenções:			
• Observar, registrar e monitorizar as características da úlcera quanto às suas dimensões, pele circundante, tipo de tecido presente e características de exsudado; • Limpar úlcera e aplicar apósito segundo a evolução cicatricial; • Vigiar características do penso e registrar; • Explicar a Camila a fisiopatologia deste tipo de feridas; • Incentivar à alternância de decúbito regular; • Explicar a importância de uma alimentação rica e variada;			

Foco	Hipertensão		
Juízo	Presente		
Critérios diagnósticos	• Hipertensão na lista de problemas do utente • Medicação crónica anti-hipertensiva		
Dimensões	Juízo		
Hipertensão, em grau reduzido por tensão arterial: 138/87 mmHg e frequência cardíaca 68 bpm	Demonstrado	X	
	Não Demonstrado		

Foco	Autocuidado
Juízo	Dependente
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente
Objetivo das intervenções	Promover o autocuidado de Angelina
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
	Avaliar autocuidado

Autocuidado dependente em grau elevado	Avaliar conhecimento do cuidador para promover o autocuidado
Atividades que concretizam as intervenções: demonstradas anteriormente na avaliação funcional da família.	

Foco	Queda	
Juízo	Risco de queda	
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente	
Objetivo das intervenções	Prevenir a queda	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
Baixo risco de queda	Avaliar risco de queda	
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da queda	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
• Aplicar escala de Morse; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção da queda, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família.		

Foco		Úlcera de pressão
Juízo	Risco de úlcera de pressão	
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente	
Objetivo das intervenções	Prevenir a úlcera de pressão	
Diagnóstico		Intervenções Sugeridas
Alto risco de úlcera de pressão		Avaliar risco de úlcera de pressão
		Incentivar Angelina a posicionar-se
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
• Aplicar escala de Braden; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção de úlceras de pressão, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família; • Falar para Angelina para esta ajudar no seu posicionamento;		

Foco	Alimentar-se	
Juízo	Dependente	
Critérios diagnósticos	• Cortar e preparar alimentos dependente, não participa • Abrir e fechar recipientes dependente, não participa • Colocar os alimentos nos talheres dependente, não participa • Levar os alimentos à boca dependente, não participa • Colocar os alimentos à boca dependente, não participa • Pegar e beber por copo ou chávena dependente, não participa • Concluir a refeição dependente, não participa	

Objetivo das intervenções	Ajudar os cuidadores a alimentar João através da SNG		
Dimensões		Juízo	
Alimentar-se dependente, em grau elevado		Demonstrado	X
		Não Demonstrado	
Alimentar-se	Intervenções Sugeridas		
	Monitorizar o alimentar-se		
	Alimentar através de sonda nasogástrica		
	Avaliar capacidade de Camila para alimentar através de sonda nasogástrica		
	Supervisionar Camila a alimentar		
Atividades que concretizam as intervenções:			
• Verificar se Camila (que é quem dá a maioria das refeições a João) constata o correto posicionamento da sonda antes de alimentar João; se alimenta corretamente João pela sonda nasogástrica; se posiciona João adequadamente antes e depois da refeição; se lava a sonda no final da refeição; e se inspeciona a cavidade oral após a refeição; • Demonstrar a Camila a técnica de alimentar através da sonda nasogástrica;			

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
Alimentar-se adequado	17/03	27/03	14/04		

PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA 3

Satisfação conjugal					
Dimensões	Sim	Não	Não aplicável	Crítérios de diagnostico	Juízo
Relação Dinâmica				Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens se situar no NÃO	Disfuncional
Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	X				
Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	X				
Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos		X			
Comunicação				Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não Itens 1; 2: Não Itens 1; 2.; 3: Não	Não Eficaz
O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um		X			
O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião		X			
Satisfação com o padrão de comunicação do casal		X			
Interação Sexual					Não Adequada

Satisfação do casal com o padrão de sexualidade		X		Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não Itens 1; 2: Não	
Conhecimento do casal sobre sexualidade	X				
Função Sexual				Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim Item 1: Sim e Item 2: Não	Comprometida
Disfunções Sexuais	X				
Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais			X		

Foco	Satisfação Conjugal		
Juízo	Não Mantida		
Critérios diagnósticos	• Relação dinâmica disfuncional • Comunicação Não Eficaz • Interação Sexual Não Adequada • Relação Sexual Comprometida		
Objetivo das intervenções	Melhorar a perspectiva de Aurora sobre a satisfação conjugal		
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas		
	Promover a comunicação expressiva das emoções		
	Promover a comunicação do casal		
	Planejar rituais familiares		
	Motivar para atividades em conjunto		
	Ensinar sobre sexualidade		
	Orientar para serviços (psicologia)		
Atividades que concretizam as intervenções:			
• Incentivar Aurora a conversar com o marido sobre os seus sentimentos; • Explicar a Aurora a importância de ela falar sobre as suas emoções na presença de José; • Ajudar José a através de gestos e/ou sorrisos expressar os seus sentimentos a Aurora; • Explicar a ambos que a sexualidade do casal está também presente nos gestos de cuidados de Aurora para com José e nos gestos de agradecimento e reconhecimento de José; • Organizar com Aurora pequenas atividades para fazer junto do marido, como ver um programa de televisão juntos, ou Aurora ler um livro com José;			

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
Satisfação conjugal mantida	20/03				

Papel de Prestador de Cuidados (PC)					
Dados de diagnóstico	Sim	Não	Não aplicável	Critérios de diagnóstico	Juízo
Dimensões					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene					Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de José		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre o banho			X Não é o PC que dá o banho	Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Questionei Aurora sobre a lavagem da boca e dos dentes de José? “Ele tem poucos dentes, e eu no fim das refeições dou-lhe sempre água para lavar a boca”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a lavagem dos dentes/da boca		X			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		X			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes/da boca		X			
Uma vez por semana é lavado o cabelo de José. Aurora: “gosto de ser eu a pentear o cabelo dele, todos os dias”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	X				
Em relação à barba de José, quem trata? É Aurora? Aurora: “É o meu filho José Augusto que desfaz a barba ao pai, ao fim de semana”.				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fanerotomia	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Vestuário					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de José		
À minha observação, tanto a roupa da cama como os pijamas de José são adequados ao clima.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir			X Não é o PC que veste José		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre despir			X Não é o PC que despe José	Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Alimentar					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de José		
Aurora é quem prepara e dá todas as refeições a José, segundo ela: Pequeno almoço: Nestum;					

• Meio da manhã: Gelatina; • Almoço: Sopa passada com carne ou peixe + iogurte proteico; • Lanche: 2 Gelatinas; • Jantar: Nestum. Em alguma altura do dia dá fruta ao seu marido? Aurora: “José não gosta de fruta”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado	X				
Que cuidados tem na preparação das refeições de José? Aurora: “Costumo ralar a sopa muito bem com a varinha mágica. Na sopa coloco muitos legumes, carne ou peixe”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos	X				
E a dar-lhe a comida, que cuidado tem? “Se ele estiver na cama, levanto a cabeceira e devagar vou-lhe dando com a colher ou com o garfo, para ele não se engasgar”. Aurora dá o pequeno-almoço e o jantar na cama e o almoço e lanche no cadeirão.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentação oral	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Beber					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de José		
José bebe sempre dois golos de água depois das refeições, depois de alguma insistência, de acordo com Aurora: “Tenho de insistir um bocadinho para ele beber”.				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado	X				
E dá a água pelo copo ou precisa de usar uma palha ou seringa? Aurora: “Não, ele consegue beber pelo copo” José não costuma engasgar-se? Aurora: “Não, se for devagarinho, não”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre administração de líquidos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Ir ao sanitário				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de José		
José usa sempre fralda, que é trocada: • Manhã: Apoio domiciliário do centro de dia; • Tarde: Apoio domiciliário do centro de dia; • Noite: Aurora e José Augusto.					

