

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

A construção do papel de prestador de cuidados em famílias com casais idosos com dependência ligeira: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

The Construction of the Caregiver Role in Families with Elderly Couples with Mild Dependency: The Family Nurse's Specialized Intervention

**Autor**

**Margarida Mendes Tavares**

**Oliveira de Azeméis, 2025**



# **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA**

## **Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final**

### **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

A construção do papel de prestador de cuidados em famílias com casais idosos com dependência ligeira: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

The Construction of the Caregiver Role in Families with Elderly Couples with Mild Dependency: The Family Nurse's Specialized Intervention

#### **Orientador(es)**

António Alberto Cerqueira da Silva Dias

#### **Autor**

Margarida Mendes Tavares

**Oliveira de Azeméis, 2025**



## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a todos os que estiveram presentes neste percurso exigente e desafiante e deixo um agradecimento especial:

À Professora Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira, coordenadora do mestrado, pela sabedoria, pela disponibilidade e pelo exemplo de rigor e dedicação que transmite, sendo uma verdadeira inspiração na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

Ao Professor António Alberto Cerqueira da Silva Dias, orientador deste relatório, pela proximidade, pelas orientações constantes e pelo incentivo a procurar sempre melhorar, que tanto contribuíram para a construção deste trabalho.

À Enfermeira Tutora, pela compreensão, orientação e amizade, e à equipa da USF onde realizei o estágio, pela disponibilidade e simpatia demonstradas ao longo deste caminho.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, pela força nos momentos mais difíceis e por acreditarem sempre em mim. Este percurso só foi possível graças a vocês.

Ao Micael, que entrou a meio deste caminho mas se tornou um apoio constante, como se sempre tivesse estado ao meu lado. Obrigada por nunca me largares a mão.

À minha equipa da USF, pelo companheirismo, compreensão e apoio ao longo destes meses e, em especial, à equipa de enfermagem, pela amizade, entreaajuda e carinho. Obrigada por me mostrarem que o sucesso de uma é verdadeiramente o sucesso de todas.



## RESUMO

O presente relatório insere-se na Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final”, do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, e reflete o percurso académico realizado numa Unidade de Saúde Familiar entre fevereiro e julho de 2025. A sua elaboração permitiu desenvolver e consolidar competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, com foco no cuidado à família enquanto unidade de cuidados e aos seus membros individualmente, nomeadamente em contextos de envelhecimento, dependência ligeira e na construção do papel de prestador de cuidados.

Na análise da lista de famílias da enfermeira tutora, verificou-se que 25,3% da população correspondia a pessoas com 65 ou mais anos e o índice de dependência nos idosos é de 52,6%.

Tendo como base os referenciais teóricos da Enfermagem de Saúde Familiar, em particular o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012), foram acompanhadas duas famílias compostas por casais idosos, nas quais pelo menos um dos membros apresentava dependência ligeira, incidindo a avaliação e intervenção especializada ao nível da construção de competências para o desempenho do papel de membro da família prestadora de cuidados.

Para além dos estudos de caso referências foram ainda dinamizadas outras atividades, de onde se destaca uma ação de formação intitulada “Saúde Familiar e Documentação em Enfermagem”, dirigida à equipa da Unidade de Saúde Familiar, com o objetivo de reforçar a qualidade e coerência dos registos efetuados no módulo “Saúde da Família” do SClínico. Esta iniciativa surgiu da identificação de fragilidades na documentação e da necessidade de promover práticas alinhadas com a abordagem familiar.

O relatório destaca a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar na liderança de processos de mudança, na promoção da capacitação dos prestadores de cuidados e na valorização dos cuidados centrados na família, reforçando a pertinência de uma prática baseada em evidência e em modelos teóricos estruturados. Em particular, pretende demonstrar a evidência de uma prática de cuidados especializada em Enfermagem de Saúde Familiar e a construção de competências alinhadas com o perfil de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros (2019) e com o desenvolvimento disciplinar que a frequência deste curso de mestrado me proporcionou.

Palavras-chave: Dependência; Enfermagem de Saúde Familiar; Família; Pessoa idosa; Prestador de Cuidados.



## ABSTRACT

This report is part of the curricular unit “Professional Internship with Final Report” of the Master’s Degree in Community Nursing, in the field of Family Health Nursing, and reflects the academic path undertaken in a Family Health Unit between February and July 2025. Its development enabled the consolidation of competencies as a Community Health Nurse Specialist in Family Health Nursing, focusing on family care as a unit of care, particularly in contexts of ageing, mild dependency, and the construction of the caregiver’s role.

An analysis of the nurse tutor’s list of 1,638 users showed that 25.3% of the population were aged 65 years or older and that 62.82% presented a total dependency index. These findings reinforced the relevance of the chosen theme, highlighting the need for systematic intervention with families that include elderly members with mild dependency.

Grounded on the theoretical framework of Family Health Nursing, namely the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (Figueiredo, 2012), two families composed of elderly couples, in which at least one member presented mild dependency, were followed. The analysis focused on the level of support to the caregiver, particularly on the process of role construction.

In the scope of competency development as a Community Health Nurse Specialist in Family Health Nursing, a training session entitled “Family Health and Nursing Documentation” was carried out with the Family Health Unit team, aiming to improve the quality and consistency of records in the “Family Health” module of SClínico. This initiative emerged from the identification of documentation weaknesses and the need to promote practices aligned with the family approach.

This report highlights the relevance of the Family Health Nurse Specialist in leading change processes, fostering caregiver empowerment, and valuing family-centred care, reinforcing the importance of evidence-based practice and the use of structured theoretical models.

Keywords: Caregiver; Dependency; Family; Family Health Nursing; Older adult.



## **CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS**

ABVD - Atividades básicas de vida diária

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

APA - American Psychological Association

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ECL - Equipa Coordenadora Local

EF - Enfermeiro de família

EECESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

ET - Enfermeira Tutora

ICFH'25 - International Congress Family Health

INE - Instituto Nacional de Estatística

MCAIF - Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MECESF - Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

MF - Médico de família

MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE - Ordem dos Enfermeiros

PC - Prestador de cuidados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UC - Unidade Curricular

ULS - Unidades Locais de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

AGRADECIMENTO .....	3
RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	7
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS .....	9
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS .....	13
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	21
3. SR. A1 .....	35
3.1. Enquadramento teórico .....	35
3.2. Clientes .....	38
3.3. Medicação .....	39
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	40
3.4. Domínios .....	40
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	41
3.5. Conceção de Cuidados .....	43
3.6. Especificação das intervenções .....	45
3.7. Síntese relativa ao caso .....	47
4. SRA. A2 .....	49
4.1. Clientes .....	49
4.2. Medicação .....	49
4.2.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	49
4.3. Domínios .....	50
4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	50
4.4. Conceção de Cuidados .....	51
4.5. Especificação das intervenções .....	52
4.6. Síntese relativa ao caso .....	52
5. FAMÍLIA A .....	55
5.1. Enquadramento teórico .....	55
5.2. Clientes .....	65
5.3. Domínios .....	66
5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	66
5.4. Conceção de Cuidados .....	68
5.5. Especificação das intervenções .....	72
5.6. Síntese relativa ao caso .....	75
6. SRA. B1 .....	77
6.1. Enquadramento teórico .....	77
6.2. Clientes .....	78

---

6.3. Medicação .....	79
6.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	79
6.4. Domínios .....	80
6.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	80
6.5. Conceção de Cuidados .....	81
6.6. Especificação das intervenções .....	83
6.7. Síntese relativa ao caso .....	84
7. SR. B2 .....	87
7.1. Clientes .....	87
7.2. Medicação .....	87
7.2.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	87
7.3. Domínios .....	88
7.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	88
7.4. Conceção de Cuidados .....	89
7.5. Especificação das intervenções .....	91
7.6. Síntese relativa ao caso .....	91
8. FAMÍLIA B .....	93
8.1. Enquadramento teórico .....	93
8.2. Clientes .....	102
8.3. Domínios .....	103
8.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	103
8.4. Conceção de Cuidados .....	105
8.5. Especificação das intervenções .....	108
8.6. Síntese relativa ao caso .....	110
9. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	113
10. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	123
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	127
ANEXOS .....	133

## ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 - Pirâmide Etária dos cidadãos inscritos na USF, número de utentes inscritos, número de utentes por grupos específicos, índice de dependência e unidades ponderadas (2025); 22

Tabela 2 - Problemas mais comuns dos utentes inscritos na USF (2025); 23

Tabela 3 - Códigos mais comuns dos utentes inscritos na USF (2025); 24

Tabela 4 - Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes na USF (2025); 25

Tabela 5 - Intervenções de Enfermagem mais prevalentes na USF (2025); 26

Tabela 6 - Pirâmide Etária dos cidadãos inscritos na lista de utentes da enfermeira tutora, número de utentes inscritos, número de utentes por grupos específicos, índice de dependência e unidades ponderadas (2025); 27

Tabela 7 - Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes na lista da ET (2025); 28

Tabela 8 - Intervenções de Enfermagem mais prevalentes na lista da ET (2025); 29

Tabela 9 - Códigos ativos mais frequentes dos utentes inscritos na lista da ET (2025); 30

Tabela 10 - Programas de Enfermagem inseridos na lista da ET (2025); 31

Figura 1 - Genograma da Família A; 56

Figura 2 - Ecomapa da Família A; 57

Tabela 11 - Barreiras Arquitetónicas do Edifício Residencial da Família A; 59

Figura 3 - Genograma da Família B; 94

Figura 4 - Ecomapa da Família B. 95

Tabela 12 - Barreiras Arquitetónicas do Edifício Residencial da Família B. 96



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, no ano letivo 2024/2025, e com o objetivo de desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista, segundo o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), de acordo com o Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018), foi elaborado o presente relatório de estágio, realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF), no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final.

Estruturalmente, este relatório encontra-se organizado em cinco partes. Após esta introdução, apresenta-se a caracterização do contexto clínico onde decorreu o estágio. Segue-se o capítulo referente aos dois estudos de caso ficcionados, cuja a construção se inspira em situações e experiências vivenciadas em estágio. Em seguida, refletem-se os contributos para o desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF). Por fim, apresenta-se a síntese final do relatório e a respetiva listagem das referências bibliográficas e anexos, apresentadas de acordo com a Norma American Psychological Association (APA) 7th edição, utilizadas ao longo do relatório.

A escolha da temática "A construção do papel de prestador de cuidados em famílias com casais idosos com dependência ligeira" resultou das vivências adquiridas e da realidade de cuidados especializados ao longo do primeiro Estágio de Enfermagem de Saúde Familiar do MECESF. Através da caracterização e acompanhamento da lista de famílias da Enfermeira Tutora (ET), foi possível identificar a prevalência de casais idosos com dependência ligeira e o impacto que essa condição tem nas dinâmicas familiares. Esta vivência despertou a necessidade de aprofundar a problemática, conferindo continuidade ao percurso formativo e possibilitando a intervenção especializada junto de prestadores de cuidados (PC).

A finalidade deste relatório emerge da necessidade de evidenciar a conceção de cuidados a famílias no âmbito da construção do papel de PC em famílias com casais idosos com dependência ligeira e de demonstrar o desenvolvimento de competências enquanto EECESF. De acordo com as competências definidas no Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), este profissional assume uma intervenção autónoma, centrada na família como unidade de cuidados, promovendo a capacitação dos seus membros, a continuidade dos cuidados e a obtenção de ganhos em saúde familiar.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem o primeiro nível de contacto das famílias com

o Serviço Nacional de Saúde (SNS), desempenhando um papel essencial na promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida (Organização Mundial de Saúde, 2020). Esta dimensão de cuidados é fundamental para garantir a cobertura universal de saúde, estabelecendo uma base de proximidade com a população e reforçando o relacionamento de confiança entre profissionais e utentes (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2020).

A criação dos primeiros centros de saúde em 1971 visava responder às necessidades de saúde pública, nomeadamente vacinação, acompanhamento da saúde materna e infantil, saúde escolar e ambiental, bem como prestar cuidados médicos e de enfermagem em contexto domiciliário (Branco & Ramos, 2011). A reforma dos CSP, iniciada em 2005, consolidou-se como um marco na história do SNS, com a criação das USF e a organização em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que proporcionaram ganhos significativos de eficiência e acessibilidade, conferindo às equipas autonomia na definição de planos de ação e na gestão dos cuidados (Beça et al., 2023). No centro desta reforma está a criação das USF enquanto contexto privilegiado à afirmação da figura profissional do enfermeiro de família (EF).

Em 2023, foi publicado o Decreto-Lei n.º 103/2023, que redefine a organização e o funcionamento das USF no contexto das Unidades Locais de Saúde (ULS). Estas alterações visam potenciar a acessibilidade, a qualidade e a eficiência dos CSP, alinhando-se com os princípios da equidade e da sustentabilidade no SNS. Este enquadramento legislativo e profissional tem permitido de forma consistente consolidar a figura do EF de forma profissional, em paralelo com o desenvolvimento disciplinar da ESF enquanto área com corpus de conhecimento específico no seio da Enfermagem.

A família é uma unidade social com dimensões económicas, psicológicas, biológicas, legais e sociais. É uma instituição social que garante a continuidade da linhagem humana através de relações biológicas, onde se estabelecem interações reguladas por normas, sendo também responsável pela transmissão de valores culturais materiais e imateriais de geração em geração” (Arslan, 2023, p. 45).

O conceito de família acompanha também as mudanças sociais e culturais. Wright e Leahey (2019) definem-na como “uma unidade de interação de pessoas ligadas por laços afetivos, consanguíneos ou legais, que desenvolve funções essenciais para o desenvolvimento dos seus membros e para a sociedade”. A teoria, a prática e a investigação em enfermagem demonstram que a presença e dinâmica familiar têm um impacto marcante no bem-estar dos seus membros e no curso das doenças (Wright & Leahey, 2019). Como tal, “a família é o todo e partes ao mesmo tempo, e apresenta características que são mais e menos do que a soma das partes, sendo impossível fazer a sua descrição apenas com base nos indivíduos que a constituem”, o que reforça a ideia de que cada núcleo familiar possui uma estrutura relacional própria, com funções, papéis e expectativas sociais distintas, não existindo duas famílias iguais (Ferreira et al.,

2022).

A prática da ESF reconhece a família como uma unidade central e dinâmica no processo saúde-doença, promovendo o seu bem-estar e capacitando-a para enfrentar transições da vida, doenças crónicas e mudanças sociais (Figueiredo, 2023).

A Saúde Familiar é um estado subjetivo, caracterizado pelo conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família. Traduz-se na capacidade da família para criar estratégias que permitam a sua funcionalidade, mantendo a organização, produzindo mudanças estruturais e dando respostas às necessidades individuais dos seus membros. Na família, cada indivíduo desenvolve e promove o conceito de saúde, adquirindo hábitos saudáveis e desempenhando um papel de mediador ou de impacto que contribui para a recuperação da saúde quando um dos seus elementos necessita de cuidados (Figueiredo, 2012, citado por Ferreira et al., 2022).

O EEECESF cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, liderando e colaborando em processos de intervenção (OE, 2018). A sua prática é suportada por modelos como o Modelo Dinâmica de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), que facilita a avaliação das necessidades, capacidades e recursos da família, integrando as suas dimensões estrutural, funcional e de desenvolvimento, e permitindo assim intervenções personalizadas e eficazes (Figueiredo, 2012).