Como faz levantar para o cadeirão, não faz também para a cadeira sanitária? Aurora: “Temos aí uma cadeira dessas, mas eu sozinha não consigo lá coloca-lo. Às vezes, o meu filho põe-no lá, mas ele raramente pede”. José tem normalmente uma dejeção diária.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	X			Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de José		
Aurora, considera o sono de José um sono bom e reparador para ele? Aurora: “Sim, ele dorme a noite toda desde que o neurologista lhe deu uma medicação para dormir”. Aurora tem uma cama de solteiro na sala, junto à porta do quarto onde está José. É aqui que dorme? Aurora: “Já dormi, quando ele não descansava durante a noite. Ele chamava muito por mim e eu queria estar mais perto dele. Agora, durmo no meu quarto que é no piso de cima.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso	X				
Conhecimento do prestador de cuidados obre Autocuidado Atividade recreativa				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de José		
José tem televisão no quarto que está ligada durante o dia. Aurora: “Ele não liga muita à televisão, mas gosto de a ligar para ele não se sentir sozinho”. “Às vezes estou ali no jardim e algum ex-cliente dele ou vizinho passa e pergunta pelo José. Faço questão de o mandar entrar para o ver, acho que ele gosta da presença de outras pessoas” “Uma irmã minha, de vez em quando vem até aí e fica lá a falar para ele. Ele até sorri e quando ela lhe pede um beijinho, ele faz o gesto”. Aurora sorri.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Atividade física				Não demonstrado se:	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a			X		

importância de estimular a independência			Devido à alta dependência de José	Um dos itens se situar no NÃO	
Embora sejam pequenos movimentos que José consegue fazer, este é estimulado a fazê-los. José Augusto: “Ele consegue mexer-se bem....ora mostre pai à senhora enfermeira como consegue esticar as pernas” embora os movimentos não sejam significativos, existe o conhecimento da necessidade de incentivar ao movimento, mesmo aquando da presença do filho, que é capaz de mobilizar sozinho o pai.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado	X				
Segundo Aurora: Aquando da muda da fralda, as funcionárias do centro de dia mobilizam José para decúbito lateral esquerdo e direito. Entre o fim da manhã e a tarde, José fica no cadeirão. E durante a noite, costuma mudar José de posição? Aurora: “Durante a noite, ele fica sempre de costas”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)	X				
À minha observação, para além da cama articulada com grades, colchão de pressão alternada, são usadas almofadas nos posicionamentos, bem como calcanheiras de proteção.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico				Não demonstrado se:	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de José	Um dos itens se situar no NÃO	Não Demonstrado
Aurora não sabe descrever o processo fisiopatológico das principais doenças de José, como por exemplo da demência “Eu sei que ele não vai melhorar...não sei é como lhe apareceu isto...”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		X			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		X			
José Augusto é quem pede e compra a medicação de José. Aurora é quem administra a medicação a José. A senhora sabe para que serve toda a medicação que o seu marido toma? Aurora: “Sim. Ele já toma esta medicação toda há muito tempo” Aurora descreve sucintamente porque motivo José toma cada medicamento.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autovigilância					Demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de José	Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Existe uma câmara de vigilância no quarto de José que está conectada ao telemóvel do filho José Augusto. Aurora descreve um episódio de possível hipoglicemia que José teve há uns anos atrás “Eu acho que era o açúcar baixo, ele estava estranho, muito pálido, mas dei-lhe água com açúcar e melhorou”. No entanto, de momento a medicação relacionada com a Diabetes foi suspensa mediante a última HbA1c.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia	X				
Aurora considera a vigilância da tensão arterial de José, realizada pelo enfermeiro de família aquando da visita domiciliária semestral suficiente “Ele costuma ter sempre as tensões boas”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial	X				
Sendo José diabético é importante ir vigiando os pés, não só pela Diabetes, mas também por ser um local do corpo onde se podem desenvolver feridas em pessoas que estão acamadas. Costumam estar atentos aos pés de José? Aurora: “sim, o enfermeiro Jorge já nos falou disso, e as meninas que lhe fazem a higiene estão sempre atentas. Quando ele tem alguma ferida ou vermelhidão no corpo, elas alertam logo”.				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Administração de medicamentos					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de José		
À minha observação os medicamentos encontram-se guardados numa cesta na cozinha, em local sem luz direta e arejado.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos	X				
A senhora sabe para que serve toda a medicação que o seu marido toma? Aurora: “Sim. Ele já toma esta medicação toda há muito tempo” Aurora descreve sucintamente porque motivo José toma cada medicamento.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita	X				
É fácil de dar a medicação a José? Aurora: “eu costumo colocar açúcar nos comprimidos ele os engolir melhor”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre	X				

administração de medicamentos					
Quando a medicação termina ou passa a sua validade, o que faz com ela? Aurora: "Coloco as caixas de medicação vazia no ecoponto".					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		X			

Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal						
N.º	Item	Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Muitas vezes (4)	Quase sempre (5)
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	X				
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?		X			
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?		X			
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	X				
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?		X			
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado(a) quando tem de estar junto do seu familiar?		X			
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?		X			
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	X				
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?		X			
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	X				
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?	X				

16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	X				
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	X				
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	X				
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X				
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	X				
22	Em geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por ter de cuidar do seu familiar?	X				

Pelo somatório da escala aplicada, o resultado é 36, pelo que não existe sobrecarga do cuidador informal.

Consenso do Papel	X		
Conflitos de Papel*		X	
Saturação do Papel*		X	

Foco	Papel Prestador de Cuidados
Juízo	Não Adequado
Crítérios diagnósticos	• Conhecimento do Papel Não demonstrado • Comportamentos de Adesão demonstrado • Consenso do papel SIM; Conflitos do papel NÃO; Saturação do papel NÃO
Objetivo das intervenções	Melhorar o conhecimento do papel de cuidador de cuidados relativamente aos diagnósticos não demonstrados na sua totalidade

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Papel Prestador de Cuidados Não adequado por Conhecimento sobre Autocuidado Higiene Não demonstrado	Ensinar PC sobre técnica de lavagem dos dentes
	Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem dos dentes
	Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário
Atividades que concretizam as intervenções:	
• Explicar a Aurora que os poucos dentes de José devem ser lavados diariamente, como fazem com as outras partes do corpo; • Dar a conhecer a Aurora utensílios usados na higienização da boca de pessoas dependentes; • Exemplificar o uso do fio dentário e incentivar ao seu uso em José;	
Papel Prestador de Cuidados Não adequado por Conhecimento sobre Gestão do regime terapêutico Não demonstrado	Ensinar PC sobre fisiopatologia da doença
	Ensinar PC sobre medidas de prevenção de complicações
	Ensinar PC sobre regime terapêutico

Atividades que concretizam as intervenções: • Perguntar a Aurora o que sabe sobre a demência de José; • Confirmar a explicação de Aurora; • Identificar com Aurora as possíveis complicações da demência; • Salientar a importância que o regime terapêutico tem no bem-estar de José;	
Papel Prestador de Cuidados Não adequado por Conhecimento sobre Autoadministração de medicamentos Não demonstrado	Ensinar PC sobre eliminação adequada dos medicamentos
Atividades que concretizam as intervenções: • Confirmar com Aurora que as caixas de cartão dos medicamentos devem ser colocadas no ecoponto; • Explicar a Aurora que as embalagens interiores que estão em contacto com a medicação, como frascos ou blisters, devem ser entregues na farmácia devido ao risco de contaminação;	

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
Papel prestador de cuidados Adequado	20/3				

Dados avaliativos da Funcionalidade da Família – Crenças familiares	
Religiosas	A família considera-se católica. Aurora deixou de ir à missa ao domingo desde que José acamou, já que ao domingo prefere ficar em casa aquando da visita do apoio domiciliário a José, Aurora: “as meninas que vêm fazer a higiene costumam vir cedo e prefiro ficar por casa”.
Espirituais	Aurora sente-se “acompanhada” pelo filho Joaquim falecido nos momentos mais difíceis Aurora: “está sempre comigo”.
Valores	Aurora acredita no casamento e considera que apoiar o marido e estar ao seu lado nesta situação de doença é uma prova de amor e de companheirismo, Aurora: “se fosse eu que estivesse na situação dele, ele também faria isto por mim”.

Processo Familiar					
Dimensões	Sim/ Favorável	Não/Não favorável	Não aplicável	Critérios de diagnostico	Juízo
<u>Comunicação Familiar</u>				Não Eficaz se: Um item se situar no Não/ Não Favorável	Não Eficaz
1. Comunicação emocional					
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da família		X			
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros	X				
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família			X		

2. Comunicação Verbal/ Não verbal					Não eficaz
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem			X		
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros			X		
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem.			X		
3. Comunicação Circular					
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família		X			
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa		X			
Coping Familiar				Não Eficaz se: Um item se situar no Não/ Não Favorável	Não Eficaz
Existe(m) algum(s) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) a iniciativa para os resolver	X				
Existe discussão sobre os problemas na família		X			
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas		X			
A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas	X				
Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas	X				
Interação de Papéis Familiares				Não Eficaz Se: Consenso do Papel NÃO e Saturação do Papel SIM Conflitual Se:	Eficaz
Papel provedor					
Consenso do Papel	X				
Conflitos de Papel		X			
Saturação do Papel		X			
Papel gestão financeira					
Consenso do Papel	X				
Conflitos de Papel		X			
Saturação do Papel		X			
Papel Cuidado Doméstico					

Consenso do Papel	X			Conflito do Papel SIM	Não Conflitual
Conflitos de Papel		X			
Saturação do Papel		X			
Papel Recreativo					
Consenso do Papel	X				
Conflitos de Papel		X			
Saturação do Papel		X			
Papel de Parente					
Consenso do Papel	X				
Conflitos de Papel		X			
Saturação do Papel		X			
Relação Dinâmica				Disfuncional Se: Um item se situar no Não/ Não Favorável e/ou	Não Disfuncional
1. Influência e Poder					
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros	X				
2. Alianças e Uniões					
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros	X				
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união	X				
3. Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)					
Coesão			X		
Adaptabilidade			X		
Tipo de família			X		
4. Funcionalidade da família – percepção de cada membro APGAR Familiar de Smilkstein			X		

Foco	Processo Familiar
Juízo	Disfuncional
Critérios diagnósticos	• Comunicação Não eficaz • Coping Familiar Não Eficaz • Interação de papéis Eficaz/ Não Conflitual • Relação dinâmica Não Disfuncional
Objetivo das intervenções	Promover a comunicação emocional e fomentar o Coping familiar

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Familiar Não Eficaz	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover o envolvimento da família
	Otimizar a comunicação na família
	Planear rituais familiares

Processo Familiar Disfuncional por Coping familiar Não eficaz	Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família
Atividades que concretizam as intervenções: • Dar espaço para Aurora falar acerca das suas emoções; • Explicar a Aurora a importância de ela falar sobre as suas emoções na presença de José; • Ajudar José a através de gestos e/ou sorrisos expressar os seus sentimentos e emoções a Aurora; • Organizar com Aurora pequenas atividades para fazer junto do marido, como ver um programa de televisão juntos, ou Aurora ler um livro com José; • Organizar ritual familiar com a família extensa, como por exemplo almoço de domingo; • Utilizar atividades de lazer proporcionadoras de bem-estar como a jardinagem e a hidroginástica, em momentos de maior stress e ansiedade; • Incentivar Aurora a partilhar as suas emoções e preocupações com o seu filho ou com a sua irmã; • Explicar o benefício da partilha de sentimentos para o nosso próprio bem-estar; • Identificar com Aurora um momento anterior da sua vida de maior fragilidade, como a morte do seu filho Joaquim e perceber quais foram as forças da família usadas para o vivenciar; • Incentivar Aurora à prática de atividades como a jardinagem e a hidroginástica de modo a fortalecer o corpo e a diminuir a depressão e a ansiedade sentida;	

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
Processo familiar funcional	20/03				

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS DE JOSÉ

Foco	Hipertensão		
Juízo	Presente		
Critérios diagnósticos	- Hipertensão na lista de problemas do utente - Medicação crónica anti-hipertensiva		
Dimensões		Juízo	
Hipertensão, em grau reduzido por tensão arterial: 140/87 mmHg e frequência cardíaca 79 bpm		Demonstrado	X
		Não Demonstrado	

Foco	Autocuidado		
Juízo	Dependente		
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente		
Objetivo das intervenções	Promover o autocuidado de Angelina		
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas		
Autocuidado dependente em grau elevado	Avaliar autocuidado		
	Avaliar conhecimento do cuidador para promover o autocuidado		

Atividades que concretizam as intervenções: demonstradas anteriormente na avaliação funcional da família.

Foco		Queda
Juízo	Risco de queda	
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente	
Objetivo das intervenções	Prevenir a queda	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
Baixo risco de queda	Avaliar risco de queda	
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da queda	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
• Aplicar escala de Morse; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção da queda, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família.		

Foco		Úlcera de pressão
Juízo	Risco de úlcera de pressão	
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente	
Objetivo das intervenções	Prevenir a úlcera de pressão	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
Alto risco de úlcera de pressão	Avaliar risco de úlcera de pressão	
	Incentivar Angelina a posicionar-se	
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
• Aplicar escala de Braden; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção de úlceras de pressão, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família; • Falar para Angelina para esta ajudar no seu posicionamento;		

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS DE AURORA

Foco	Crença religiosa
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	• Considera-se crente? Aurora: “Sim”; • A sua crença religiosa é na religião católica? Aurora: “Sim”; • De que forma a sua crença interfere no seu dia-a-dia? Aurora: “Creio em Deus, e sei que ele e o meu filho estão sempre comigo. Não estou sozinha”;
Diagnóstico: Sem crença religiosa dificultadora	

Foco	Papel de Prestador de Cuidados
Juízo	Conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
Crítérios diagnósticos	• Conhecimento sobre o papel de prestador de cuidados demonstrado; • Conhecimento sobre tomar conta demonstrado; • Conhecimento sobre hábitos de saúde demonstrado; • Conhecimento sobre recursos de saúde demonstrado; • Conhecimento sobre serviços de saúde demonstrado;
Diagnóstico: Conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta demonstrado	
Juízo	Potencial do prestador de cuidados para tomar conta
	• Conscientização para tomar conta elevado; • Força de vontade expressa para tomar conta elevada; • Nível de participação e envolvimento no processo de ensino-aprendizagem elevado; • Nível de apoio percebido dos familiares/amigos elevado; • Nível de apoio percebido da rede formal moderado; • Nível de percepção acerca da sua capacidade para tomar conta elevado; • Nível de conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta elevado; • Nível de capacidade instrumentais para os cuidados necessários para tomar conta elevado; • Qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente elevado; • Experiência prévia para tomar conta reduzido; • Antecedentes de sobrecarga para tomar conta não;
Diagnóstico: Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau elevado	
Juízo	Capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
	• Capacidade para tomar conta da alimentação; • Capacidade para tomar conta da higiene; • Capacidade para tomar conta da eliminação; • Capacidade para tomar conta do vestuário; • Capacidade para tomar conta do regime terapêutico; • Capacidade para tomar conta da prevenção de complicações associadas a processos corporais demonstrada;
Diagnóstico: Capacidade do prestador de cuidados sobre tomar conta demonstrado	
Diagnóstico: Papel de prestador de cuidados não comprometido	

Foco	Autocuidado: Atividade Recreativa
Juízo	Não Comprometida
Crítérios diagnósticos	Aurora mantém as aulas de hidroginástica e a jardinagem como atividade recreativa
Diagnóstico: Autocuidado: atividade recreativa não comprometida	

PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA 4

Papel de Prestador de Cuidados (PC)					
Dados de diagnóstico	Sim	Não	Não aplicável	Crítérios de diagnóstico	Juízo
Dimensões					