O envelhecimento da população mundial é um fenómeno demográfico significativo que afeta tanto países desenvolvidos, como em desenvolvimento. Estima-se que, até 2050, o número de pessoas com 60 anos ou mais aumente de 841 milhões para 2 mil milhões, representando cerca de 22% da população global (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Em Portugal, este fenómeno é igualmente significativo. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2023, a população residente era de aproximadamente 10,6 milhões de pessoas, das quais 21,8% tinham 65 anos ou mais, o que coloca Portugal entre os países com maior percentagem de população idosa na União Europeia (INE, 2023).

O envelhecimento da população, aliado ao aumento da esperança média de vida e à incidência de doenças crónicas, tem contribuído para o crescimento dos níveis de dependência, exigindo respostas qualificadas e integradas por parte dos sistemas de saúde (Figueiredo, 2012). Este aumento da longevidade implica, inevitavelmente, um maior risco de doença, incapacidade e dependência, com custos significativos não só para o próprio, mas também para a família e para a sociedade. Neste contexto, Viegas e Rodrigues (2022) referem que o acréscimo das necessidades de saúde nas pessoas idosas exige frequentemente cuidados prolongados, responsabilidade que, de forma natural ou imposta, recai maioritariamente sobre a família.

Ao longo deste relatório, consideramos a avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD) segundo o índice de Barthel, como referencial para a identificação do membro da família com

dependência ligeira. A Escala de Barthel (Araújo et al., 2007), amplamente utilizada em contexto comunitário, avalia de forma objetiva a autonomia da pessoa idosa na execução de dez atividades básicas de vida diária, como alimentar-se, cuidar da higiene, vestir-se, deambular ou subir escadas. A pontuação final permite classificar o grau de dependência em ligeiro, moderado ou grave (Sequeira, 2016). Assim, uma dependência ligeira corresponde a 61-90 pontos, traduzindo-se na capacidade para realizar a maioria das atividades de forma autónoma, embora com necessidade de ajuda parcial em algumas delas.

Os PC asseguram 80% da carga de cuidados prestados no domicílio, sendo um grupo vulnerável, frequentemente exposto a stresse prolongado, que acarreta riscos acrescidos para a sua saúde física, emocional e social (Viegas & Rodrigues, 2022). Os mesmos autores referem que a experiência de ser PC gera alterações no funcionamento familiar e uma sobrecarga que pode conduzir à transição de um estado de saúde para doença no próprio PC, estando essa sobrecarga, inclusivamente, associada a mortalidade, hospitalização, abuso e negligência dos idosos dependentes.

Estes desafios tornam-se ainda mais evidentes quando, como em Portugal, a política de saúde segue uma lógica familiarista, responsabilizando a família pela prestação dos cuidados (Bento, Amaral & Silva, 2021). Os autores sublinham que cerca de um terço das pessoas dependentes no autocuidado depende totalmente do PC para sobreviver. É ainda salientado que muitos destes PC são também idosos, frequentemente cônjuges, com idade superior a 65 anos, sendo que 15% têm mais de 80 anos (Bento, Amaral & Silva, 2021).

As mulheres continuam a representar a maioria dos PC (Grunfeld et al., 1997; Krasch, 2003, citado em Marques, Teixeira & Neri de Souza, 2012). Contudo, muitas vezes desempenham este papel sozinhas, sem apoio, enfrentando cansaço, stresse, exaustão e sentimentos ambivalentes em relação ao ato de cuidar. Os mesmos autores referem que a sobrecarga vivenciada decorre não só da exigência física e emocional do cuidado, mas também da falta de conhecimento e da incapacidade para lidar com situações complexas, tornando o papel irreversível e fonte de sofrimento.

A prestação de cuidados em contexto domiciliário aos membros da família com dependência requer, por isso, uma reflexão urgente sobre a adequação do atual modelo, que continua a responsabilizar sobretudo as famílias, sem garantir uma avaliação prévia das suas condições para o exercício do papel e sem o suporte profissional adequado (Bento, Amaral & Silva, 2021). Os autores reforçam que a necessidade de um maior suporte profissional, particularmente de enfermagem, é imperativa. Neste sentido, torna-se fundamental investir em intervenções que capacitem os PC, reforcem as suas competências e diminuam a sobrecarga (Padilla, 2008, citado em Marques, Teixeira & Neri de Souza, 2012; Júnior et al., 2011, citado em Marques, Teixeira & Neri de Souza, 2012).

A conceção da família como unidade de cuidados constitui um dos pilares centrais da prática em

ESF. Segundo Ferreira et al. (2021), o EEECESF deve cuidar da família reconhecendo a sua complexidade enquanto sistema em constante transformação, prestando cuidados ao longo das várias fases do ciclo vital e atuando nos diferentes níveis de prevenção. Esta abordagem exige do enfermeiro competências específicas que permitam avaliar e intervir tendo como foco não apenas o indivíduo, mas a família como um todo, promovendo a sua funcionalidade e resiliência.

A conceção de cuidados neste relatório terá na sua base diversos pressupostos e teorias centradas na família e nos indivíduos, como o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) (Wright & Leahey, 2018), o MDAIF (Figueiredo, 2012) e a Teoria das Transições (Meleis, 2010). Os planos de cuidados serão construídos com base na Ontologia de Enfermagem, aprovada pela OE e com recurso à plataforma E4Nursing.

O MCAIF, desenvolvido por Wright e Leahey, constitui um referencial teórico que orienta a avaliação e a intervenção junto das famílias, permitindo compreender a sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, bem como delinear estratégias de capacitação e adaptação. Reconhecido pela OE (2023) como referencial na prática clínica especializada, este modelo sustenta a tomada de decisão do enfermeiro nos cuidados centrados na família. O MDAIF (Figueiredo, 2012) constitui um referencial de enfermagem que permite avaliar e intervir junto das famílias, permitindo uma avaliação sistemática das suas dimensões estrutural, funcional e de desenvolvimento. Para além de identificar necessidades e recursos, este modelo possibilita planejar intervenções adequadas e avaliar os seus resultados, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a capacitação das famílias na gestão da saúde. A Teoria das Transições, de Afaf Meleis, centra-se nas mudanças significativas vivenciadas por indivíduos e famílias, analisando as respostas adaptativas e orientando intervenções de enfermagem que facilitem a adaptação, o bem-estar e a aquisição de novos papéis.

Neste contexto, o EEECESF assume um papel incontornável, possibilitando a autonomia das famílias, reforçando as capacidades dos PC e promovendo estratégias que favoreçam a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas e famílias em contexto comunitário (Correia et al., 2001).

O EEECESF desempenha um papel fundamental na construção e consolidação do papel do PC em famílias que integram casais idosos com dependência ligeira. Uma das suas competências específicas consiste em considerar a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e focando-se tanto na família como um todo, como nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e das suas transições (OE, 2018). Esta competência adquire particular relevância no contexto do envelhecimento e da transição para o papel de PC, na medida em que este processo constitui uma situação de mudança significativa, com impacto na dinâmica familiar e na saúde dos seus membros.

Neste âmbito, importa sublinhar que o EEECESF, ao estabelecer uma relação terapêutica com a família, favorece a adaptação ao novo papel do prestador de cuidados, reforçando a sua

motivação e sentido de competência. Simultaneamente, a monitorização contínua das respostas da família e do idoso dependente permite identificar precocemente sinais de sobrecarga e intervir de forma ajustada. Acresce ainda a competência de facilitar a resposta da família em situações de transição complexa, ajudando-a a reorganizar papéis e mobilizar recursos, assegurando um cuidado sustentável e equilibrado (OE, 2018).

Assim, a articulação entre as competências do EEECESF e a construção do papel do PC evidencia a importância da sua intervenção especializada na capacitação das famílias, que se pretende evidenciar neste relatório com recurso ao desenho de uma avaliação de necessidades da família enquanto unidades de cuidados e, à conceção de cuidados especializados em ESF. Ao promover conhecimento, apoiar emocionalmente, prevenir a sobrecarga e facilitar a adaptação às transições do ciclo vital, o EEECESF contribui de forma decisiva para a qualidade do cuidado prestado e para a proteção da saúde e bem-estar tanto do idoso dependente como do próprio PC.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Este capítulo tem como objetivo apresentar e refletir sobre o contexto clínico onde decorre a componente de estágio realizada no âmbito da ESF. A primeira parte pretende-se apresentar e caracterizar a USF onde foi realizado o Estágio de Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente os recursos físicos, recursos humanos, modelo de organização e métodos de trabalho. A caracterização da USF baseou-se na consulta e análise de documentos internos, como o Regulamento Interno e plataformas de sistemas de informação, nomeadamente o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) e SClínicoCSP. Será também abordada a análise da lista de família da ET.

### **A unidade de saúde familiar**

As USF são unidades fundamentais na prestação de cuidados de saúde, tanto individuais como familiares, formadas por equipas multiprofissionais constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos. As USF podem ser estruturadas conforme os seguintes modelos: B e C. As USF possuem autonomia organizativa, funcional e técnica e estão integradas numa rede com outras unidades funcionais do ACeS ou da ULS (Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

A USF é uma unidade funcional que iniciou a sua atividade assistencial a dezembro de 2012, operando inicialmente em Modelo A. A USF, até 31 de dezembro de 2023, integrava um ACeS na região Norte e estava inserida na Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN). A partir de 1 de janeiro de 2024, a USF transitou para Modelo B e passou a integrar uma ULS, resultado da integração das unidades funcionais do ACES com o centro hospitalar da região.

A USF é uma unidade de saúde que tem como principal objetivo promover o bem-estar da comunidade, assegurando cuidados de saúde de qualidade e adaptados às necessidades da população. Situada em localidades inseridas no município X, a USF é composta por uma equipa multidisciplinar que trabalha de forma integrada, visando a prestação de cuidados contínuos, acessíveis e personalizados. A missão, visão e valores são pilares fundamentais para o funcionamento da USF (BI-CSP, 2024).

A unidade tem como missão fornecer cuidados de saúde personalizados à população da área de residência, assegurando a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (BI-CSP, 2024).

Apresenta, como visão, ser uma unidade de CSP de excelência, adaptada às características das populações que serve. Tem como objetivo ser uma unidade próxima das famílias e cidadãos,

sustentável e baseada na vontade empreendedora dos profissionais (BI-CSP, 2024). Com os recursos humanos e técnicos disponíveis, a USF tem como objetivo responder adequadamente às expectativas dos cidadãos, promovendo o bem-estar e a saúde da comunidade. A unidade pretende ainda consolidar-se como uma referência em cuidados de saúde, destacando-se pelo seu desempenho exemplar em todas as vertentes da prestação de cuidados (BI-CSP, 2024).

Segundo o Regulamento Interno da USF, a mesma orienta a sua atividade pelos seguintes valores (Artigo 5.º Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro):

- Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objetivos de eficiência e qualidade;
- Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- Solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
- Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;
- Articulação, que estabelece a necessária ligação entre a atividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do agrupamento;
- Avaliação, que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação;
- Gestão participativa, a adotar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.

O horário de funcionamento e atendimento ao utente é das 08h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. Durante este período, são assegurados cuidados médicos, de enfermagem e serviços administrativos para todos os utentes com marcação prévia. Também é garantido o atendimento de situações de doença aguda ou subaguda no próprio dia. Fora deste horário, o atendimento de situações agudas ou subagudas é garantido através de alternativas assistenciais, como o serviço de urgência do hospital de referência, e o serviço de atendimento complementar (SAC) numa unidade situada a cerca de 5 km, com horário de funcionamento das 20h00 às 23h00, de segunda a sexta-feira, e das 8h00 às 20h00, nos fins-de-semana e feriados.

### **Recursos humanos e estrutura física**

A equipa da USF é constituída por 24 profissionais, distribuídos por diversas áreas de atuação, e segue um modelo de organização e trabalho baseado na colaboração multidisciplinar. A equipa

é formada por oito médicos, dois médicos internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar, oito enfermeiros (dos quais dois especialistas na área de enfermagem de saúde mental e psiquiatria; um na área de enfermagem de saúde comunitária e um na área de enfermagem de reabilitação) e seis assistentes técnicos. Exercem ainda funções na USF três assistentes operacionais e dois vigilantes durante todo o período de abertura da unidade.

Os órgãos de gestão da USF são a Coordenação, Conselho Técnico e Conselho Geral. A USF é composta por oito equipas de saúde familiar, constituídas por um médico de família (MF), enfermeiro de família (EF) e um assistente técnico. A prestação de cuidados aos utentes e suas famílias abrange diversas áreas, incluindo a vigilância e promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças em todas as fases da vida, cuidados no domicílio, bem como a interligação e colaboração com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, adotando uma abordagem de “gestor de saúde” do cidadão. O acesso à USF pode ser realizado por meio de consultas programadas, consultas abertas e visitas domiciliárias, conforme estabelecido nos documentos orientadores da unidade (2024).

Relativamente à estrutura física, a USF beneficiou de um edifício novo, inaugurado em 2021, e partilha as suas instalações com outras unidades funcionais e outros profissionais da ULS, tais como:

- Equipa Coordenadora Local (ECL);
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP);
- Assistente social;
- Médico dentista;
- Assistente dentária.

A USF apresenta instalações próprias e é composta por um piso térreo, uma cave e um parque de estacionamento exterior e privado.

A unidade é constituída:

- Oito gabinetes médicos;
- Oito gabinetes de consulta de enfermagem;
- Duas salas de enfermagem para tratamento de feridas;
- Duas salas para consultas de saúde infantil e juvenil;
- Duas salas para consultas de planeamento familiar;
- Uma sala de coordenação;
- Uma sala para administração de medicação;

- Duas áreas distintas para o trabalho administrativo, uma de atendimento ao público (front office) e uma reservada para o trabalho administrativo (back office);
- Uma sala de reuniões.

A unidade também apresenta uma sala de espera, uma sala de refeições para os profissionais, um armazém para material clínico/farmacêutico e um administrativo, um vestiário feminino e masculino, duas instalações sanitárias e dois espaços para resíduos de risco biológicos, de limpos e sujos.

### População-Alvo

De acordo com dados recolhidos no BI-CSP, referentes a setembro de 2024, a USF tem 13.244 utentes inscritos. Na Figura 1 é apresentada a pirâmide etária dos utentes inscritos na USF.

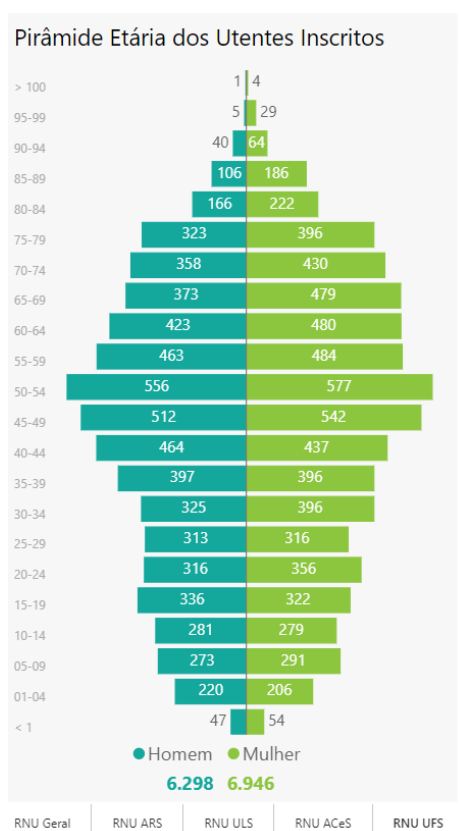


Tabela 1- Pirâmide Etária dos cidadãos inscritos na USF, número de utentes inscritos, número de utentes por grupos específicos, índice de dependência e unidades ponderadas (BI, 2025).