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Irene		
O apoio domiciliário integrado presta o banho a Irene de segunda a sexta-feira. Segundo Diogo, ao fim-de-semana os familiares não dão o banho, “apenas lavamos as partes íntimas aquando da muda da fralda”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre o banho	X				
Sobre a lavagem da boca, Diogo refere: “não temos por hábito fazer, nem as senhoras do centro de dia”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a lavagem da boca		X			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário			X Irene não tem dentes, nem usa placa		
E o cabelo com que frequência o costumam lavar e quem faz? Diogo: “São as senhoras do centro de dia, lavam uma vez por semana. Eu peço para lavarem duas vezes seguidas para ficar cheiroso”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	X				
À observação, pude constatar que a fanerotomia não é uma necessidade.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fanerotomia			X		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Vestuário				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Irene		
À minha observação a roupa da cama é adequada à estação do ano. Segundo Diogo, a roupa de cama é mudada na altura em lavam o cabelo e a camisa de dormir de Irene é trocada todos os dias, exceto fim de semana “a não ser que ela se suje”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima	X				
Irene usa camisa de dormir que é vestida e despida pelas funcionárias do centro de dia.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre despir	X				

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Alimentar				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Irene		
Quando questionado sobre a alimentação de Irene, Diogo responde prontamente, mostrando ser conhecedor ao pormenor do padrão alimentar da avó: - Pequeno-almoço 8h: chá com tostas; - Lanche da manhã (final da higiene): fruta ralada ou iogurte natural sem lactose; - Almoço 12h30: sopa de legumes com carne – tudo ralado + iogurte ou gelatina de morango ou ananás “que são os sabores de que ela gosta”; - Lanche da tarde 16h: “pergunto-lhe sempre o que ela quer comer” fruta ralada, ou iogurte ou gelatina; - Jantar 20h: igual ao almoço; - Ceia depois das 22h: chá com tostas.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado	X				
Entre Diogo, os pais e a irmã todos preparam as refeições de Irene, sendo que Diogo é quem prepara a maioria “sou eu que decido o que ela come....e o que ela não pode comer. Gosto de lhe fazer uma boa sopa ralada que dá para 2 dias” ”também sou eu que preparo o almoço para os meus pais que vêm todos os dias almoçar a casa”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos	X			Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Que cuidados têm ao alimentar Irene? Diogo: “seja eu ou não, já todos sabem que tem de se levantar bem a cabeceira da cama, mas a minha avó também pede para a levantar ou baixar se estiver cansada” “e claro, tem de se lhe dar a comida devagar e com calma....ultimamente até temos de insistir um pouco, ela desde que regressou do hospital que perdeu um bocado o apetite”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentação oral	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Beber					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Irene		
E de bebida, o que Irene gosta de beber? Diogo: “ela bebe água ou chá, uns golinhos antes e depois das refeições”				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado	X				
Irene não se engasga com a bebida? Como lhe dão? Pelo copo ou usando outra estratégia? Diogo: “os meus pais dão-lhe à colher...eu					

prefiro usar a seringa, mas ela engole sem dificuldade, não se engasga”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre administração de líquidos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Ir ao sanitário				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Irene		
Como Irene não faz levante, usa sempre fralda que é trocada, segundo Diogo: - Manhã aquando higiene pelas funcionárias do centro de dia e ao fim de semana por Diogo; - Tarde pelas funcionárias do centro de dia e ao fim de semana por Diogo, ou Cátia ou Maria Fátima; - Noite, Diogo troca antes da ceia. Diogo: “só o meu pai não é capaz de a trocar, acho que tem complexos por ser a mãe dele” E consideram suficiente essa frequência de muda de fralda? Diogo: “Sim, ela não bebe grande quantidade de líquidos e também só tem uma dejeção diária que normalmente é de manhã ”. Quando estão duas pessoas a trocar a fralda será mais fácil do que quando está sozinho? Diogo: “eu facilmente faço isso sozinho, uso este lençol dobrado e atravessado na cama para me ajudar a virá-la. Mas a minha mãe ou a minha irmã fazem com duas pessoas”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Irene		
Como descreve o sono da sua avó durante a noite? Diogo: “Ela dorme bem, também faz medicação para isso, mas raramente chama, dorme toda a noite”, “Mas nós temos um walkie talkie infantil que vai alternando a ficar no quarto de cada um de nós cá em casa, assim se ela precisar e chamar, nós ouvimos”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador	X				
Irene dorme durante o dia? Para além da medicação têm necessidade de fazer mais alguma coisa, algum ritual de modo a proporcionar o repouso dela? Diogo: “Durante o dia vai dormindo, mas sonos curtos, não é isso que a incomoda de dormir à noite” “De resto, basta aconchegar o estômago e mudar a fralda que ela fica bem”.					

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Atividade recreativa					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Irene		
De modo a promover a atividade recreativa da sua avó, o que lhe costumam proporcionar durante o dia? Diogo: “Olhe, ela gosta muito de ver televisão, vê os programas todos da manhã e da tarde. Aliás, de manhã a primeira coisa que fazemos é levantar a cabeceira e baixar as grades para ela poder ver melhor a televisão que ali tem” “Ao fim de semana, é o rádio para ouvir o relato do jogo do namorado da minha irmã”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Atividade física					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Irene		
Irene não faz levantar. A sua cama está posicionada perto da porta da sala que está acomodada para ser o seu quarto. No entanto, faz alternância de decúbitos, segundo Diogo: - Manhã: depois da higiene fica virada para a televisão – lateral direito; - Tarde: depois de almoço fica virada para a porta – lateral esquerdo; - Tarde: depois do lanche fica virada para a televisão – lateral direito; - Noite: depois da ceia fica virada para a porta – lateral esquerdo. - Durante a noite não faz alternância de decúbito.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado	X				
Quando fazem essas mobilizações, costumam utilizar alguma estratégia para vossa ajuda? Diogo: “Muitas vezes estão presentes duas pessoas para a mobilizar. Mas quando estou só eu, faço-o com a ajuda deste lençol dobrado ou pego mesmo nela, ela não é muito pesada”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)	X				
Para além da cama articulada com grades, colchão de pressão alternada, são usadas almofadas nos posicionamentos, bem como calcanheiras de proteção.					

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Irene		
Diogo, como principal cuidador da sua avó, considera estar informado sobre as principais doenças dela? Diogo: “Sim, ela já é diabética e hipertensa há bastante tempo” .					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	X				
O Diogo sabe-me dizer algumas das complicações possíveis pelo estado de saúde da sua avó? Diogo: “Bem, por ela estar acamada pode ter feridas e até já as teve nos primeiros anos, foram meses de tratamentos, mas depois nunca mais teve feridas, nem nos pés por ser diabética” “eu tenho muito cuidado com a medicação e com aquilo que ela come, por isso também não tem tido grandes complicações, felizmente”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações	X				
Suponho que o Diogo tenha conhecimento de toda a medicação da sua avó? Diogo: “Tudinho...sou eu que trato da medicação toda, peço, compro e preparo à sexta-feira para toda a semana” “depois deste último internamento houve alteração da medicação e tenho algumas dúvidas, mas a médica de família já marcou consulta no domicílio para ajustar o que for preciso” . Diogo enumera a medicação da avó e diz corretamente para que efeito cada medicamento está prescrito.					Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autovigilância				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Irene		
Em relação à Diabetes, o Diogo sabe o que significa um episódio de hipoglicemia e hiperglicemia? Diogo: “Sim, é baixa de açúcar e açúcar muito alto no sangue”. E reconhece alguma dessas situações na sua avó? Diogo: “Que eu tenha me apercebido não, porque tenho sempre fitas para pesquisa dos valores e se ela está mais calada ou transpirada ou não se sente bem, eu avalio” “disseram-me no hospital, depois deste internamento para ir vigiando os valores. Eu acho que lhe reduziram a medicação dos Diabetes”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia	X				