A pirâmide etária da USF (Figura 1) mostra que existe equidade em relação ao sexo dos utentes (n=6.298 homens; n=6.946 mulheres). Podemos retirar os seguintes dados: tanto no sexo masculino, como no feminino, a idade mais prevalente é o de 50-54. A maioria dos utentes (7.753 utentes que correspondem a 58,5%) encontra-se em idade ativa (19-65 anos), a taxa de idosos é de 24% (3.182 utentes) e taxa de jovens/crianças é de 17% (2.309 utentes). Ainda é

possível denotar que existe um índice de dependência de 57.46%.

Os problemas mais comuns diagnosticados aos utentes inscritos na USF, estão apresentados na Tabela 1 os dez problemas ativos com maior proporção, de acordo com o MIM@UF (2025).

Área do Problema	Problema
Psicológico	PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS
Endócrino, metabólico e nutricional	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS
Psicológico	DISTÚRPIO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE
Endócrino, metabólico e nutricional	EXCESSO DE PESO
Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO
Sistema músculo-esquelético	SÍNDROMES DA COLUNA SEM IRRADIAÇÃO DE DOR
Aparelho digestivo	ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DO ESTÔMAGO
Pele	NEOPLASIA MALIGNA DA PELE
Psicológico	ABUSO DO TABACO
Sistema músculo-esquelético	BURSITE / TENDINITE / SINOVITE, NE

Tabela 2 - Problemas mais comuns dos utentes inscritos na USF (MIM@UF, 2025)

A análise dos dados evidencia uma prevalência significativa de problemas no domínio da saúde mental e do metabolismo. Destacam-se, na área psicológica, as perturbações depressivas e os distúrbios ansiosos/estado de ansiedade, bem como o abuso do tabaco. Na área endócrina, metabólica e nutricional, surgem com elevada incidência as alterações do metabolismo dos lípidos e o excesso de peso.

Outros problemas relevantes incluem a anemia por deficiência de ferro, na área do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e linfáticos, e diversas condições do sistema musculo-esquelético, nomeadamente síndromes da coluna sem irradiação de dor e bursite/tendinite/sinovite, não especificadas. Verificam-se ainda alterações funcionais ao nível do aparelho digestivo, com destaque para as alterações funcionais do estômago, e casos de neoplasia maligna da pele.

Relativamente a lista de códigos mais comuns dos utentes inscritos na USF, estão apresentados na Figura 2 os dez códigos com maior proporção, de acordo com o BI-CSP (2024).

ICPC	Nº Ut.	Proporção
T83 - Excesso de peso	3.961	34,64%
T93 - Alteração dos lípidos	3.505	30,65%
K86 - Hipertensão sem complicações	2.826	24,71%
P17 - Abuso do tabaco	2.099	18,35%
T82 - Obesidade	1.954	17,09%
W11 - Contraceção oral	1.443	12,62%
T90 - Diabetes não insulino-depende...	1.188	10,39%
P76 - Perturbação depressiva	1.123	9,82%
F91 - Erro de refração	1.062	9,29%
A98 - Manutenção de saúde/medicin...	932	8,15%

Tabela 3 - Códigos mais comuns dos utentes inscritos na USF (BI, 2025)

O “Excesso de Peso” (34,64%), a “Alteração dos Lípidos” (30,65%) e a “Hipertensão Sem Complicações” (24,71%) definem o pódio da tabela da figura 2. Ainda se destacam, o “Abuso de Tabaco” (18,35%), a “Obesidade” (17,09%), a “Contraceção Oral” (12,62%) e a Diabetes não Insulinodependente (10,39%), com percentagens superiores a 10%.

Os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados e as respetivas intervenções de enfermagem associadas refletem as principais áreas de atuação da equipa de enfermagem na USF. Estes dados, apresentados na Figura 3, evidenciam uma prática diversificada, centrada na promoção da saúde, na gestão da doença crónica e na vigilância de fatores de risco.

Fenómeno	Métrica	Nº de Diagnósticos de Enfermagem		
	Sexo	Homem	Mulher	Total
Gestão do Regime Terapêutico		450	632	1.082
Adesão à Vacinação		312	377	689
Excesso de Peso		254	353	607
Uso de Tabaco		195	327	522
Hipertensão		174	289	463
Uso de Álcool		155	253	408
Úlcera		83	105	188
Auto - Exame		80	96	176
Uso de Contraceptivos			167	167
Planeamento Familiar			159	159
Ferida Cirúrgica		41	49	90
Comportamento de Procura de Saúde		8	30	38
Comportamento de Adesão		10	25	35
Papel Parental		19	16	35
AUTOCUIDADO		13	16	29
Gravidez			28	28
Mamar		10	18	28
Ferida Traumática		13	14	27
Infeção		18	9	27
Conforto		15	10	25

Tabela 4 - Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes na USF (MIM@UF, 2025)

Os diagnósticos de enfermagem mais comuns identificados na USF abrangem diversas áreas, refletindo as principais necessidades de saúde da população acompanhada. Verifica-se uma elevada incidência de diagnósticos relacionados com a gestão de doenças crónicas e fatores de risco, como a Gestão do Regime Terapêutico, Adesão à Vacinação, Excesso de Peso, Hipertensão e Úlcera.

Também se destacam diagnósticos associados a comportamentos de saúde, como o Uso de Tabaco, Uso de Álcool e o Comportamento de Procura de Saúde, que evidenciam a importância da educação para a saúde e da promoção de estilos de vida saudáveis.

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, surgem diagnósticos como Planeamento Familiar, Uso de Contraceptivos, Gravidez e Mamar. São ainda frequentes diagnósticos ligados ao acompanhamento de feridas (Ferida Cirúrgica e Ferida Traumática) e à gestão de Infeção e Conforto.

Por fim, diagnósticos como Papel Parental, Autoexame e autocuidado refletem o trabalho da equipa de enfermagem na promoção da autonomia e no reforço das competências de autocuidado dos utentes e suas famílias.

Relativamente as intervenções de enfermagem mais comuns dos utentes inscritos na USF, estão apresentados na Figura 4 as vinte intervenções com maior proporção, de acordo com o MIM@UF (2025).

Intervenção de Enfermagem ▲	Métrica Nº de Intervenções de Enfermagem ▼
Avaliar adesão à vacinação	1.011
Monitorizar peso corporal	789
Monitorizar índice de massa corporal	724
Monitorizar tensão arterial	715
Monitorizar altura	574
Avaliar gestão do regime terapêutico	504
Monitorizar frequência cardíaca	497
Monitorizar uso de tabaco	464
Monitorizar perímetro abdominal	458
Avaliar uso de álcool	400
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	399
Avaliar risco de diabetes tipo 2	380
Monitorizar uso de álcool	306
Avaliar diabetes	258
Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil	237
Avaliar risco de úlcera diabética	232
Planear vacinação	203
Avaliar potencial para melhorar a capacidade	166
Avaliar uso de contraceptivos	161
Administrar vacina	158

Tabela 5 - Intervenções de Enfermagem mais prevalentes na USF (MIM@UF, 2025)

Estes dados apresentam uma forte presença de intervenções relacionadas com a monitorização de parâmetros clínicos, como a monitorização do peso corporal, do índice de massa corporal, da tensão arterial, da altura, da frequência cardíaca, do perímetro abdominal e do uso de tabaco e álcool.

São também frequentes intervenções centradas na avaliação de riscos de saúde e na capacitação dos utentes, destacando-se a avaliação da adesão à vacinação, da gestão do regime terapêutico, do uso de álcool, do potencial para melhorar o conhecimento, do risco de diabetes tipo 2, da diabetes, do desenvolvimento infantil e juvenil, do risco de úlcera diabética e do uso de contraceptivos.

No âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, surgem ainda intervenções como o planeamento da vacinação, a administração de vacinas e o reforço das capacidades do utente, através da avaliação do potencial para melhorar a capacidade.

Estes dados são importantes para se perceber que tipo de população está inscrita na unidade e até mesmo na identificação de necessidades e prioridades na mesma.

### **Caracterização da lista de utentes e famílias da Enfermeira Tutora**

O EF é um profissional de enfermagem integrado na equipa multiprofissional de saúde, sendo responsável pela prestação de cuidados globais às famílias em todas as fases da vida e em diversos contextos da comunidade. O seu papel envolve o cuidado à família enquanto unidade de cuidados, oferecendo cuidados gerais e específicos em cada etapa da vida, e atuando nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto).

A caracterização da lista de utentes do ficheiro da ET realizou-se com base na análise dos dados

da USF e da lista do ET. Os dados foram obtidos através do SClínico, do MIM@UF e BI-CSP.

De acordo com dados recolhidos no BI-CSP, referentes a setembro de 2024, o ficheiro da lista de utentes da ET tem 1.638 utentes inscritos, que representavam 12,37% da população inscrita na USF (n=13244). Através do MIM@UF, verifica-se que os utentes do ficheiro da ET estão agrupados 813 famílias. Na Figura 5 é apresentada a pirâmide etária dos utentes inscritos na lista da ET.

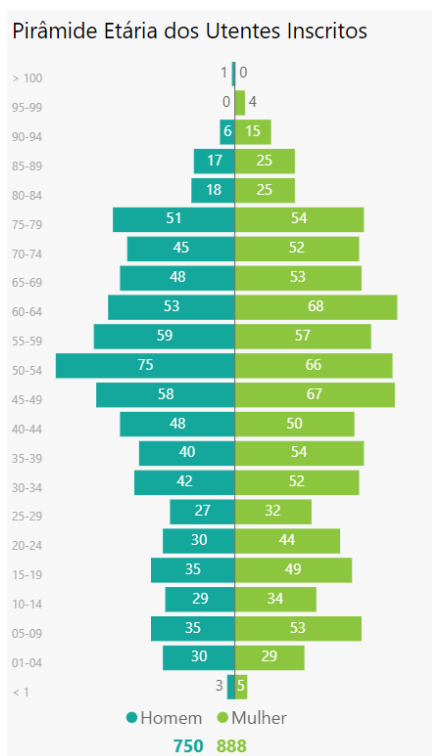


Tabela 6 - Pirâmide Etária dos cidadãos inscritos na lista de utentes da enfermeira tutora, número de utentes inscritos, número de utentes por grupos específicos, índice de dependência e unidades ponderadas (BI, 2025).

A pirâmide etária da lista da ET (Figura 3) mostra que existe uma percentagem maior de utentes do sexo feminino (n=888) em relação ao sexo masculino (n=750). Podemos retirar os seguintes dados: tanto no sexo masculino, como no feminino, a idade mais prevalente é o de 50-54. A maioria dos utentes (922 utentes que correspondem a 56,3%) encontra-se em idade ativa (19-65 anos), a taxa de idosos é de 25,3 % (414 utentes) e a taxa de jovens/crianças é de 18,4% (302 utentes). Quando analisadas as pirâmides da USF e da lista da ET, mostram-se resultados semelhantes.

Ainda é possível denotar que existe um índice de dependência de 62.82%, ligeiramente superior ao índice da USF.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem, os dados analisados permitiram identificar os vinte diagnósticos mais prevalentes na lista de utentes acompanhados pela enfermeira tutora,

na Figura 6.

Fenómeno ▲	Métrica Nº de Diagnósticos de Enfermagem			
	Sexo ▲	Homem ▼	Mulher ▼	Total ▼
Gestão do Regime Terapêutico		118	158	276
Adesão à Vacinação		70	85	155
Excesso de Peso		31	59	90
Hipertensão		19	40	59
Úlcera		15	15	30
Uso de Tabaco		10	19	29
Infeção		16	9	25
Auto - Exame		11	14	25
Uso de Álcool		7	12	19
Amamentar			17	17
Planeamento Familiar			14	14
Uso de Contraceptivos			13	13
Ferida Cirúrgica		2	10	12
Conforto		7	5	12
Ansiedade		3	9	12
AUTOCUIDADO		5	7	12
Edema		5	5	10
Mamar		4	6	10
Úlcera de Pressão		1	4	5
Ferida Traumática		2	3	5

Tabela 7- Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes na lista da ET (MIM@UF, 2025)

A análise dos diagnósticos de enfermagem identificados na lista de utentes acompanhados pela enfermeira tutora permite evidenciar as principais necessidades de saúde da população e o foco da intervenção da equipa de enfermagem.

Verifica-se uma forte presença de diagnósticos relacionados com a gestão de doenças crónicas, nomeadamente a Gestão do Regime Terapêutico, a Adesão à Vacinação, o Excesso de Peso, a Hipertensão e a Úlcera. Estes diagnósticos refletem a importância da vigilância regular e da promoção da adesão aos tratamentos, bem como da prevenção de complicações associadas a condições crónicas prevalentes.

São também relevantes os diagnósticos ligados a comportamentos de saúde, como o Uso de Tabaco, o Uso de Álcool e o incentivo ao Autoexame, que reforçam a necessidade de ações de educação para a saúde e de promoção de estilos de vida saudáveis.

Os diagnósticos no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, como Planeamento Familiar, Uso de Contraceptivos e Amamentar, evidenciam a atuação da equipa na promoção da saúde da mulher, da criança e da família.

Além disso, surgem diagnósticos associados à gestão de situações agudas e à prevenção de complicações, como Infeção, Ferida Cirúrgica, Ferida Traumática e Úlcera de Pressão, que demonstram a importância dos cuidados de vigilância e tratamento de lesões.

Por fim, diagnósticos como Conforto, Ansiedade, Autocuidado e Edema traduzem a abordagem holística da equipa de enfermagem, que valoriza tanto a dimensão física como o bem-estar emocional e o desenvolvimento da autonomia dos utentes.

Em síntese, esta análise revela uma prática de enfermagem centrada nas necessidades reais da população, que integra a prevenção da doença, a promoção da saúde e o acompanhamento contínuo das situações de doença crónica e aguda.

No que respeita às intervenções de enfermagem, na Figura 7, foram também analisadas as vinte intervenções mais frequentemente registadas junto dos utentes da lista da enfermeira tutora.

Intervencao de Enfermagem ▲	Métrica Nº de Intervenções de Enfermagem ▼
Avaliar adesão à vacinação	193
Monitorizar peso corporal	101
Monitorizar índice de massa corporal	99
Monitorizar tensão arterial	84
Monitorizar altura	75
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	69
Avaliar gestão do regime terapêutico	61
Monitorizar frequência cardíaca	59
Avaliar potencial para melhorar a capacidade	49
Planear vacinação	48
Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil	45
Avaliar capacidade para gerir o regime medicamentoso	44
Avaliar capacidade para gerir o regime dietético	42
Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso	42
Avaliar diabetes	42
Avaliar capacidade para gerir o regime de exercício	41
Avaliar conhecimento sobre regime dietético	41
Avaliar conhecimento sobre regime de exercício	41
Monitorizar uso de tabaco	38
Monitorizar perímetro abdominal	35

Tabela 8 - Intervenções de Enfermagem mais prevalentes na lista da ET (MIM@UF, 2025)

A análise das intervenções de enfermagem mais frequentemente utilizadas revela uma prática fortemente orientada para a promoção da saúde, a prevenção da doença e o acompanhamento de situações crónicas.

Entre as intervenções mais registadas, destaca-se a avaliação da adesão à vacinação, que reflete o papel central da equipa de enfermagem na promoção da imunização e na prevenção de infeções evitáveis. Seguem-se diversas intervenções de monitorização de parâmetros clínicos, como o peso corporal, o índice de massa corporal, a tensão arterial e a altura, fundamentais no acompanhamento de doenças metabólicas e cardiovasculares.

A prática da equipa inclui ainda a avaliação do potencial para melhorar o conhecimento e a gestão do regime terapêutico, intervenções que reforçam o empowerment dos utentes e a sua capacidade para gerir a própria saúde. Destaca-se também a monitorização da frequência cardíaca e o planeamento da vacinação, reforçando a importância da vigilância contínua e da prevenção.