E a tensão arterial, costuma vigiar? Diogo: “Sim, também temos esse aparelho aqui neste armário, tenho termómetro e saturímetro...tenho tudo” “se notamos a minha avó diferente ou com pouco apetite, costumo ver tudo e as tensões andam sempre bem”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial	X				
Vejo que têm uma almofada junto aos pés de Irene. Com que finalidade, sabe-me explicar? Diogo: “como já lhe disse, ela já teve feridas no rabo e nos pés e nessa altura aprendemos a proteger os calcanhares com esta almofada aqui colocada. Como ela também é diabética, mais vale prevenir”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés	X			Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Administração de medicamentos					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Irene		
À minha observação, Diogo guarda a medicação num armário fechado na sala onde tem também fraldas e roupa de cama e de Irene. Num balcão de apoio, tem caixas com a distribuição da medicação por dias e momentos do dia, que organiza cuidadosamente todas as sextas-feiras.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos	X				
Suponho que o Diogo tenha conhecimento de toda a medicação da sua avó? Diogo: “Tudinho...sou eu que trato da medicação toda, peço, compro e preparo à sexta-feira para toda a semana” “depois deste último internamento houve alteração da medicação e tenho algumas dúvidas, mas a médica de família já marcou consulta no domicílio para ajustar o que for preciso”. Diogo enumera a medicação da avó e diz corretamente para que efeito cada medicamento está prescrito.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita	X				
Que cuidados todos vocês têm ao dar a medicação a Irene? Diogo: “Eu tenho o cuidado de a preparar, com antecedência e de colocar corretamente nas caixas. E depois, quem dá a refeição, vem aqui à caixa e dá a medicação daquela altura do dia” E Irene toma facilmente a medicação? Diogo: “Sim, ela sabe que é para o bem dela e junto com a comida ela engole bem os comprimidos”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre administração de medicamentos	X				

Quando a medicação termina ou passa a sua validade, o que faz com ela? Diogo: “deito no ecoponto”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		X			
Consenso do Papel	X				
Conflitos de Papel		X			
Saturação do Papel		X			

Foco	Papel Prestador de Cuidados
Juízo	Adequado
Crítérios diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: • Conhecimento do Papel Não demonstrado • Comportamentos de Adesão demonstrado • Consenso do papel SIM; Conflitos do papel NÃO; Saturação do papel NÃO
Objetivo das intervenções	Melhorar o conhecimento do papel de cuidador de cuidados relativamente aos diagnósticos não demonstrados na sua totalidade

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Papel Prestador de Cuidados Não adequado por Conhecimento sobre Autocuidado Higiene Não demonstrado	Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem da boca
	Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem da boca
Atividades que concretizam as intervenções: • Explicar a Diogo que mesmo não tendo dentes, a boca de Irene deve ser higienizada diariamente, como fazem com as outras partes do corpo; • Dar a conhecer a Diogo utensílios usados na higienização da boca de pessoas dependentes;	
Papel Prestador de Cuidados Não adequado por Conhecimento sobre Administração de medicamentos Não demonstrado	Ensinar PC sobre eliminação adequada dos medicamentos
Atividades que concretizam as intervenções: • Confirmar com Diogo que as caixas de cartão dos medicamentos devem ser colocadas no ecoponto; • Explicar a Diogo que as embalagens interiores que estão em contacto com a medicação, como frascos ou blisters, devem ser entregues na farmácia devido ao risco de contaminação;	

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
Papel prestador de cuidados Adequado	24/04				

Foco	Hipertensão		
Juízo	Presente		
Critérios diagnósticos	• Hipertensão na lista de problemas do utente • Medicação crónica anti-hipertensiva		
Dimensões		Juízo	
		Demonstrado	X

Hipertensão, em grau reduzido por tensão arterial: 106/61 mmHg e frequência cardíaca 58 bpm	Não Demonstrado	
---	-----------------	--

Foco	Metabolismo Energético		
Juízo	Diabetes		
Critérios diagnósticos	- Diabetes não insulino dependente na lista de problemas do utente - Medicação crónica antidiabética		
Objetivo das intervenções:	Manter a Diabetes tipo II de Irene controlada com HbA1c abaixo de 8		
Dimensões		Juízo	
Diabetes não insulino dependente, presente		Demonstrado	X
		Não Demonstrado	
Diabetes	Intervenções Sugeridas		
	Vigiar sinais de hipoglicemia		
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre Diabetes		
	Avaliar gestão do regime terapêutico		
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>			
- Ajudar Diogo a perceber as alterações de medicação, depois do internamento de Irene por infeção urinária - Explicar a Diogo que a diminuição de medicação antidiabética tem como objetivo diminuir o risco de situações de hipoglicemia - Incentivar Diogo a vigiar a glicemia capilar conforme indicação na carta de alta hospitalar e registar valores para posterior avaliação - Confirmar com Diogo que deve manter a antibioterapia até ao final - Marcar com Diogo nova consulta, após consulta médica para avaliação			

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
Diabetes, não insulino dependente controlados	05/05				

Foco	Autocuidado	
Juízo	Dependente	
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente	
Objetivo das intervenções	Promover o autocuidado de Angelina	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
Autocuidado dependente em grau elevado	Avaliar autocuidado	
	Avaliar conhecimento do cuidador para promover o autocuidado	
Atividades que concretizam as intervenções: demonstradas anteriormente na avaliação funcional da família.		

Foco	Queda
Juízo	Risco de queda
Crítérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente
Objetivo das intervenções	Prevenir a queda
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Baixo risco de queda	Avaliar risco de queda
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da queda
Atividades que concretizam as intervenções: • Aplicar escala de Morse; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção da queda, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família.	

Foco	Úlcera de pressão
Juízo	Risco de úlcera de pressão
Crítérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente
Objetivo das intervenções	Prevenir a úlcera de pressão
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Alto risco de úlcera de pressão	Avaliar risco de úlcera de pressão
	Incentivar Irene a posicionar-se
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão
Atividades que concretizam as intervenções: • Aplicar escala de Braden; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção de úlceras de pressão, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família; • Incentivar Irene para ajudar no seu posicionamento;	

PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA 5

Papel de Prestador de Cuidados (Patrícia, Elvira e Família extensa):

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene:

- Banho diário no quarto, com aquecimento – Patrícia + Família extensa;
- Higiene da placa dentária e boca diário – Patrícia+ Família extensa;
- Cabeça lavada uma vez por semana, aquando banho – Patrícia;

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Vestuário:

- Roupas de Adelina e roupas de cama adequados ao clima;

Conhecimento do prestador sobre Autocuidado Alimentar:

- Pequeno-almoço: cevada com pão. À s vezes kiwi para ajudar à eliminação intestinal - Patrícia + Família extensa;

- Almoço: sopa com carne branca frango ou peru. Raramente é com peixe. Fruta cortada aos bocados e aquecida ligeiramente no micro-ondas para ser mais fácil de mastigar - Patrícia + Família extensa;
- Lanche: cevada com bolachas - Patrícia + Família extensa;
- Jantar (18h) sopa igual ao almoço - Patrícia + Família extensa;
- Ceia: chá com bolachas, nem sempre quer – Elvira + Família extensa;

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Beber:

- Líquidos: vai bebendo chá quente com palha durante o dia - Patrícia + Família extensa;

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Ir ao sanitário:

- Fralda de dia só de proteção, faz levantar para a cadeira-sanita onde faz as suas dejeções. À noite usa fralda - Patrícia + Família extensa;
- Obstipada – uma dejeção por semana com ajuda de medicação – Patrícia;

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso:

- Dorme bem durante a noite, faz medicação. De dia faz pequenas sestas de meia hora - Patrícia, Elvira e Família extensa;

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Atividade recreativa:

- Atividade recreativa – reza e vem na cadeira de rodas até ao jardim - Patrícia + Família extensa;

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Atividade física:

- Transferências durante o dia são cerca de 8, ente a cama e o cadeirão/cadeira sanita. Patrícia faz as transferências sozinha, e conta com a ajuda de Adelina que, com medo de cair agarra-se à roupa de Patrícia. Tem ainda um lençol atravessado na cama que ajuda às mobilizações - Patrícia, Elvira e Família extensa;

Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico, sobre Autovigilância e sobre Administração de medicamentos:

- Medicação está numa caixa na cozinha para toda a semana, preparada por Ana Maria, que entrega a medicação vazia na farmácia - Patrícia + Família extensa;
- Consulta domiciliária semestral de hipertensão pelo enfermeiro de família e médica de família;

Foco	Autocuidado
Juízo	Dependente
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente
Objetivo das intervenções	Promover o autocuidado de Angelina
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Autocuidado dependente em grau elevado	Avaliar autocuidado
	Avaliar conhecimento do cuidador para promover o autocuidado
Atividades que concretizam as intervenções: demonstradas anteriormente na avaliação funcional da família.	