Intervenções relacionadas com o autocuidado e a promoção de estilos de vida saudáveis, como a avaliação da capacidade e do conhecimento para gerir o regime medicamentoso, dietético e

de exercício, surgem em número expressivo, evidenciando o trabalho da equipa na educação para a saúde.

Por fim, surgem ainda intervenções como a monitorização do uso de tabaco e do perímetro abdominal, que refletem a atenção dada aos fatores de risco modificáveis e à promoção de comportamentos de vida saudáveis.

Em síntese, estas intervenções demonstram uma abordagem de enfermagem centrada na prevenção, no acompanhamento personalizado e no reforço das competências dos utentes, contribuindo para a melhoria contínua da sua qualidade de vida.

De acordo com os dados relativos aos códigos dos utentes inscritos na lista da ET, apresentados na figura 8, referentes a 2024, podemos verificar que vão de encontro aos problemas ativos da USF. A “Alteração dos lípidos”, “Excesso de Peso”, “Hipertensão Sem Complicações” encontram-se nos problemas ativos com maior percentagem, seguido do “Abuso de Tabaco”, “Obesidade”, “Contraceção Oral”, “Perturbação Depressiva” e “Diabetes Não Insulino-Dependentes” com percentagens entre os 10 e 18%.

ICPC	Nº Ut.	Proporção
T93 - Alteração dos lípidos	595	43,37%
T83 - Excesso de peso	501	36,52%
K86 - Hipertensão sem complicações	377	27,48%
P17 - Abuso do tabaco	249	18,15%
T82 - Obesidade	240	17,49%
W11 - Contraceção oral	200	14,58%
P76 - Perturbação depressiva	176	12,83%
T90 - Diabetes não insulino-depende...	151	11,01%
P06 - Perturbação do sono	120	8,75%
D82 - Doença dos dentes/gengiva	116	8,45%

Tabela 9 - Códigos ativos mais frequentes dos utentes inscritos na lista da ET (BI, 2025)

Os utentes da lista da ET encontram-se inseridos em diferentes programas nacionais de saúde. Na figura 9 estão apresentados o número de utentes inseridos nos diferentes programas, através de dados fornecidos pelo programa MIM@UF.

Programa de Saúde - Enfermagem	Métrica N° de Utentes em programa de Saúde de enfermagem			
	Sexo	Homem	Mulher	Total
<b>Total</b>		<b>1.106</b>	<b>1.655</b>	<b>2.761</b>
Saúde Materna			11	11
Saúde Infantil		86	105	191
Saúde do Adulto		305	344	649
Saúde da Família		1	2	3
Saúde da Comunidade		20	17	37
Grupo de Risco: Hipertensão		131	122	253
Grupo de Risco: Diabetes		41	53	94
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar		10	286	296
Tratamento Feridas / Ulceras		68	83	151
Programas de Narcóticos de Substituição		1		1
Saúde Juvenil		28	33	61
Puerpério			17	17
Saúde Idoso		139	157	296
Apoio Domiciliário Integrado (Adi)		1	3	4
Dependentes		2	8	10
Ostomizados			1	1
Hipocoagulados			1	1
Preparação Psicoprofilática Para o Parto			6	6
Domicilio		1	6	7
Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral			3	3
P.N.S.E.: Saúde Individual e Colectiva			3	3
P.N.S.E.: Inclusão Escolar		5	5	10
Grupo de risco - Cardiovascular		110	137	247
Reabilitação		4	5	9
Rastreio do cancro do colo do útero			21	21
Grupo de Risco : DPOC		25	22	47
RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RECTO		38	50	88
Intervenções Breves em fumadores		44	52	96
Saúde Mental e Psiquiatria		25	77	102
Programa de Cuidados Continuados			2	2
COVID-19 (Temporário)		7	7	14
ADR Comunidade		14	16	30

Tabela 10 - Programas de Enfermagem inseridos na lista da ET (MIM@UF, 2025).



### **3. SR. A1**

O Sr. A1 tem 84 anos e reside com a esposa, a Sra. A2. Ambos têm uma filha de 58 anos. Reformado, foi condutor de veículos pesados de profissão. Possui o 4.º ano de escolaridade. Como antecedentes pessoais, apresenta diabetes mellitus tipo 2, hipertrofia benigna da próstata e hipertensão arterial. O Sr. A1, anteriormente independente nas ABVD, tem vindo a manifestar dificuldades na execução de algumas atividades de autocuidado, nomeadamente no autocuidado higiene, vestir-se e virar-se, na sequência do processo de envelhecimento. A dependência identificada está associada apenas à componente motora, não se verificando sinais de degeneração cognitiva.

#### **3.1. Enquadramento teórico**

O Sr. A1 possui várias doenças crónicas, tais como diabetes mellitus tipo 2, hipertrofia benigna da próstata e hipertensão arterial, que implicam a adesão e gestão de um regime terapêutico, fundamentais no processo de autogestão da doença.

A diabetes mellitus tipo 2 representa uma doença crónica complexa. A diabetes é uma patologia crónica de elevada prevalência, resultante da produção insuficiente de insulina pelo pâncreas ou da incapacidade do organismo em utilizá-la de forma adequada. Na diabetes mellitus tipo 2, a forma mais comum da doença, verifica-se uma resistência à ação da insulina. Entre os principais fatores de risco associados destacam-se o excesso de peso, hábitos alimentares desequilibrados, sedentarismo e antecedentes familiares. (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). No caso do Sr. A1, não foram identificados antecedentes familiares de diabetes.

O Sr. A1, no contexto das suas comorbilidades, requer uma vigilância rigorosa da diabetes, sendo imprescindível uma abordagem centrada no cliente. Tal abordagem deve ter em consideração não só as suas condições clínicas, mas também fatores psicossociais, funcionais e as suas preferências individuais. Como é sublinhado pela American Diabetes Association (2025), “os cuidados de saúde devem ser aplicados no contexto de um excelente acompanhamento clínico, ajustado às comorbilidades, preferências e contexto de vida do indivíduo”.

A gestão eficaz da diabetes deve envolver, além do controlo glicémico, a identificação precoce e o acompanhamento de complicações micro e macrovasculares, como a retinopatia, nefropatia,

neuropatia e risco cardiovascular. Neste sentido, a implementação de planos terapêuticos individualizados e revistos periodicamente é recomendada como boa prática clínica (American Diabetes Association, 2025).

A hipertrofia benigna da próstata é uma condição caracterizada pelo aumento não maligno do volume da próstata, frequentemente associada ao envelhecimento masculino (European Association of Urology, 2023). A hipertrofia benigna da próstata é uma das doenças urológicas mais comuns em homens idosos, estando intrinsecamente ligada ao processo natural de envelhecimento. Estudos demonstram que cerca de 50% dos homens com 60 anos e até 90% dos que ultrapassam os 80 anos apresentam algum grau de hiperplasia prostática (Parsons et al., 2010).

A hipertensão arterial é uma condição crónica definida pela elevação sustentada dos níveis de pressão arterial, sendo um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e insuficiência renal. A etiologia pode ser essencial (primária) ou secundária a outras patologias. A maioria dos casos é assintomática, sendo a deteção precoce crucial para prevenir complicações (Williams et al., 2018). A hipertensão arterial é altamente prevalente em idosos, afetando mais de 70% das pessoas com mais de 65 anos, e ultrapassando os 80% na população com mais de 75 anos (Whelton et al., 2018). Os mesmo autores referem que o envelhecimento vascular, caracterizado pela perda de elasticidade arterial e aumento da rigidez das artérias de grande calibre, contribui significativamente para a elevação sustentada da pressão arterial. Esta condição constitui um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, sendo especialmente relevante na gestão clínica da população geriátrica. No caso do Sr. A1, não há registo de antecedentes familiares de hipertensão arterial, a questão da alimentação e a ingestão de sódio encontra-se controlada.

O Sr. A1, anteriormente autónomo na realização das suas ABVD, tem vindo a evidenciar dificuldades em algumas tarefas de autocuidado, decorrentes do processo natural de envelhecimento. Estas limitações manifestam-se, não só na execução de cuidados pessoais como higiene, vestir e despir ou mobilidade, mas também na capacidade de gerir adequadamente o seu regime terapêutico.

Verificou-se ainda alguma confusão relativamente à gestão do regime terapêutico. Apesar de utilizar o dispensador semanal de medicamentos com o apoio da Sra. A1, quando questionado acerca da função dos fármacos e das indicações, verbalizou: “sei que é para a tensão, mas às vezes esqueço qual é para a diabetes” (sic).

A Escala de Barthel, validada para a população portuguesa por Araújo et al. (2007), é um instrumento utilizado nos serviços de saúde, especialmente em contexto comunitário, para avaliar de forma objetiva o nível de autonomia da pessoa idosa. Esta escala quantifica a

funcionalidade do indivíduo com base na sua capacidade para executar dez ABVD, tais como alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, utilizar o sanitário, tomar banho, vestir-se e despir-se, controlar esfíncteres, movimentar-se, efetuar transferências entre cama e cadeira, bem como subir e descer escadas. A pontuação atribuída a cada tarefa permite classificar o grau de dependência da pessoa em ligeiro, moderado ou grave (Sequeira, 2016). A escala foi aplicada ao Sr. A1 e tem uma dependência em grau ligeiro, com limitações mais direcionadas ao autocuidado higiene, vestir-se e virar-se.

De acordo com Orem (2001), "o autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal" (citado por Queirós, Vidinha, & Almeida Filho, 2014, p. 160). Esta definição reforça a centralidade do autocuidado enquanto função reguladora essencial no quotidiano dos indivíduos.

O autocuidado é um componente determinante para a preservação da autonomia e da qualidade de vida na velhice, permitindo ao idoso executar, de forma mais independente, as ABVD (Azevedo et al., 2020). No entanto, os idosos com dependência funcional evidenciam frequentemente limitações em múltiplas atividades de autocuidado, o que justifica a necessidade de cuidados parcialmente ou totalmente compensatórios, assegurados por PC ou profissionais de enfermagem (Ribeiro et al., 2014).

Algumas dessas dificuldades, particularmente no contexto da mobilidade típica do envelhecimento, envolvem a gestão do regime terapêutico. A gestão do regime terapêutico no idoso dependente constitui uma ação deliberada e auto-iniciada, orientada para a promoção do bem-estar, resultado de uma escolha consciente e sustentada pela autonomia da pessoa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). No entanto, no contexto da dependência funcional, a capacidade de gerir adequadamente o regime terapêutico encontra-se frequentemente comprometida, tornando imprescindível o envolvimento dos cuidadores informais e da equipa de saúde. No domicílio, a presença e o envolvimento dos PC—frequentemente familiares próximos—assumem um papel fundamental na continuidade e segurança dos cuidados. Como refere Baía (2018), "os indivíduos dependentes ao nível do autocuidado são na sua maioria idosos, cujos PC revelam ser também idosos [...]. Uns e outros requerem informação, capacitação e estabelecimento de confiança na relação para prevenir a exaustão" (p. 25). Neste contexto, é crucial reconhecer que "o nível de conhecimento acerca do regime medicamentoso das pessoas idosas pode influenciar significativamente o seu estado de saúde, comprometendo a eficácia e potenciando as interações medicamentosas e os efeitos adversos" (Novais et al., 2023, p. 52).

Por este motivo, o EF desempenha um papel essencial na promoção da autogestão segura do regime terapêutico. "O enfermeiro assume, desta forma, um papel essencial durante a

prestação de cuidados ao avaliar as necessidades das pessoas idosas e o modo como mobilizam os recursos para responder às mesmas, permitindo-lhe implementar cuidados de enfermagem para a gestão do regime medicamentoso, promotoras da adesão e da correta utilização dos medicamentos" (Novais et al., 2023, p. 50).

Em suma, o caso clínico do Sr. A1 evidencia a importância dos cuidados a prestar a pessoas idosas com múltiplas patologias crónicas e dependência ligeira. A coexistência de limitações funcionais, como dificuldades no autocuidado, associadas à presença de regimes terapêuticos exigentes, reforça a importância de uma abordagem integrada, centrada na pessoa e na família. Neste contexto, a capacitação do PC revela-se essencial, assumindo o EEECESF, ao nível individual um papel determinante na avaliação contínua, educação para a saúde e planeamento de cuidados personalizados e que enquadram adequadamente às necessidades individuais, que aqui se descrevem, no conjunto alargado de cuidados dirigidos à família enquanto unidade de cuidados. Assim, a articulação entre as dimensões da funcionalidade, do autocuidado e da gestão terapêutica permite não só otimizar os resultados em saúde, como também promover a autonomia e a qualidade de vida do Sr. A1 e da sua família.

## 3.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 84 anos | Masculino

### Cuidador

07-05-2025 10:00

07-05-2025 10:00 - Parentesco: cônjuge.

07-05-2025 10:00 - Coabita com a pessoa dependente.

07-05-2025 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

07-05-2025 10:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

07-05-2025 10:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

07-05-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para

assegurar na totalidade.

07-05-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

07-05-2025 10:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

07-05-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

07-05-2025 10:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

07-05-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

07-05-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

07-05-2025 10:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

07-05-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para transferir

07-05-2025 10:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

07-05-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

02-07-2025 14:00

02-07-2025 14:00 - Parentesco: cônjuge.

02-07-2025 14:00 - Coabita com a pessoa dependente.

02-07-2025 14:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

02-07-2025 14:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

02-07-2025 14:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

02-07-2025 14:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

02-07-2025 14:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

02-07-2025 14:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

02-07-2025 14:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

02-07-2025 14:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

02-07-2025 14:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

02-07-2025 14:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

02-07-2025 14:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

02-07-2025 14:00 - Capacidade física do cuidador para transferir

02-07-2025 14:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

02-07-2025 14:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

### 3.3. Medicação

#### Início

2025-05-07 10:00:00  
2025-05-07 10:00:00  
2025-05-07 10:00:00  
2025-05-07 10:00:00  
2025-05-07 10:00:00  
2025-05-07 10:00:00

#### Medicação

Empagliflozina, 10mg via oral  
Finasterida, 5mg via oral  
Metformina + Vildagliptina, 100mg + 50mg via oral  
Perindopril Teva, 10mg via oral  
Tansolosina, 0.4mg via oral  
Ácido acetilsalicílico, 150mg via oral

#### Fim

<b>Início</b> 2025-05-07 10:00:00	<b>Medicação</b> Bisoprolol Sandoz, 5mg via oral	<b>Fim</b>
--------------------------------------	---	------------

### 3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Tendo em conta a medicação habitual do Sr. A1, verificou-se que realiza a toma correta dos fármacos e cumpre as indicações propostas. Contudo, este processo depende fortemente do apoio da esposa, que prepara antecipadamente o dispensador semanal e o alerta para cada toma. Quando questionado acerca da função de alguns medicamentos, referiu: “Sei que é para a tensão, mas às vezes esqueço qual é para a diabetes” (sic), revelando fragilidades no conhecimento específico sobre a terapêutica. Desta forma, destaca-se o papel central da Sra. A2 na gestão do regime terapêutico, assegurando a organização e supervisão necessárias para garantir a adesão.

Do ponto de vista de enfermagem, é essencial monitorizar sinais de hipotensão ou bradicardia associados à toma de Bisoprolo Sandoz e Perindopril Teva, sobretudo em situações de maior fragilidade ou variações na hidratação e alimentação. Deve ainda ser reforçada a vigilância de possíveis efeitos secundários como tonturas ou fadiga, que podem comprometer a segurança, nomeadamente o risco de quedas.

Relativamente à Empagliflozina e à associação Metformina + Vildagliptina, importa manter a avaliação regular da função renal e vigilância quanto ao risco de hipoglicemia, especialmente em situações de menor ingestão alimentar ou aumento da atividade física. A desidratação é também um risco potencial associado a este tipo de antidiabéticos orais, devendo ser incentivada a ingestão hídrica adequada.

A toma de Ácido acetilsalicílico requer monitorização quanto a sinais de hemorragia (equimoses, hematoquezia, epistaxes), sendo igualmente importante avaliar a eventual presença de queixas gástricas, como dor epigástrica ou azia.

No que diz respeito à terapêutica dirigida à hiperplasia benigna da próstata, com Tansulosina e Finasterida, deverão ser avaliados efeitos adversos como hipotensão ortostática, alterações na libido ou disfunção sexual, frequentemente pouco mencionado pelos utentes, sobretudo idosos.

Neste contexto, a atuação do enfermeiro deve centrar-se na promoção da segurança da terapêutica, através de estratégias de educação para a saúde e supervisão da toma, na avaliação contínua de efeitos adversos e na articulação com outros profissionais para eventual ajuste da terapêutica, sempre que necessário, quer ao nível do indivíduo quer ao nível da capacitação do PC para se identifiquem idênticos pressupostos. De acordo com os efeitos referidos, o cliente não manifesta queixas.

### 3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
07-05-2025 10:00	Virar-se	
07-05-2025 10:00	Cuidar da higiene pessoal	
07-05-2025 10:00	Vestir-se ou despir-se	
07-05-2025 10:00	Autogestão do regime medicamentoso	

#### 3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Os domínios virar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se e gestão do regime medicamentoso constituem atividades fundamentais para a manutenção da funcionalidade diária, estando intrinsecamente relacionados com o autocuidado. A limitação, ainda que parcial, nestes domínios exige frequentemente cuidados complementares prestados por familiares ou profissionais de saúde (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014).

O processo de envelhecimento está associado a alterações fisiológicas, funcionais e cognitivas que podem comprometer a autonomia e originar situações de dependência. Com o aumento da esperança média de vida e a maior prevalência de doenças crónicas, cresce também o número de pessoas com necessidade de apoio em tarefas de autocuidado (Ribeiro & Pinto, 2014). Estas alterações podem provocar limitações nas ABVD, como tomar banho, alimentar-se, vestir-se ou gerir a medicação. O autocuidado, entendido como o conjunto de atividades realizadas para manter a vida, a saúde e o bem-estar, pode ser parcial ou totalmente comprometido, exigindo a intervenção de terceiros (Direção Geral de Saúde, 2017). A manutenção da autonomia nas tarefas básicas e instrumentais do quotidiano é, por isso, um objetivo prioritário no apoio a pessoas idosas, sobretudo com dependência ligeira, uma vez que a promoção do autocuidado contribui para preservar a autoestima, a dignidade e a qualidade de vida.

Na maioria dos contextos de dependência em idade avançada, é a família que assume o papel de principal PC. O PC, frequentemente um cônjuge, filho ou outro familiar próximo, torna-se uma figura central no apoio diário à pessoa idosa. Embora este papel seja frequentemente motivado por vínculos afetivos e um sentido de responsabilidade, acarreta também desafios significativos — quer pela ausência de preparação específica, quer pela sobrecarga física, emocional e ética associada ao cuidado prolongado (Pinto et al., 2023). A experiência de cuidar envolve sentimentos ambivalentes, oscilando entre a satisfação por contribuir para o bem-estar do familiar e a exaustão causada pela exigência contínua. Como referem Alves et al. (2023), “o cuidado contínuo pode provocar sobrecarga física e emocional, afetando a qualidade de vida do PC”. Assim, reconhecer este elemento da família como alvo de intervenção por parte dos

profissionais de saúde, nomeadamente do EF, é essencial para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

A gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário é uma dimensão crítica no cuidado a pessoas em situação de dependência, especialmente na presença de patologias crónicas e/ou limitações funcionais. Esta tarefa ultrapassa a simples administração de medicamentos, implicando conhecimento sobre os fármacos, vigilância de sinais de alerta, reorganização de rotinas e capacidade de tomada de decisão. De acordo com Santos e Pereira (2022), esta gestão “preconiza conhecimentos e cuidados específicos com plano terapêutico amplo e harmonizado aos valores individuais e necessidades da pessoa doente, assumindo um direito dela própria e do seu familiar de fazer escolhas informadas sobre a sua saúde”. A presença de regimes terapêuticos complexos, frequentemente com polimedicação, exige acompanhamento rigoroso para prevenir interações medicamentosas e efeitos adversos. Ribeiro e Pinto (2014) alertam que “as situações de polimedicação encontradas, aliadas ao perfil dos prestadores de cuidados, maioritariamente idosos e com baixo nível de literacia, podem configurar um problema de gestão adequada do regime medicamentoso”. É, por isso, fundamental considerar o ambiente domiciliário, as barreiras físicas à organização da terapêutica e a literacia em saúde dos intervenientes como fatores determinantes para a adesão terapêutica.

O EEECESF assume um papel central na capacitação do PC, promovendo o desenvolvimento de competências e literacia em saúde, fundamentais para a segurança e eficácia da gestão terapêutica. Esta atuação deve ser contínua, sistemática e individualizada, abrangendo a avaliação das necessidades da pessoa dependente e da sua rede de apoio familiar. Santos e Pereira (2022) sublinham que o PC familiar assume responsabilidades complexas, muitas vezes sem qualquer preparação prévia, o que pode originar sentimentos de insegurança, fadiga e sobrecarga. Nesse sentido, o EEECESF deve planejar e implementar estratégias de apoio, educação para a saúde e monitorização no domicílio. Como refere a Direção-Geral da Saúde (2017), “educar para o autocuidado implica capacitar as pessoas para a tomada de decisões informadas sobre a sua saúde e bem-estar”.

Neste contexto, a promoção e o reforço das capacidades de autocuidado dos membros da família com dependência ligeira constituem uma prioridade da intervenção do EEECESF, sendo imprescindível contar com um PC disponível, capacitado e motivado. A existência de um familiar que desempenhe ativamente esse papel contribui para o bem-estar físico e emocional da pessoa dependente, favorecendo a sua permanência no domicílio com dignidade e qualidade de vida (Figueiredo, 2012).

No presente relatório, optou-se por descrever dois contactos principais com o cliente e família em estudo: o primeiro referente à recolha de dados, definição de objetivos, formulação de diagnósticos e implementação das intervenções; e o segundo centrado na avaliação da evolução dos cuidados implementados. Importa salientar que, na prática clínica, ocorreram

diversos momentos de contacto com a família, no entanto, para efeitos de registo documental, apenas são explicitados dois contactos principais.

### 3.5. Conceção de Cuidados

#### Virar-se

07-05-2025 10:00

07-05-2025 10:00 - Capaz de mudar de posição na cama

07-05-2025 10:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

#### **07-05-2025 10:00 - Virar-se comprometido**

##### **02-07-2025 14:00 - Determinar evolução do virar-se**

*02-07-2025 14:00 - Avaliar evolução do virar-se*

##### **07-05-2025 10:00 - Promover papel do cuidador: prevenção da úlcera de pressão [FIM] 02-07-2025 14:00**

07-05-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

##### **07-05-2025 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de úlcera de pressão [RESOLVIDO] 02-07-2025 14:00**

*07-05-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de úlcera de pressão [FIM] 02-07-2025 14:00*

02-07-2025 14:00

02-07-2025 14:00 - Capaz de mudar de posição na cama

02-07-2025 14:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

#### Cuidar da higiene pessoal

07-05-2025 10:00

07-05-2025 10:00 - Não obtém objetos para o banho.

#### **07-05-2025 10:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido**

##### **07-05-2025 10:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal**

07-05-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-07-2025 14:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora [MELHOROU].

##### **07-05-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal [RESOLVIDO] 02-07-2025 14:00**

*07-05-2025 10:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal*

02-07-2025 14:00 - Refere satisfação com a autonomia para cuidar da higiene pessoal.

02-07-2025 14:00

02-07-2025 14:00 - Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].

02-07-2025 14:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

02-07-2025 14:00 - Lava e seca o corpo.

02-07-2025 14:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

02-07-2025 14:00 - Lava e seca parte do corpo.

### **Vestir-se ou despir-se**

07-05-2025 10:00

07-05-2025 10:00 - Capaz de abotoar-se

07-05-2025 10:00 - Não abotoa.

07-05-2025 10:00 - Capaz de atar cordões

07-05-2025 10:00 - Não ata cordões.

07-05-2025 10:00 - Capaz de calçar meias

07-05-2025 10:00 - Não calça as meias.

### **07-05-2025 10:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido**

#### **07-05-2025 10:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se**

02-07-2025 14:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

07-05-2025 10:00 - *Avaliar evolução da autonomia para vestir-se ou despir-se*

[FIM] 02-07-2025 14:00

02-07-2025 14:00 - Refere satisfação com a autonomia para vestir-se/despir-se.

#### **07-05-2025 10:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se**

02-07-2025 14:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

02-07-2025 14:00 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

02-07-2025 14:00 - Capacidade do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

02-07-2025 14:00 - Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

07-05-2025 10:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se*

02-07-2025 14:00 - Vestuário do familiar dependente adequado face às condições ambientais e antropométricas.

02-07-2025 14:00

02-07-2025 14:00 - Capaz de abotoar-se

02-07-2025 14:00 - Não abotoa [MANTEVE].

02-07-2025 14:00 - Capaz de atar cordões

02-07-2025 14:00 - Não ata cordões [MANTEVE].

02-07-2025 14:00 - Capaz de calçar meias

02-07-2025 14:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

### **Autogestão do regime medicamentoso**

07-05-2025 10:00

07-05-2025 10:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

07-05-2025 10:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

07-05-2025 10:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

07-05-2025 10:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

07-05-2025 10:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

07-05-2025 10:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

**07-05-2025 10:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida**

**07-05-2025 10:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso**

*07-05-2025 10:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso*

**07-05-2025 10:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso**

07-05-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-07-2025 14:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

07-05-2025 10:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

07-05-2025 10:00 - facilitadora.

02-07-2025 14:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

02-07-2025 14:00 - facilitadora [MANTEVE].

**07-05-2025 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso** [RESOLVIDO] 02-07-2025 14:00

*07-05-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso*

02-07-2025 14:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime medicamentoso.

02-07-2025 14:00

02-07-2025 14:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

02-07-2025 14:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

02-07-2025 14:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

02-07-2025 14:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

### 3.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se

- Observado ambiente adequado, com espaço livre e banco de apoio junto à cama. Reforçada a valorização da autonomia e a escolha de vestuário facilitador. De acordo com Silva e Dantas (2024), o ato de vestir e despir é uma ABVD que requer aptidão e, muitas vezes, apoio do PC, sendo essencial planear o ambiente, escolher roupas adaptadas e incentivar a participação da pessoa sempre que possível. Os mesmos autores salientam

que a organização do espaço, a comunicação clara e o uso de peças de vestuário simples e confortáveis favorecem a segurança, reduzem o esforço físico e contribuem para um momento mais agradável tanto para quem cuida como para quem é cuidado.

Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

- Questionou-se a Sra. A2 sobre o processo de organização da medicação; referiu que prepara o dispensador semanal e que, desde há algum tempo, o Sr. A1 já consegue identificar os comprimidos da manhã: “Ele está mais atento, mas continuo a confirmar se toma tudo” (sic). Revisou-se com a Sra. A2 o esquema terapêutico, reforçando a importância do reforço positivo e da vigilância de efeitos adversos. De acordo com Monterroso e Festa (2023), a adesão e gestão eficaz do regime medicamentoso em pessoas idosas dependem de múltiplos fatores, como o número de fármacos, o apoio familiar e a supervisão de enfermagem, sendo estas estratégias essenciais para prevenir esquecimentos, efeitos adversos e complicações. Os mesmos autores sublinham que o planeamento e o acompanhamento do enfermeiro, aliados à participação do PC, potenciam a segurança e a continuidade do tratamento.

Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

- Solicitado ao Sr. A1 que identificasse os medicamentos da manhã e do jantar, bem como o horário correspondente. Questionado sobre o que acontece quando se esquece da toma, referiu: “às vezes lembro-me à hora de me deitar e depois já não tomo” (sic). Explicou-se que a adesão terapêutica contribui para evitar agudizações e complicações futuras. Verificou-se a utilização do dispensador semanal de medicamentos, com apoio da Sra. A2. Questionado sobre a função dos fármacos e se compreendia as indicações, verbalizou: “sei que é para a tensão, mas às vezes esqueço qual é para a diabetes” (sic). Reforçou-se, com recurso a esquemas visuais e apoio da Sra. A2, a associação de cada medicamento à respetiva patologia, promovendo a compreensão do regime terapêutico e a sua autogestão. De acordo com Novais et al. (2023), o envelhecimento e a polimedicação tornam o regime medicamentoso mais complexo, exigindo conhecimento adequado e capacidade de autogestão para prevenir complicações e melhorar o controlo das doenças crónicas. Os mesmos autores destacam que o enfermeiro assume um papel essencial na avaliação das necessidades e na implementação de estratégias educativas, favorecendo a adesão terapêutica e a utilização segura dos medicamentos, contribuindo para ganhos em saúde.

Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal

- Solicitado ao Sr. A1 que participasse ativamente nas tarefas de higiene do tronco, rosto e axilas. Explicou-se que a manutenção da autonomia nas ABVD promove a autoestima e evita maior dependência. Durante o momento, observou-se alguma lentidão na execução, mas sem recusa. A Sra. A2 relatou que “agora já quer pôr o creme sozinho” (sic). Reforçou-se a importância de continuar a promover a sua participação ativa, mesmo quando mais lenta. A literatura reforça que envelhecer com incentivo à participação ativa contribui para o sentimento de satisfação e domínio sobre si, sendo a autonomia pessoal um elemento central para o bem-estar (Samartini & Cândido, 2021). Além disso, os mesmos autores referem que o estímulo ao autocuidado — mesmo quando a execução é

mais lenta — favorece a autoconfiança e a manutenção das capacidades residuais, constituindo-se como estratégia essencial no cuidado de enfermagem.

Avaliar evolução do virar-se

- Solicitado ao Sr. A1 que realizasse a mudança de decúbito lateral com supervisão da Sra. A2. Explicou-se que esta tarefa visa prevenir úlceras de pressão, melhorar o conforto e preservar a mobilidade. Durante a observação, reforçou-se a importância de pedir ajuda sempre que sentisse limitação no movimento ou dor. Questionado sobre as sensações associadas à mudança de posição, verbalizou: “às vezes custa-me mais do lado esquerdo” (sic). Reforçou-se com a Sra. A2 que, mesmo com o colchão de pressão alternada, é essencial manter as mudanças de posição regulares, uma vez que a literatura evidencia que o reposicionamento frequente e o uso de superfícies de alívio de pressão reduzem significativamente a incidência de úlceras por pressão e preservam o conforto e a integridade cutânea (Rogenski & Kurcgant, 2012).

### 3.7. Síntese relativa ao caso

O plano de cuidados centrou-se na promoção da autonomia do Sr. A1 e no apoio à sua prestadora de cuidados, a esposa Sra. A2, tendo como referência os domínios funcionais mais comprometidos e os objetivos definidos. A estratégia utilizada valorizou a avaliação evolutiva e a capacitação de ambos os elementos do casal.

Face aos domínios selecionados, a conceção dos cuidados para o Sr. A1 centrou-se na promoção da autonomia funcional e da segurança no domicílio. A intencionalidade das intervenções passou por capacitar o Sr. A1 e a sua PC para uma maior autogestão das ABVD, numa lógica de progressão gradual e adaptada ao seu ritmo.