Foco	Queda
Juízo	Risco de queda

Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente
Objetivo das intervenções	Prevenir a queda
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Baixo risco de queda	Avaliar risco de queda
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da queda
Atividades que concretizam as intervenções:	
• Aplicar escala de Morse; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção da queda, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família.	

Foco	Úlcera de pressão	
Juízo	Risco de úlcera de pressão	
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente	
Objetivo das intervenções	Prevenir a úlcera de pressão	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
Alto risco de úlcera de pressão	Avaliar risco de úlcera de pressão	
	Incentivar Angelina a posicionar-se	
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
• Aplicar escala de Braden; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção de úlceras de pressão, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família; • Falar para Angelina para esta ajudar no seu posicionamento;		

PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA 6

Satisfação conjugal					
Dimensões	Sim	Não	Especificação (se Não)	Critérios de diagnóstico	Juízo
Relação Dinâmica				Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens se situar no <u>NÃO</u>	Funcional
Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	X				
Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	X				
Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	X				
Comunicação				Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não Itens 1; 2: Não	Eficaz
O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um	X				

O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	X			Itens 1; 2.; 3: Não	
Satisfação com o padrão de comunicação do casal	X				
Interação Sexual				Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não Itens 1; 2: Não	Adequada
Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	X				
Conhecimento do casal sobre sexualidade	X				
Função Sexual				Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim Item 1: Sim e Item 2:Não	Não Comprometida
Disfunções Sexuais		X			
Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais			NA		

Foco	Satisfação Conjugal
Juízo	Mantida
Crítérios diagnósticos	• Relação dinâmica NÃO disfuncional • Comunicação Eficaz • Interação Sexual Adequada • Relação Sexual NÃO Comprometida
Diagnóstico:	Satisfação conjugal mantida

Papel parental - Família com filhos adultos					
Dados diagnóstico	Sim	Não	Não aplicável	Critérios de diagnóstico	Juízo
Dimensões					
Conhecimento do papel				Não demonstrado Se: O item se situar no NÃO	Demonstrado
Que funções considera importantes enquanto mãe de Filipe, nesta fase de vida dele? Maria: “Eu e o pai dele sempre fizemos o possível para ele tirar o curso que ele queria e agora gostávamos que ele encontrasse um trabalho na área dele. Para já está a trabalhar numa fábrica, mas continua a procurar”.					
Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	X				
Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)				Não Demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Como é a vossa relação com Filipe enquanto adulto? Maria: “É muito boa. Temos muita sorte com os nossos filhos. O Filipe é trabalhador, ajuda-nos em casa, até com a avó ele me ajuda a deitá-la todas as noites. Nunca me nega ajuda”					
Redefinição das relações com o filho – relações adulto-adulto	X				
O Filipe tem namorada? Já a conhecem? Maria: “Se tem, não sabemos. Acho que de momento não tem namorada.”					

Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos			X		
Enquanto mãe, sente-se satisfeita com a relação que tem com o seu filho? Com o contacto que têm entre vocês? Maria: “Sinto, sim. Não me posso queixar. Ele vive connosco e todos os dias jantamos juntos, conversamos à mesa. E com a minha filha é igual, todos os dias almoço com ela. E depois ao domingo estamos todos juntos aqui em casa.” “Sou muito feliz com os filhos que Deus me deu”					
Satisfação com o contacto mantido	X				
Satisfação com a relação mantida com o filho e companheira do filho			X		
Consenso do Papel	X				
Conflitos de Papel			X		
Saturação do Papel			X		

Foco	Papel Parental (Família com adultos)
Juízo	Adequado
Crítérios diagnósticos	Papel parental Não Adequado se: • Conhecimento do Papel demonstrado • Comportamentos de Adesão demonstrado • Consenso do papel SIM e Conflitos do papel NÃO e Saturação do papel NÃO
Diagnóstico:	Papel parental adequado

Papel de Prestador de Cuidados (PC)					
Dados de diagnóstico	Sim	Não	Não Aplicável	Critérios de diagnóstico	Juízo
Dimensões					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demostrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X				
Como e quando Judite toma banho? Maria: “Todos os dias lhe dou banho aqui no quarto. Aqueço o quarto, trago água quentinha e ela lava-se da cintura para cima e eu lavo-lhe as costas e a parte de baixo do corpo.”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre o banho	X				
E a higiene da boca? Judite tem placa ou dentes dela? Maria: “A minha mãe usa placa, já não tem dentes e é ela que a lava todos os dias. Lava a boca, a placa e a cara, eu só lhe trago as coisas que ela precisa e coloco nesta mesa à sua frente”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a lavagem dos dentes	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário			X Judite usa placa		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes	X					
Então suponho que também seja ela a escovar o cabelo. Maria: “Sim, tenho aqui a escova dela na mesinha de cabeceira, para ela o fazer. À sexta-feira então sou eu que lhe lavo a cabeça.”						
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	X					
E este espelho junto à escova é para ela se orientar a pentear o cabelo? Maria: “Sim, mas também serve para ela fazer o buço, dou-lhe esta pinça e ela com a ajuda do espelho arranca os pêlos”, “vai se entretendo...”						
Conhecimento do prestador de cuidados fanerotomia	X					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Vestuário					Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X					
À minha observação, nos diversos momentos em que estive no domicílio, Judite apresenta sempre roupa adequada à temperatura do quarto. Judite usa pijama e um casaco de malha por cima. Sobre as pernas tem sempre uma pequena manta estendida.						
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima	X					
Para vestir e despir o casaco e o pijama, a sua mãe dá alguma ajuda? Maria: “Sim, a parte de cima do pijama eu enfio-lhe na cabeça e ela acaba de vestir. Assim como o casaco, eu ponho-o sobre as costas e ela enfia os braços. A mesma coisa para tirar”, “a parte de baixo é que tenho de ser eu, ela não consegue”						
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir	X					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre despir	X					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Alimentar					Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X					
E como são as refeições de Judite? Ela come de tudo? Quantas refeições faz? Maria: Olhe, ela não gosta de peixe. Só come filetes porque o peixe está disfarçado com o ovo e a farinha. Raramente come sopa. Mas ao: • Pequeno almoço – cevada e pão seco (não quer nada no pão, nem manteiga nem doce); • Como se levanta tarde não come nada a meio da manhã;						

- Almoço – refeição igual ao resto da família, fruta e café (nunca se esquece de pedir o café sem açúcar); - Lanche – pão seco; - Jantar – refeição igual ao resto da família, fruta e cevada (que Judite pensa que é café). Maria: “Só lhe posso dar um ovo por semana, se lhe trouxer mais do que um dia ela reclama, diz que faz mal”, “ao Domingo dou-lhe uma sobremesa doce”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado	X				
A Maria tem algum cuidado na comida que oferece a Judite diferente do que tem para o resto da sua família? Maria: “Não, é igual para todos, mas a dela tenho que cortar aos bocadinhos, porque ela não consegue cortar, depois ponho o prato na frente dela e ela come sozinha”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentação oral			X	Judite alimenta-se sozinha	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Beber				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X				
E em relação aos líquidos? Vai-lhe oferecendo durante o dia? O quê? Maria: “Ela bebe cevada e café e depois bebe o copo de água que lhe trago ao almoço e jantar. De resto não quer beber, não adianta eu insistir porque ela não bebe”, “ao Domingo também lhe dou um copinho de sumo ao almoço”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre administração de líquidos			X	Judite bebe os líquidos sozinha	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Ir ao sanitário				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X				
A sua mãe usa fralda, Maria? Maria: “Sim, e a cadeira sanita para defecar. Mais ou menos de 3 em 3 vai à cadeira e faz lá as fezes, pela cara dela eu já percebo quando é a altura. Às vezes precisa de tomar uns comprimidos para fazer, mas é raro”.					
E com que regularidade lhe troca a fralda? Maria: “Troco sempre de manhã aquando do banho, depois do almoço, depois do lanche e antes de deitar”.					