No domínio da mobilidade, foi avaliada a capacidade do Sr. A1 para se virar autonomamente. Solicitou-se ao utente a realização da mudança de decúbito lateral, com supervisão da PC. Explicou-se que essa tarefa visa prevenir úlceras de pressão e melhorar o conforto.

Na transição postural, foi avaliada a passagem da posição deitada para a sentada, promovendo-se a autonomia com apoio próximo e o uso de dispositivos facilitadores. Esta avaliação permitiu identificar dificuldades e orientar estratégias para otimização da mobilidade.

Em todas estas intervenções evidenciou-se o papel fundamental da PC, Sra. A2, que se mostrou sempre presente, colaborativa e receptiva às orientações transmitidas e o seu envolvimento foi determinante na implementação das estratégias propostas. A Sra. A2 revelou ainda consciência da importância de promover a autonomia do marido, equilibrando o apoio prestado com o incentivo à realização das tarefas pelo próprio, potenciando assim a segurança e a autogestão no quotidiano.

No que diz respeito à autonomia nas atividades de higiene pessoal, foi solicitado ao Sr. A1 que realizasse de forma autónoma os cuidados do tronco, rosto e axilas. Foi explicado que essa manutenção da autonomia contribui para a autoestima e evita agravamento da dependência. Verificou-se alguma lentidão, mas sem recusa de colaboração.

No domínio do vestir-se ou despir-se, observou-se um ambiente facilitador no quarto, com banco de apoio e vestuário adaptado. A intervenção focou-se no reforço da importância de preservar a autonomia, com apoio apenas quando necessário. A PC demonstrou consciência da necessidade de proporcionar espaço e incentivo à realização destas tarefas.

No que se refere à autogestão do regime medicamentoso, a avaliação centrou-se na utilização do dispensador semanal, na identificação dos medicamentos e na compreensão das respetivas indicações. O Sr. A1 verbalizou reconhecer algumas medicações, mas demonstrou dúvidas quanto à terapêutica para a diabetes: “sei que é para a tensão, mas às vezes esqueço qual é para a diabetes” (sic). Foram utilizados esquemas visuais explicativos e reforçou-se com a Sra. A2 a necessidade de vigilância e reforço positivo.

Ao longo do tempo, o Sr. A1 demonstrou um envolvimento ativo no processo de cuidados, evidenciado por uma crescente consciencialização dos riscos associados às suas limitações motoras e à complexidade do regime terapêutico. Apesar de algumas limitações persistirem — nomeadamente na preparação e organização da medicação e em atividades como o vestir/despir e a higiene pessoal —, observou-se uma evolução positiva na sua capacidade para mobilizar-se de forma mais segura e na gestão dos cuidados básicos, com o suporte da sua esposa.

No que respeita ao compromisso com a autogestão, foi solicitado ao Sr. A1 que identificasse as medicações das principais tomas diárias e os respetivos horários. Apesar de demonstrar progressos, ainda se verificam falhas pontuais. A Sra. A2 afirmou que ele “está mais atento, mas continuo a confirmar se toma tudo” (sic), o que reflete a presença de um apoio ativo, mas também a necessidade de manutenção da vigilância.

Assim, a intervenção ao longo do tempo contribuiu para potenciar a autonomia do Sr. A1 nas ABVD do quotidiano e para reforçar a competência do contexto familiar na prestação de cuidados. Ainda que subsistam desafios, os objetivos traçados foram parcialmente atingidos, verificando-se melhorias concretas nos domínios da mobilidade, higiene, autogestão e segurança, sendo fundamental a continuidade do acompanhamento para consolidação dos ganhos obtidos.

## 4. SRA. A2

A Sr. A2 tem 76 anos e reside com o marido, o Sr. A1. Reformada, foi doméstica de profissão. Possui o 4.º ano de escolaridade. Como antecedentes pessoais, apresenta dislipidemia, hipertensão arterial e osteoporose.

### 4.1. Clientes

#### Cliente

Adulto | Idade: 76 anos | Feminino

### 4.2. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-05-07 10:00:00	Glucosamina, 1500mg via oral	
2025-05-07 10:00:00	Irbesartan + Hidroclorotiazida, 300mg + 12.5mg via oral	
2025-05-07 10:00:00	Sinvastatina GP, 40mg via oral	

#### 4.2.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A Sra. A2 apresenta um regime terapêutico crónico direccionado ao controlo da hipertensão arterial, dislipidemia e possíveis queixas osteoarticulares.

Tendo em conta a medicação habitual prescrita à Sra. A2, verificou-se a existência de algumas dificuldades na gestão do regime terapêutico. Apesar de demonstrar disponibilidade e empenho no cumprimento das indicações médicas, a Sra. A2 evidenciou limitações na identificação da finalidade de alguns medicamentos. Foi ainda constatado que a sua medicação se encontrava misturada com a do Sr. A1, bem como a presença de caixas fora do prazo de validade, traduzindo fragilidades na organização. Esta situação, associada à baixa escolaridade formal e

ao contexto de polimedicação, aumenta o risco de erros ou omissões na administração, sustentando a necessidade de reforço de estratégias de capacitação e sistematização da gestão terapêutica.

Relativamente ao Irbesartan + Hidroclorotiazida, combinação frequentemente utilizada no controlo da hipertensão arterial, é essencial, do ponto de vista de enfermagem, a vigilância de sinais de hipotensão.

A Sinvastatina, indicada para o controlo da dislipidemia, exige vigilância de potenciais efeitos adversos, tais como mialgias, câibras ou elevação das enzimas hepáticas. Apesar de não ter referenciado queixas musculares, foi explicado que, caso surjam sintomas persistentes de dor ou fraqueza, deverá informar a equipa médica.

Por fim, a Glucosamina, geralmente prescrita para alívio sintomático em casos de artrose, não apresenta riscos significativos, mas pode provocar efeitos gastrointestinais ligeiros, como náuseas ou desconforto abdominal.

Em suma, a atuação de enfermagem centrou-se na educação para a saúde, na promoção de uma adesão terapêutica segura e na capacitação da utente para identificar sinais precoces de efeitos adversos. A Sra. A2 revelou-se uma PC atenta ao marido e, ao mesmo tempo, responsável pelo seu próprio regime terapêutico.

### 4.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
07-05-2025 10:00	Sistema cardiovascular	
07-05-2025 10:00	Autogestão do regime medicamentoso	

#### 4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A seleção dos domínios “Autogestão do regime medicamentoso” e “Sistema cardiovascular” prende-se com as necessidades identificadas durante o acompanhamento da Sra. A2. No que respeita à autogestão da medicação, constatou-se a existência de dificuldades na organização e cumprimento do regime terapêutico prescrito, o que representa um fator de risco para a eficácia do tratamento e a manutenção da sua estabilidade clínica. Já o domínio “Sistema cardiovascular” foi selecionado devido à presença de hipertensão arterial, condição que requer monitorização contínua, adesão terapêutica e adoção de comportamentos promotores da saúde cardiovascular. A atuação nestes domínios visou, assim, capacitar a utente para uma gestão

mais autónoma e segura da medicação, bem como para o controlo da sua condição crónica.

#### 4.4. Conceção de Cuidados

##### Sistema cardiovascular

07-05-2025 10:00

###### **07-05-2025 10:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

07-05-2025 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-05-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

###### **07-05-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso** [RESOLVIDO] 02-07-2025 14:00

*07-05-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM]* 02-07-2025 14:00

02-07-2025 14:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

###### **07-05-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea**

##### Autogestão do regime medicamentoso

07-05-2025 10:00

###### **07-05-2025 10:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida** [RESOLVIDO] 02-07-2025 14:00

###### **07-05-2025 10:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso**

*07-05-2025 10:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso*

02-07-2025 14:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

02-07-2025 14:00 - Organiza a medicação conforme horário.

02-07-2025 14:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

02-07-2025 14:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

02-07-2025 14:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

02-07-2025 14:00 - Administra a medicação pela via adequada.

02-07-2025 14:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

02-07-2025 14:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

02-07-2025 14:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

02-07-2025 14:00 - Armazena a medicação de acordo com as

recomendações.

#### 4.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

- Verificou-se a utilização do dispensador semanal de medicamentos. Questionada sobre os medicamentos em toma e respetiva indicação terapêutica, referiu: “Sei que são para a tensão, mas às vezes baralho-me com os comprimidos todos” (sic). Procedeu-se à revisão conjunta do esquema terapêutico para facilitar a associação entre os medicamentos e as respetivas patologias. Reforçou-se a importância da toma correta e contínua, tendo a Sra. A2 manifestado motivação para melhorar a sua autonomia na gestão da medicação. Segundo Borja-Oliveira (2013), o uso de organizadores de comprimidos pode auxiliar na adesão ao regime terapêutico, sobretudo em pessoas idosas, ao facilitar a conciliação entre autonomia, autocuidado e cumprimento posológico. Os mesmos autores alertam, contudo, para a necessidade de orientação profissional quanto ao armazenamento e identificação dos fármacos, prevenindo riscos para a eficácia e a segurança do tratamento.

#### 4.6. Síntese relativa ao caso

O plano de cuidados centrou-se na promoção da autonomia da Sra. A2 na gestão do regime terapêutico, tendo como referência os domínios selecionados — autogestão do regime medicamentoso e sistema cardiovascular. A estratégia utilizada valorizou a capacitação da cliente, através da educação para a saúde e do reforço do conhecimento sobre a relação entre a terapêutica e o controlo da hipertensão arterial.

No domínio da autogestão do regime medicamentoso, verificou-se que a Sra. A2 organiza autonomamente a sua medicação em dispensadores semanais, demonstrando boa adesão ao tratamento e cumprimento dos horários. Apesar de alguma necessidade de reforço no conhecimento sobre os fármacos em uso, revelou motivação para manter um regime seguro e organizado.

Ao longo do acompanhamento, observou-se evolução positiva no envolvimento da Sra. A2, tanto na gestão do seu próprio regime terapêutico como no apoio prestado ao Sr. A1. As intervenções de enfermagem contribuíram para reforçar a sua capacidade de identificar sinais de alerta relacionados com os efeitos adversos da medicação, potenciando a segurança e a autogestão no quotidiano.

Assim, a intervenção possibilitou ganhos concretos na adesão e na consciencialização da cliente relativamente ao seu regime terapêutico, sendo fundamental a continuidade do acompanhamento para consolidar os resultados alcançados.



## 5. FAMÍLIA A

A Família A é composta pelo Sr. A1, de 84 anos, e pela Sra. A2, de 76 anos, que estão casados há 56 anos e têm 1 filha. É uma família nuclear, em que está presente o subsistema conjugal.

### 5.1. Enquadramento teórico

A Família A é uma família nuclear, composta pelo casal A1, de 84 anos e A2 de 76 anos. De acordo com o ciclo vital de Duvall, a família encontra-se na fase VII do ciclo vital designada de “Família Idosa”.

A recolha de dados foi realizada ao longo de três consultas de enfermagem, sendo uma em contexto de consulta na USF e duas em contexto domiciliário, com duração aproximada de 60 e 90 minutos, respetivamente.

Através da formulação de questões lineares, como “Quem reside nesta casa?” e “Há quanto tempo estão casados?”, foi possível identificar os membros que integram esta família. Com base nessas informações, procedeu-se à elaboração do genograma.

O genograma apresenta informação sobre o sistema familiar, que é representada graficamente, proporcionando uma rápida visão sobre a sua composição e sobre alguns aspetos da sua complexidade em termos transgeracionais, como relações, problemas psicossociais ou problemas de saúde que tenham um padrão familiar. (Figueiredo, 2023).

O genograma da família 1 é apresentado na Figura 1 abaixo representado.

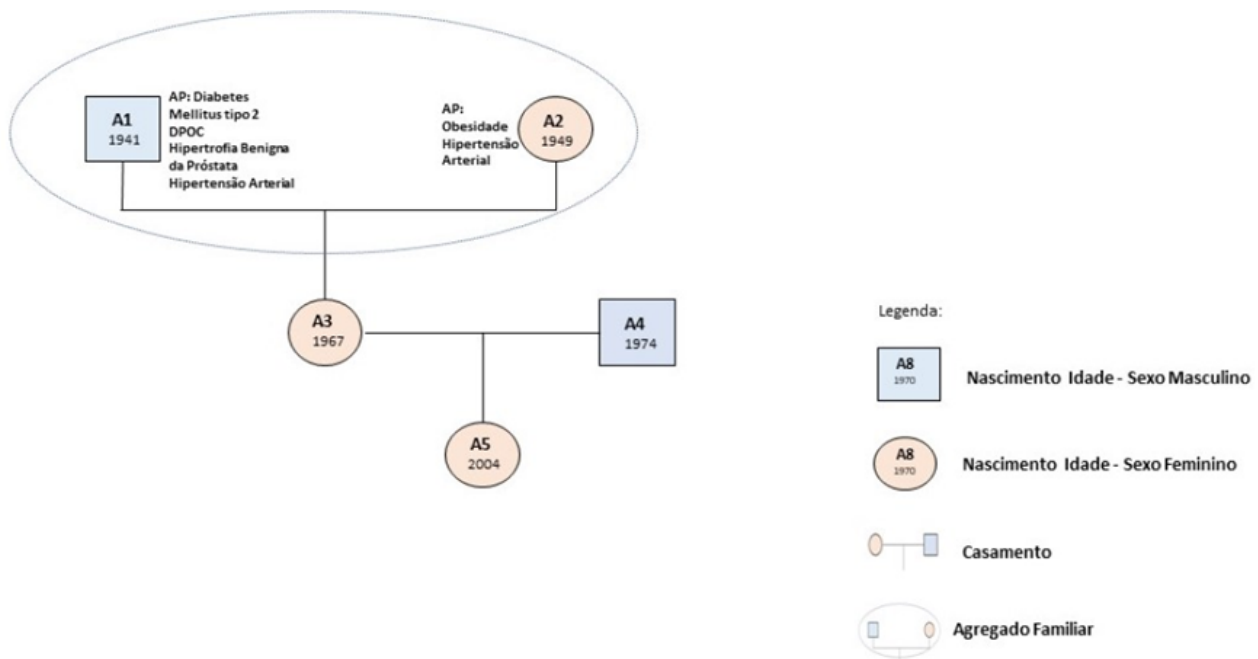


Figura 1 - Genograma da Família A

Segundo Figueiredo (2012), a identificação do tipo de família permite descrever a família de acordo com a sua composição e os vínculos entre os seus elementos, os quais determinam algumas das suas funções, internas e externas, associadas ao seu desenvolvimento.

A Família A é uma família nuclear composta por um único subsistema - o subsistema conjugal, A1 e A2.

O ecomapa ilustra as ligações com os sistemas mais amplos, permitindo a identificação de pessoas significativas e/ou instituições que se constituem como recurso no enquadramento da rede social da família. (Figueiredo, 2012).

Relativamente ao contacto com a família extensa, foi identificada pela família uma única filha do casal e segundo a A2, o mesmo é regular, “a minha filha liga todos os dias, mesmo que não consiga vir cá, acaba sempre por vir cá alguém todos os dias a casa, ou o meu genro ou a minha neta.”

Sobre a rede de amigos, o Sr. A1 referiu: “Tenho ali uns amigos com quem me junto no café de vez em quando para jogar umas cartas e pôr a conversa em dia”. Já a Sra. A2 partilhou que, embora com menor frequência, também costuma tomar o pequeno-almoço com amigas no mesmo espaço.

No que concerne aos vizinhos, o casal destacou um relacionamento positivo, pautado por interajuda e disponibilidade. Referiram que os vizinhos costumam estar atentos e disponíveis para pequenas ajudas do dia a dia, se necessário.

A relação com a equipa da USF é igualmente destacada como significativa. O Sr. A1 esteve

durante um longo período em seguimento na USF para tratamento de uma úlcera de perna crónica. Durante esse processo, criou um laço afetivo e terapêutico com a sua EF e com a MF que o acompanhou de forma próxima e contínua.

Por fim, salientam uma ligação muito forte com a irmã e o cunhado da Sra. A2, que, apesar de viverem em França, passam várias temporadas em Portugal, nomeadamente durante o verão. Nessas alturas, é habitual organizarem encontros familiares, passarem fins de semana juntos e aproveitarem os dias de sol para passeios e idas à praia em conjunto.

Após análise dos sistemas mais amplos e o tipo de vínculo da Família A com estes, foi elaborado o Ecomapa representado na Figura 2.

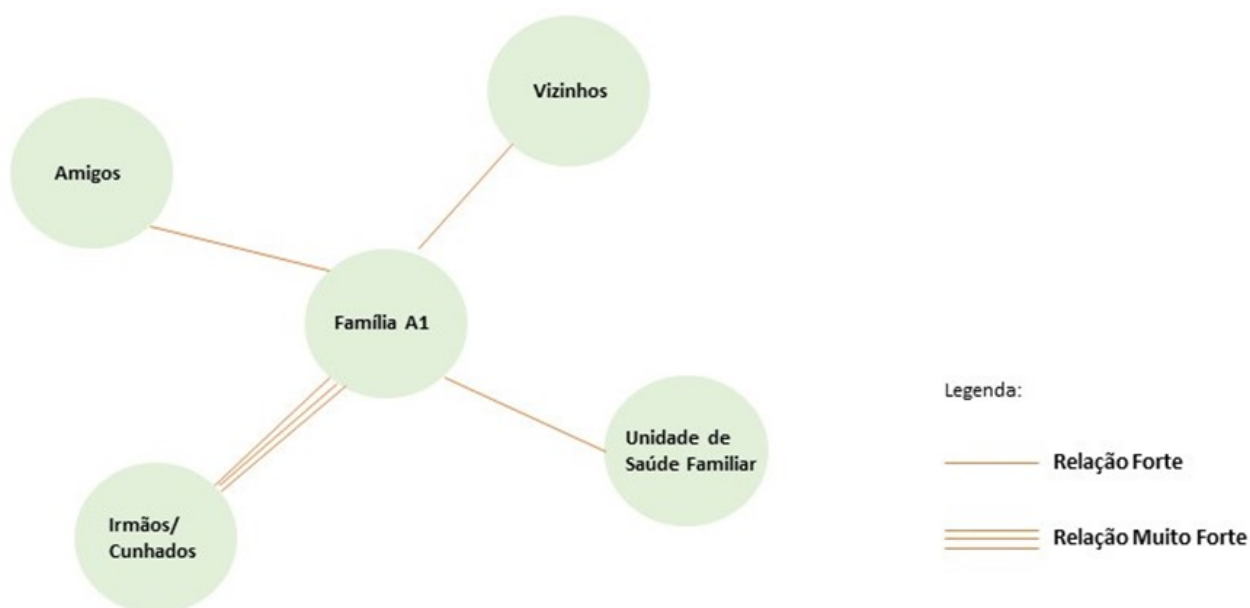


Figura 2 - Ecomapa da Família A

Este conjunto de relações interpessoais – familiares, vizinhos, amigos e equipa de saúde – constitui uma rede de suporte social protetora, que contribui significativamente para a prevenção do isolamento social em idade avançada, tal como defendido por Bezerra, Nunes e Moura (2021), que associam a presença de laços afetivos e de apoio regular a uma melhor qualidade de vida e bem-estar na velhice.

A fim de avaliar as condições socioeconómicas da família com vista a identificar a sua classe social, utilizou-se a escala de Graffar (Anexo 5). A escala de Graffar permite prever as condições de risco e alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial (Figueiredo, 2023).

A pontuação obtida foi de 15 pontos, designadamente: ambos estudaram até à 4ª classe (4 pontos); ambos estão reformados (4 pontos) e habitam numa casa que sem ser luxuosa é espaçoso e confortável, numa zona residencial boa, de ruas largas (2 pontos). Sendo assim, a

família A pertence à Classe Média.

Atentando às dimensões incluídas na matriz operativa do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção por dimensão:

- Dimensão Estrutural: rendimento familiar (origem do rendimento e conhecimento/capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares), edifício residencial (tipo de habitação), precaução de segurança (conhecimento sobre utilização de equipamento de aquecimento e gás e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas) e abastecimento de água;
- Dimensão Funcional: papel do PC, processo familiar.

Segundo Figueiredo (2012), a matriz operativa permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar. Através da matriz operativa do MDAIF, a avaliação familiar centra-se nas áreas de atenção, que, em complementaridade com os dados avaliativos, se constituem como uma estrutura de organização sistemática com três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012).

#### Dimensão Estrutural

O rendimento familiar, como já referido anteriormente, encontra-se no grau 4, o casal vive das reformas de ambos. Quando questionado sobre a forma como gerem o orçamento familiar, o Sr. A1 referiu: “A reforma não é grande, mas tem chegado para o essencial. Pagamos as contas, compramos os medicamentos e dá bem.”

Face à questão hipotética: “Se acontecesse um imprevisto, como uma despesa de saúde inesperada, conseguiriam suportar?”, a Sra. A2 respondeu: “Temos umas economias de lado, tentamos não mexer, mas se for preciso mesmo, temos sempre algum dinheiro.” O casal reside numa casa própria, já totalmente paga, o que representa um fator positivo na gestão do orçamento familiar. Acrescentam ainda que produzem alguns alimentos na pequena horta que têm no quintal, como alface, tomates e batatas, o que contribui para a contenção de despesas.

No seguimento das questões lineares, quando questionado sobre a adequação da reforma às suas expectativas, o Sr. A1 afirmou: “É o que é. Não é muito, mas não contava com mais. Já sabia que ia ser isto.” A Sra. A2 complementou: “A minha é mais pequena ainda, porque trabalhei menos anos com descontos.” Tendo em conta aos dados colhidos, foi formulado o seguinte diagnóstico: Rendimento Familiar Não Insuficiente.

Avaliando o Edifício Residencial da família A1, o mesmo foi considerado adequado e funcional, tendo sido atribuído 2 pontos na Escala de Graffar. Trata-se de uma moradia térrea, localizada numa zona residencial tranquila, com acessos facilitados e ambiente envolvente sossegado. A casa possui dois quartos, uma sala comum, uma cozinha, uma casa de banho e um grande

quintal com um anexo. O espaço apresenta-se bem conservado, confortável e organizado, evidenciando cuidados regulares com a higiene, ventilação e arrumação, o que demonstra preocupação com a manutenção do bem-estar habitacional.

A moradia está equipada com os serviços essenciais, nomeadamente abastecimento de água através da rede pública, bem como sistema de esgotos e recolha de resíduos urbanos. Desta forma, concluiu-se que a família A1 habita um Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado, com Abastecimento de Água Adequado, estando asseguradas as condições básicas de habitabilidade e higiene.

Por fim, na área Prevenção de Segurança, a família usufrui de aquecimento central e o abastecimento de gás é canalizado. Relativamente às barreiras arquitetónicas, foi utilizado o "Home Safety Self-Assessment Tool" (HSSAT) (Tomita et al., 2014) (Anexo 1). O HSSAT é um instrumento direcionado para a avaliação das barreiras arquitetónicas no domicílio, permitindo identificar potenciais riscos que comprometam a segurança, especialmente em pessoas idosas. Este instrumento contempla a análise detalhada de todas as divisões da casa, nomeadamente: entrada principal, entrada traseira, hall de entrada/corredor, sala de estar, cozinha, quarto, casa de banho, escadas e lavandaria/cave. Em cada um destes espaços (quando aplicável), são avaliados diversos perigos como: ausência de corrimãos, degraus irregulares ou escorregadios, iluminação insuficiente, dificuldade de acesso aos interruptores, pavimentos escorregadios ou irregulares, ausência de barras de apoio, presença de tapetes ou fios no chão, mobiliário instável, espaços reduzidos para circulação, armários colocados em alturas inadequadas, uso de cadeiras para alcançar objetos, altura inadequada da cama ou da sanita, e dificuldade no acesso à banheira. Esta avaliação permite orientar intervenções preventivas e adaptar o ambiente doméstico às necessidades da pessoa, promovendo a segurança e a autonomia.

<b>Divisão do Edifício Residencial</b>	<b>Barreiras Arquitetónicas</b>
Entrada exterior / quintal	Degraus inseguros
Sala comum	Tapete inseguro
Cozinha	Armários altos e tapete inseguro
Quarto 1	Tapete inseguro
Quarto 2	Tapete inseguro; desarrumação
Casa de banho	Ausência de barras de apoio; tapete inseguro

Tabela 11 - Barreiras Arquitetónicas do Edifício Residencial da Família A

Durante a consulta de enfermagem ao domicílio e no âmbito da aplicação do HSSAT, foram colocadas diversas questões à família A1 com o intuito de identificar comportamentos e estratégias relacionados com a segurança no domicílio. Questionou-se, por exemplo, se a família tinha consciência dos riscos associados à presença de tapetes soltos em zonas de passagem frequente, se consideravam a possibilidade de os remover ou fixar ao chão, e se algum dos elementos da família já tinha tropeçado ou escorregado devido aos mesmos. Foi ainda abordada a presença de objetos decorativos ou outros elementos no chão dos quartos, sendo questionado

se estavam ali colocados de forma intencional, se tinham alguma função prática ou decorativa, e se tinham consciência de que poderiam representar um obstáculo à mobilidade, especialmente em situações de menor atenção ou em períodos noturnos. Em relação aos armários altos na cozinha, questionou-se se recorriam a cadeiras ou bancos para alcançar objetos e se conheciam alternativas mais seguras, como a reorganização dos armários ou a utilização de ajudas técnicas adequadas. Depois desta avaliação da precaução de segurança, considerou-se a Precaução de Segurança Não Demonstrada, associada a Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas Não Demonstrado.

Após a identificação das barreiras arquitetônicas no domicílio da família A1, e perante a ausência de estratégias previamente implementadas, foram realizadas intervenções no sentido de ensinar sobre medidas de precaução de segurança e motivar para a adoção de estratégias adaptativas às barreiras arquitetônicas, com base no diagnóstico.

Concretamente, a intervenção "Ensinar sobre estratégias adaptativas para as barreiras arquitetônicas" foi operacionalizada através das seguintes atividades:

- Esclarecimento sobre os riscos associados aos tapetes soltos, recomendando a sua remoção, ou, em alternativa, a utilização de redes ou fitas antiderrapantes para fixação ao solo;
- Recomendação da reorganização ou eliminação de objetos decorativos no chão dos quartos, de modo a garantir a fluidez da circulação e a prevenção de quedas;
- Sugestão de reorganização dos armários da cozinha, com a mudança dos objetos de uso frequente para prateleiras de fácil acesso, evitando o uso de cadeiras ou bancos para alcançar os armários;

Inicialmente, a família mostrou alguma resistência à mudança, e expressou que “a casa sempre foi assim, não é agora que vamos mudar” e, tendo em conta esta resposta, aplicou-se a técnica de intervenção interracial metáfora, com o objetivo de facilitar a compreensão e gerar reflexão: “Às vezes, uma pedra pequena no caminho é o suficiente para nos fazer cair. Os tapetes e objetos no chão são como essas pedras — estão lá todos os dias e ninguém repara, até que um dia causam um problema sério.” A técnica da metáfora proporciona uma abordagem não confrontativa para apresentar, de forma simbólica, a situação da família, obtendo, assim, as respostas e os recursos próprios necessários à resolução do problema (Figueiredo, 2023).

Nas consultas seguintes, foi realizada uma nova avaliação no âmbito da precaução de segurança, tendo-se verificado as seguintes alterações:

- Os tapetes da sala comum e cozinha foram removidos, enquanto os dos quartos se mantiveram.
- Foi realizada a reorganização dos armários da cozinha, os objetivos mais utilizados foram colocados nos armários inferiores.

Desta forma, no final das consultas, verificou-se uma melhoria do conhecimento sobre as barreiras arquitetónicas, nomeadamente através da compreensão dos riscos associados à presença de tapetes, da sua remoção e da reorganização dos armários superiores da cozinha. Assim, considerou-se a Precaução de Segurança Demonstrada, associada a Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas demonstrado.

#### Dimensão Funcional

No âmbito da dimensão funcional, foi avaliado o processo familiar e o papel de PC.

Em relação ao processo familiar, avaliou-se também a comunicação familiar. Questionou-se se existia satisfação dos membros relativamente ao modo como expressam os seus sentimentos, bem como a aceitação mútua entre o Sr. A1 e a Sra. A2. Ambos referiram sentir-se confortáveis em partilhar emoções, salientando que “não temos problemas em dizer o que sentimos”. Observou-se que não existem dificuldades de comunicação verbal, sendo evidente que todos expressam de forma clara quando comunicam, favorecendo um ambiente de compreensão e respeito.

No que respeita ao coping familiar, foi explorado quem habitualmente toma a iniciativa na resolução de problemas, se estes são discutidos no seio da família e se existe satisfação relativamente à forma como são abordados. O casal referiu que, perante dificuldades, “costumamos falar logo sobre o assunto”, sendo geralmente a Sra. A2 quem inicia a conversa, com o Sr. A1 a manifestar-se de seguida. Ambos expressaram sentir-se satisfeitos com a maneira como discutem as situações, valorizando o diálogo e a procura de consenso. Referiram ainda que, quando necessário, recorrem ao apoio da filha para encontrar soluções, demonstrando abertura a recursos externos na resolução de problemas.

Sendo assim, foi definido o diagnóstico de Processo Familiar Não Disfuncional.

No papel do PC, os critérios de diagnóstico segundo o MDAIF são: a identificação do elemento da família PC, o conhecimento demonstrado relativamente às necessidades do familiar dependente, os comportamentos de adesão, o consenso e a saturação associados a este papel (Figueiredo, 2012).

A dimensão da saturação do papel prende-se com a sobrecarga física, emocional, social e económica que pode afetar quem assume a função de PC (Figueiredo, 2012).

No caso da família A, a Sra. A2 assumiu o papel de PC do seu marido, o Sr. A1, que apresenta dependência ligeira em certas atividades de autocuidado. Durante a primeira consulta domiciliária, foi questionada sobre o que considera importante saber para prestar cuidados, tendo respondido: “Não sei bem... faço como sempre fiz. Dou os comprimidos, mas há uns que nem sei bem para que servem.” Relatou ainda que, em caso de tonturas ou hipotensão, “espera que passe” ou pede-lhe “para se sentar”, demonstrando uma certa insegurança.

Também foi verificado que a medicação da Sra. A2 estava misturada com a do Sr. A1, existindo inclusive caixas fora do prazo de validade. Esta situação, frequentemente observada em contextos de polimedicação em idosos, pode ser agravada pela semelhança visual entre embalagens e pela rotatividade de marcas (Silva & Spinillo, 2016). As mesmas autoras mencionam que a dificuldade em distinguir medicamentos devido à cor, forma e apresentação das embalagens, associada ao défice de organização e à ausência de estratégias sistematizadas para a gestão do regime terapêutico, constitui um risco para erros, omissões ou duplicações. Esta realidade, associada às dificuldades demonstradas na leitura das embalagens e à confusão gerada por diferentes marcas comerciais com o mesmo princípio ativo, sustentou o diagnóstico: Potencial da família para melhorar conhecimento do PC sobre gestão do regime terapêutico e Potencial da família para melhorar conhecimento do PC sobre Autovigilância.