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X				
O sono de Judite, considera-o reparador? Maria: “Ela dorme toda a noite e não faz medicação. Tenho a certeza que ela dorme, pois se ela estivesse acordada chamava e não deixava ninguém dormir”, “Não quer é deitar-se cedo, só quer ir para a cama depois das 22h30 ou 23h. Então nessa altura o meu marido ou o meu filho ajudam-me a deitá-la”. E durante o dia ela costuma dormir? Maria: “Não”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador			X		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso			X		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Atividade recreativa				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X				
À minha observação: Judite assiste ao programa da tarde entusiasmada, lê as legendas (não usa óculos) e fala para os apresentadores como se estes a ouvissem. Maria: “Só gosta da SIC, só me deixa mudar de canal se estiver a dar futebol”. A sua mãe sabe ler pelo que percebo, ela andou na escola? Maria: “Sim, ela andou 3 anos na escola. Ela adora ler estas revistas que lhe compro, até pensei em lhe comprar um livro”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Atividade física				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X				
Maria, como cuidadora da sua mãe considera importante o exercício que ela faz não só no levante e na transferência para o cadeirão, mas também naquelas atividades de higiene e alimentação que ela é capaz de fazer sozinha? Maria: “Ah sim, muito importante. Ela se não fosse teimosa ainda podia caminhar, mas ganhou uma cisma de que lhe doía os joelhos e foi ficando. Se					

eu deixar, ela daqui a nada também não mexe os braços, e por isso tudo o que ela for fazendo serve de ginástica”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado	X				
Tendo em conta que Judite não ajuda muito, que cuidados tem em transferi-la da cama pra o cadeirão e vice-versa? Maria: “Sempre que está alguém cá em casa aproveito para pedir ajuda, como à minha filha ao almoço ou ao marido e ao filho à noite. Porque é difícil transferi-la e mudar-lhe a fralda”. E quando está mesmo sozinha? Maria: “Nessas alturas tenho que ser eu e ela. Ela primeiro assenta bem os pés no chão e depois agarra-se bem a mim e ao cadeirão e eu abraço-me a ela”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)	X				
A Maria tem conhecimento que existem equipamento que a podem ajudar nestas mudanças de posição? Maria: “Pois podem, nós temos ali um andarilho que até podia ajudar, bastava ela apoiar-se nele e já me ajudava muito. Mas ela não quer, e não lhe põe a mão, já tentei e pedi-lhe, mas ela não quer”, “ela é assim, Srª enfermeira se achar que não, é não, sempre foi assim”. E na cama tem colchão para prevenção de ferias, ou no cadeirão? Maria: “Não temos, ela nunca ganhou ferida nenhuma e vou tendo sempre atenção ao rabo quando lhe troco a fralda, não está vermelho”. Mas ela é capaz de se virar na cama sozinha? Maria: “Se eu lhe pedir para ela virar, ela não vira, mas às vezes chego aqui e ela está virada para o lado que gosta mais, quando eu a deixei para o outro”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico				Não demonstrado se:	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência			X Devido à alta dependência de Judite	Um dos itens se situar no NÃO	
Judite tem descritas no processo médico problemas como a Hipertensão e a surdez, conhece o propósito destas doenças? Maria: “O único comprimido que ela toma é para a tensão, mas eu acho que tem a ver com a idade dela. Porque sempre que medimos a tensão, ela está ótima”					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	X				
A Maria sabe-me dizer que cuidados tem para evitar complicações da hipertensão de Judite? Maria: “Dou-lhe a medicação todos os dias sem falta e também não coloco muito sal na comida, mas sempre cozinhei assim, a pender ao insosso”.					

Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações	X			Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Portanto, você conhece a medicação da sua mãe. Maria acena que sim.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autovigilância					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X				
Costuma avaliar a tensão arterial à sua mãe? Maria: “Sim, mas é de longe a longe porque estão sempre muito bem. E quando vem cá a médica ou o enfermeiro também avaliam”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial	X			Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Não Demonstrado
Há pouco quando me disse que Judite nunca teve feridas nem tem o rabo vermelho, quer-me dizer, portanto que costuma ver e vigiar o corpo de Judite, nomeadamente quando lhe dá banho, a ver se ela tem algum tipo de ferida ou rubor na pele? Maria: “Sim, sempre e nunca teve nada”. Maria destapa Judite e puxa as calças do pijama para cima e para baixo, mostrando a pele lisa e hidratada.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância do corpo	X				
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Administração de medicamentos					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	X				
Observo a medicação de Judite guardada no quarto da mesma, afastada da janela.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos	X			Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Não Demonstrado
Maria conhece a medicação da mãe, bem como a sua prescrição, uma vez que é ela quem a pede, compra, prepara e administra a medicação.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita	X				
Sente alguma dificuldade em dar a medicação à sua mãe? Maria: “Não, eu dou-lhe e ela toma com as refeições”.					
Conhecimento do prestador de cuidados administração de medicamentos	X				

Quando a medicação termina ou passa a sua validade, o que faz com ela? Maria: “Deito no ecoponto”.					
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		X			

Foco	Papel Prestador de Cuidados
Juízo	Não Adequado
Critérios diagnósticos	• Conhecimento do Papel demonstrado • Comportamentos de Adesão demonstrado • Consenso do papel SIM; Conflitos do papel NÃO; Saturação do papel SIM
Objetivo das intervenções	Melhorar o conhecimento do papel de cuidador de cuidados relativamente ao diagnóstico não demonstrado na sua totalidade; Diminuir a Saturação do papel;

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Papel Prestador de Cuidados Não adequado por Conhecimento sobre Autoadministração de medicamentos Não demonstrado	Ensinar PC sobre eliminação adequada dos medicamentos
Atividades que concretizam as intervenções: • Confirmar com Maria que as caixas de cartão dos medicamentos devem ser colocadas no ecoponto; • Explicar a Maria que as embalagens interiores que estão em contacto com a medicação, como frascos ou blisters, devem ser entregues na farmácia devido ao risco de contaminação;	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Papel Prestador de Cuidados Não adequado por Saturação do papel	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar a saturação do papel; Promover estratégias de coping para o papel;
Atividades que concretizam as intervenções: • Explicar a Maria a importância de falar sobre as suas emoções relativamente ao papel de cuidadora, com o seu marido ou com os seus filhos; • Identificar as situações geradoras de saturação; • Incentivar Maria a recordar os momentos anteriores na sua vida, nos quais era cuidadora da sua avó e do seu pai; • Ajudar a relembrar os sentimentos positivos que a prestação de cuidados a fazia sentir e replicá-los no presente; • Elogiar a capacidade que Maria teve na altura, com os seus filhos pequenos e a morar numa casa diferente da do seu pai, em ali se deslocar várias vezes por dia e ser ela capaz de prestar cuidados ao pai, em situações limite, como a mesma relatou.	

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
Papel prestador de cuidados Adequado	22/05				

FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales): Maria X, Manuel # e Filipe + preencheram o seguinte questionário:

Dados avaliativos da Coesão e Adaptabilidade da Família						
FACES II						
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)						
N.º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					X # +
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					X # +
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	X # +				
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.				#	X +
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					X # +
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.				X # +	
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.				+	X #
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				# +	X
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.			X # +		
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família			X	# +	
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.				#	X +
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X # +				
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					X # +
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.				+	X #
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	X # +				
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.				# +	X
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					X # +
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.				X +	#
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	X # +				
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.				X # +	
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.				X # +	

22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.				# +	X
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					X # +
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.		# +	X		
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	X # +				
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.				+	X #
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.				#	X +
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X # +				
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.			X # +		
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros			X	# +	

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Dados avaliativos da Funcionalidade da Família – percepção dos membros			
Apgar Familiar De Smilkstein			
APGAR	Quase sempre (2 pts)	Algumas vezes (1 pt)	Quase nunca (0 pts)
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL:	10 – Família altamente funcional		

Dados avaliativos da Funcionalidade da Família – Crenças familiares	
Religiosas	A família assume-se como católica, mas de momento não é muito praticante. Judite reza por vezes de manhã. Maria e Manuel não costumam frequentar a igreja porque não querem deixar Judite sozinha. Quando Judite era mais nova costumava cantar no coro da igreja e participar com a filha em ações de caridade que a paróquia organizava.
Valores	Maria diz: "Eu tomo conta da minha mãe como tomei do meu pai e da minha avó." Maria: "Não era capaz de a deixar sozinha, como se vê alguns idosos."

Culturais	A família tem o ritual de se juntar todos os domingos para almoçar juntamente com a família extensa, nomeadamente a filha de Manuel e Maria com os seus filhos e marido.
-----------	--

Processo Familiar					
Dimensões	Sim/ Favorável	Não/Não favorável	Especificação (se Não ou *)	Critérios de diagnostico	Juízo
Comunicação Familiar				Não Eficaz se: Um item se situar no Não/ Não Favorável	Eficaz
4. Comunicação emocional					
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da família	X				
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros	X				
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família	X				
5. Comunicação Verbal/ Não verbal					
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem	X				
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros	X				
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem.	X				
6. Comunicação Circular					
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família	X				
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa	X				
Coping Familiar					
Existe(m) algum(s) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) a iniciativa para os resolver	X			Não Eficaz se: Um item se situar no Não/ Não Favorável	Eficaz

Existe discussão sobre os problemas na família	X				
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas	X				
A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas	X				
Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas	X				
<u>Interação de Papéis Familiares</u>				Não Eficaz Se: Consenso do Papel NÃO e Saturação do Papel SIM Conflitual Se: Conflito do Papel SIM	Eficaz
Papel provedor					
Consenso do Papel	X				
Conflitos de Papel		X			
Saturação do Papel		X			
Papel gestão financeira					
Consenso do Papel	X				
Conflitos de Papel		X			
Saturação do Papel		X			
Papel cuidado Doméstico					
Consenso do Papel	X				
Conflitos de Papel		X			
Saturação do Papel		X			
Papel Recreativo					
Consenso do Papel	X				
Conflitos de Papel		X			
Saturação do Papel		X			
Papel de Parente					
Consenso do Papel	X				
Conflitos de Papel		X			
Saturação do Papel		X			
<u>Relação Dinâmica</u>				Disfuncional Se: Um item se situar no Não/ Não Favorável e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) Tipo de família muito equilibrada ou Extrema e/ou	Não disfuncional
5. Influência e Poder					
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros	X				
6. Alianças e Uniões					
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros	X				
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união	X				
7. Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)					

Coesão	Família ligada	APGAR familiar de pelo menos um dos membros < 3 (família com disfunção acentuada)	
Adaptabilidade	Família muito flexível		
Tipo de família	Família equilibrada		
8. Funcionalidade da família – percepção de cada membro APGAR Familiar de Smilkstein	Família altamente funcional		

Foco	Processo Familiar
Juízo	Não Disfuncional
Critérios diagnósticos	• Comunicação eficaz; • Coping Familiar eficaz; • Interação de papéis eficaz e não conflitual; • Relação dinâmica não disfuncional;
Diagnóstico	Processo familiar não disfuncional

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS DE JUDITE

Foco	Hipertensão
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	• Hipertensão na lista de problemas do utente • Medicação crónica anti-hipertensiva
Diagnóstico: Hipertensão, em grau reduzido por tensão arterial: 104/66 mmHg e frequência cardíaca 85 bpm	

Foco	Autocuidado
Juízo	Dependente
Critérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente
Objetivo das intervenções	Promover o autocuidado de Angelina
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Autocuidado dependente em grau elevado	Avaliar autocuidado
	Avaliar conhecimento do cuidador para promover o autocuidado
Atividades que concretizam as intervenções: demonstradas anteriormente na avaliação funcional da família.	

Foco	Queda
Juízo	Risco de queda
Crítérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente
Objetivo das intervenções	Prevenir a queda
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Baixo risco de queda	Avaliar risco de queda
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da queda
Atividades que concretizam as intervenções: • Aplicar escala de Morse; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção da queda, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família.	

Foco	Úlcera de pressão
Juízo	Risco de úlcera de pressão
Crítérios diagnósticos	De acordo com a escala de Barthel avaliada anteriormente
Objetivo das intervenções	Prevenir a úlcera de pressão
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Alto risco de úlcera de pressão	Avaliar risco de úlcera de pressão
	Incentivar Angelina a posicionar-se
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão
Atividades que concretizam as intervenções: • Aplicar escala de Braden; • Elogiar o prestador de cuidados pela sua prestação no que toca à prevenção de úlceras de pressão, demonstrada anteriormente na avaliação funcional da família; • Falar para Angelina para esta ajudar no seu posicionamento;	

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS DE MARIA

Foco	Crença religiosa
Juízo	Presente
Crítérios diagnósticos	• Considera-se crente? Olívia: “Sim”; • A sua crença religiosa é na religião católica? Olívia: “Sim”; • De que forma a sua crença interfere no seu dia-a-dia? Olívia: “Eu costumo falar com Deus no meu dia-a-dia, gosto de conversar com ele, peço-lhe por mim e pelos meus, por todos. Rezo muitas vezes o terço com a minha mãe à noite...sinto-me bem”;
Diagnóstico: Sem crença religiosa dificultadora	

Foco	Papel de Prestador de Cuidados
Juízo	Conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
Crítérios diagnósticos	• Conhecimento sobre o papel de prestador de cuidados demonstrado; • Conhecimento sobre tomar conta demonstrado; • Conhecimento sobre hábitos de saúde demonstrado; • Conhecimento sobre recursos de saúde demonstrado; • Conhecimento sobre serviços de saúde demonstrado;
Diagnóstico: Conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta demonstrado	
Juízo	Potencial do prestador de cuidados para tomar conta
	• Conscientização para tomar conta elevado; • Força de vontade expressa para tomar conta elevada; • Nível de participação e envolvimento no processo de ensino-aprendizagem elevado; • Nível de apoio percebido dos familiares/amigos elevado; • Nível de apoio percebido da rede formal moderado; • Nível de percepção acerca da sua capacidade para tomar conta elevado; • Nível de conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta elevado; • Nível de capacidade instrumentais para os cuidados necessários para tomar conta elevado; • Qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente elevado; • Experiência prévia para tomar conta moderado; • Antecedentes de sobrecarga para tomar conta não;
Diagnóstico: Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau elevado	
Juízo	Capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
	• Capacidade para tomar conta da alimentação; • Capacidade para tomar conta da higiene; • Capacidade para tomar conta da eliminação; • Capacidade para tomar conta do vestuário; • Capacidade para tomar conta do regime terapêutico; • Capacidade para tomar conta da prevenção de complicações associadas a processos corporais demonstrada;
Diagnóstico: Capacidade do prestador de cuidados sobre tomar conta demonstrado	
Diagnóstico: Papel de prestador de cuidados não comprometido	

Foco	Autocuidado: Atividade Recreativa
Juízo	Comprometido
Crítérios diagnósticos	Olívia manifesta desejo em retomar algumas atividades como caminhar ou ir à missa, que deixou de fazer desde o início da pandemia
Objetivo das intervenções	Promover o autocuidado: atividade recreativa
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Autocuidado: Atividade Recreativa comprometida	Avaliar autocuidado: atividade recreativa
Atividades que concretizam as intervenções:	
• Dar espaço para Olívia falar acerca das suas emoções; • Incentivar Olívia a partilhar as suas emoções com os seus irmãos, principalmente com Teresa quando falam ao telefone, por talvez desta maneira se sentir mais à vontade;	

- Planificar com Olívia as suas tarefas com Angelina, de modo a perceber se é possível estender algumas à família extensa;
- Questionar as atividades lúdicas e sociais de que Olívia gosta e que deixou de fazer;
- Incentivar Olívia a fazer caminhadas enquanto o seu irmão está em sua casa;
- Incentivar Olívia a ir a uma missa de maneira a experimentar como se sente;

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
Autocuidado: atividade recreativa não comprometida	21/04				