Perante esta avaliação, foi delineado um plano de intervenção que integrou as seguintes ações:

- Avaliar evolução do conhecimento do PC sobre gestão do regime terapêutico;
- Avaliar evolução do conhecimento do PC sobre autoadministração de medicamentos;

Durante a segunda consulta, focamo-nos na leitura do princípio ativo das embalagens, com ênfase na importância de não depender unicamente do nome comercial. Foi também elaborada uma tabela terapêutica individualizada, organizada por princípio ativo, dose e horário, que ficou afixada no frigorífico. Foi ainda sugerida a utilização de um dispensador semanal, que a família já utilizava, de modo a facilitar a organização e administração correta da medicação.

Na terceira consulta, a Sra. A2 foi observada a preparar autonomamente o dispensador, tendo demonstrado maior confiança e domínio sobre a medicação. A PC verbalizou: “Agora já sei que, mesmo com nomes diferentes, são os mesmos.” Na última visita, confirmou-se a utilização contínua do dispensador, a correta separação dos medicamentos e a inexistência de embalagens fora de validade. No final, possível reformular o diagnóstico para: Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico demonstrado e conhecimento do PC sobre Autovigilância demonstrado .

Relativamente ao autocuidado, foram aplicadas algumas questões lineares relativamente ao conhecimento da PC e à aprendizagem de habilidades específicas nos seguintes domínios de autocuidado: higiene, vestuário, alimentação, uso do sanitário, sono e repouso, atividades recreativas e atividade física e gestão do regime terapêutico.

Foi possível observar que a Sra. A2 realizava todas as tarefas de higiene do Sr. A1, como dar banho e pentear, justificando: “Ele demora muito e acaba por molhar tudo. É mais rápido se for eu a fazer.” Questionada sobre se já tinha tentado que ele lavasse o rosto ou as mãos sozinho, respondeu: “Já nem peço. Ele diz que não consegue e eu não insisto.”

Relativamente ao vestuário, foi também notório que a Sra. A2 escolhia e vestia totalmente o

marido, sem o envolver no processo. Referiu: “Se ele tenta vestir-se sozinho, baralha-se e Irrita-se e acaba por desistir.”

Com base nestas informações, sustentaram os diagnósticos de enfermagem:

- Potencial da família para melhorar conhecimento de Habilidades do PC sobre Autocuidado Higiene;
- Potencial da família para melhorar conhecimento de Habilidades do PC sobre Autocuidado Vestuário.

As dificuldades demonstradas prendem-se não apenas com a execução prática das tarefas, mas sobretudo com a ausência de conhecimentos sobre a importância de estimular a autonomia progressiva, respeitando os tempos e capacidades do Sr. A1. De acordo com o MDAIF (Figueiredo, 2012), o PC deve ser capacitado para promover a participação ativa da pessoa cuidada, evitando atitudes de substituição excessiva que comprometem a sua funcionalidade.

Face a este diagnóstico, foram planeadas as seguintes intervenções:

- Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência;
- Avaliar evolução do conhecimento de Habilidades do PC sobre Autocuidado;
- Ensinar PC sobre Esquema Terapêutico Prescrito.

No seguimento dos diagnósticos identificados foi utilizada a técnica interrelacional da prescrição paradoxal, com o intuito de provocar uma retroação no comportamento da Sra. A2. Esta técnica consistiu em prescrever que, durante três dias, a PC realizasse deliberadamente todas as tarefas de higiene e vestuário do Sr. A1, sem qualquer tentativa de envolvimento ou estimulação da sua autonomia, mesmo que ele manifestasse vontade de colaborar. A intervenção foi fundamentada na proposta de Nichols e Schwartz (2007), que defendem que as prescrições paradoxais consistem em instruções para que a família continue ou até exagere o comportamento sintomático, devolvendo a responsabilidade pelo problema e interrompendo padrões repetitivos, de forma a desafiar a família a encontrar novas soluções. Ao tornar voluntário um comportamento anteriormente automático e inconsciente, cria-se espaço para que este seja reconhecido, questionado e transformado. Na consulta seguinte, a Sra. A2 verbalizou: “Foi mais cansativo ainda. Ele ficou aborrecido e eu percebi que ele até quer fazer coisas sozinho.” Este resultado evidenciou o impacto positivo da técnica, permitindo que a PC tomasse consciência da sua atitude de sobreproteção e abrindo caminho à implementação de estratégias centradas na promoção da autonomia do Sr. A1 e na capacitação gradual da Sra. A2. Diagnóstico: Comportamentos de Adesão Demonstrado.

No que respeita à saturação do papel, durante a primeira consulta domiciliária foram exploradas questões que permitissem identificar sinais de sobrecarga associados ao papel de PC.

Questionada sobre como se tem sentido desde que o marido se tornou mais dependente, a Sra.

A2 respondeu: “Sinto-me cansada quase todos os dias. Parece que não tenho tempo para mim.” Referiu ainda que deixou de frequentar os encontros semanais com amigas “ainda ia aos cafés de tarde com as amigas, ultimamente não tenho ido.” Quando questionada sobre o apoio disponível, referiu: “A minha filha ajuda, mas a verdade é que fico sempre eu com tudo.”

Estas afirmações da Sra. A2 sustentaram o diagnóstico de enfermagem:

- Potencial da família para melhorar conhecimento do PC sobre a Saturação do Papel do PC.

A saturação do PC pode ser compreendida como uma definição multidimensional que abrange dificuldades vivenciadas pelo cuidador nos aspetos financeiros, físicos, psicológicos, emocionais e de bem-estar social” (Goto et al., 2023,).

Neste sentido, foi realizada a intervenção:

- Avaliar a saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação).
- Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família.

Neste âmbito, aplicou-se a escala de sobrecarga de Zarit (Anexo 3). A Escala de Zarit, também conhecida como Zarit Caregiver Burden Scale, foi desenvolvida por Zarit (1983), é um instrumento amplamente utilizado para avaliar o impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal. A sua adaptação e validação para a população portuguesa foi realizada por Sequeira (2010), revelando-se uma ferramenta fiável para identificar níveis de sobrecarga e orientar intervenções adequadas. Esta escala permite avaliar a perceção subjetiva do cuidador face às exigências do cuidar, sendo particularmente útil em contexto de enfermagem familiar para monitorizar a saturação do papel e promover estratégias de apoio.

Sendo assim, através da escala de Zarit, mensurou-se a sobrecarga associada ao papel da PC, tendo-se verificado uma sobrecarga moderada (pontuação de 60).

Com o objetivo de promover a reflexão e a consciencialização das suas necessidades pessoais, recorreu-se à estratégia da “questão milagre”. A “questão milagre” é uma intervenção típica da abordagem orientada para a solução, buscando ampliar as forças e os recursos existentes para alcançar o comportamento desejado (Figueiredo, 2023).

Perguntou-se à Sra. A2: “Imagine que esta noite, enquanto dorme, acontece um milagre. Amanhã acorda e sente-se descansada, leve, com tempo para si e com tudo resolvido em relação aos cuidados com o seu marido. O que seria diferente nesse dia? O que faria? Como se sentiria?”

Esta intervenção visou mobilizar a sua perceção de bem-estar e retomar a consciência das suas necessidades pessoais, frequentemente anuladas pela intensidade do papel de PC. De forma a trabalhar o sentimento de culpa associado ao autocuidado, recorreu-se à utilização de questões reflexivas e circulares. Numa destas intervenções, a Sra. A2 foi questionada sobre como o

marido interpretaria o facto de ela voltar a sair com amigas, ao que respondeu: “Se calhar ele até ia achar bem...”. Mais tarde, partilhou que ele lhe dissera: “Tens de ir, faz-te bem. Eu cá me desenrasco.” Esta resposta contribuiu para a reformulação da perceção inicial da Sra. A2, promovendo uma nova dinâmica comunicacional entre ambos. A evidência científica demonstra que os cuidadores frequentemente se veem privados de tempo para si próprios, assim como de oportunidades para atividades sociais e culturais, ficando muitas vezes confinados ao domicílio e a uma rotina de cuidados solitária, o que acentua o seu isolamento e desgaste emocional (Mendes et al., 2019).

Tendo como conta os recursos disponíveis, explorou-se a possibilidade de recorrer à ajuda da filha para que a Sra. A2 pudesse ausentar-se por breves períodos. Este apoio, embora já existisse, carecia de uma reorganização que promovesse maior previsibilidade e segurança. Foi, assim, proposto que combinassem entre si dias específicos para pequenas saídas, ajustadas ao conforto de ambos.

Na segunda visita domiciliária, a Sra. A2 partilhou que, com o apoio da filha, tinha conseguido sair duas vezes com as amigas. Verbalizou: “Soube-me mesmo bem. No início estava inquieta, mas depois até fiquei mais tranquila quando cheguei a casa e vi que estava tudo bem.” Notou melhorias na relação conjugal, afirmando: “Temos estado mais bem-dispostos. Já nem discutimos tanto por coisas pequenas.”

Foi apenas na terceira consulta que, após implementação de estratégias de alívio da sobrecarga e reforço das redes de apoio, a pontuação obtida na Escala de Zarit indicou uma sobrecarga ligeira. Este resultado permitiu validar o diagnóstico de “Papel do Prestador de Cuidados Adequado: Saturação Não”.

## 5.2. Clientes

## Cliente

Família

## Família

07-05-2025 12:00

07-05-2025 12:00 - Família nuclear.

07-05-2025 12:00 - Família com idosos ou familiar dependente.

07-05-2025 12:00 - Ausência de animais domésticos.

07-05-2025 12:00 - Membro da família: Sr. A1.

07-05-2025 12:00 - Papel do cliente na família: Provedor financeiro.

07-05-2025 12:00 - Membro da família: Sra. A2.

07-05-2025 12:00 - Papel do cliente na família: Provedor financeiro, Organizador do funcionamento da casa, Gestor de atividades familiares, Cuidador.

## 5.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
07-05-2025 12:00	Papel de Prestador de Cuidados	
07-05-2025 12:00	Organização do funcionamento da casa	
07-05-2025 12:00	Edifício residencial	
07-05-2025 12:00	Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado	
07-05-2025 12:00	Processo Familiar	

### 5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Face aos dados colhidos e descritos no enquadramento teórico desta família, foram abordados os domínios relacionados com a organização do funcionamento da casa, edifício residencial, a preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado e o PC.

A seleção destes domínios da organização do funcionamento da casa e o edifício residencial justifica-se pela influência direta que o ambiente físico exerce na saúde e bem-estar dos elementos da família, nomeadamente em contextos de envelhecimento e dependência ligeira.

O edifício residencial é definido como o espaço habitacional onde reside a família e que lhe

proporciona proteção, inclui, como categorias estruturantes, aspetos de habitação relacionados com a existência de barreiras arquitetónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás e ainda a higiene da habitação. (Figueiredo, 2012).

A presença de barreiras arquitetónicas, a desorganização dos espaços funcionais da habitação e a degradação do edifício — como humidade, infiltrações, ausência de aquecimento ou iluminação natural insuficiente — foram aspetos identificados e considerados críticos para a segurança e funcionalidade no quotidiano da família. Tal como demonstrado por Santos et al. (2024), condições habitacionais inadequadas podem originar efeitos adversos na saúde, comprometendo consequentemente a qualidade de vida. Os autores também mencionam que, em famílias com idosos, a capacidade para reorganizar o espaço físico ou promover alterações estruturais pode ser limitada, quer por fatores económicos, quer por falta de conhecimento técnico.

De igual modo, a Organização Mundial da Saúde (2018) destaca que ambientes domésticos inseguros estão diretamente associados a doenças respiratórias, lesões por quedas, stress psicológico e outras consequências negativas para a saúde, com impacto acrescido em populações vulneráveis, como os idosos. Neste sentido, a análise destes domínios torna-se essencial para compreender o impacto do contexto habitacional no quotidiano da família e delinear intervenções que visem não só a mitigação de riscos, mas também a promoção de um ambiente seguro, funcional e adaptado às necessidades dos seus elementos.

Os domínios da preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado e o papel de prestador de cuidados vão de acordo com o tema principal deste relatório "

Foram igualmente selecionados os domínios relativos à preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado e ao papel de prestador de cuidados, os quais se encontram alinhados com o tema central deste relatório — a construção do papel de prestador de cuidados em famílias com casais idosos com dependência ligeira. A escolha destes domínios justifica-se pela importância do autocuidado enquanto prática promotora da autonomia, autoestima e saúde no processo de envelhecimento. De acordo com Morando et al. (2017), o autocuidado favorece a preservação da identidade e da memória, contribuindo para o envelhecimento ativo e para a manutenção do bem-estar físico, cognitivo e emocional. Neste sentido, a preparação da família torna-se essencial, dado que, ao integrar um familiar dependente no autocuidado, é necessário promover estratégias que respeitem as suas capacidades e estimulem a sua participação ativa nas atividades do quotidiano.

O EEECESF tem, assim, um papel determinante na capacitação dos prestadores de cuidados, promovendo intervenções que incentivem o envolvimento da pessoa idosa no cuidado de si, mesmo perante limitações funcionais. Como referido pelas autoras, "estimular o autocuidado é uma forma de ativar a memória e proporcionar ao sujeito a possibilidade de manter a autonomia" (Morando et al., 2017), o que reforça a pertinência da abordagem deste domínio na

prática clínica junto de famílias com idosos em situação de dependência ligeira.

Adicionalmente, o domínio do papel de PC revela-se essencial na medida em que permite identificar, no seio da família, quem assume a responsabilidade de cuidar, muitas vezes de forma não planeada ou consensualizada, o que pode provocar sobrecarga, desorganização e dificuldades na gestão do quotidiano. Como descrito no MDAIF, a prestação de cuidados é entendida como um processo interacional que exige reestruturação da dinâmica familiar, ajustamentos funcionais e desenvolvimento de estratégias adaptativas para fazer face às necessidades da pessoa dependente (Figueiredo, 2012). A mesma autora refere que a clarificação do papel do PC, bem como o reconhecimento das suas dificuldades e competências, é indispensável para a planificação de intervenções eficazes por parte da equipa de saúde familiar, promovendo a qualidade dos cuidados prestados e a sustentabilidade da função de PC no seio familiar.

Por fim, o domínio do processo familiar foi incluído, uma vez que este se centra nos padrões de interação estabelecidos entre os elementos da família. As áreas de atenção de Enfermagem avaliadas foram a comunicação familiar e o coping familiar, que, no seu conjunto, permitem uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família e, naturalmente, a identificação de necessidades de mudança ao nível do funcionamento familiar (Figueiredo, 2023). A inclusão deste domínio reforça a abordagem sistémica do EEECESF, apoiando intervenções que promovam a comunicação eficaz, o equilíbrio das responsabilidades e o desenvolvimento de estratégias de coping ajustadas.

## 5.4. Conceção de Cuidados

### Organização do funcionamento da casa

07-05-2025 12:00

07-05-2025 12:00 - Fazer compras: a família assegura .

07-05-2025 12:00 - Arranjar a casa: a família assegura .

07-05-2025 12:00 - Armazenamento dos alimentos: a família assegura .

07-05-2025 12:00 - Preparação dos alimentos: a família assegura .

07-05-2025 12:00 - Acompanhar membro da família a serviço de saúde: a família assegura .

### Edifício residencial

07-05-2025 12:00

07-05-2025 12:00 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.

07-05-2025 12:00 - Edifício residencial com abastecimento de água.

07-05-2025 12:00 - Edifício residencial com perigo para a segurança de crianças/doentes/idosos.

07-05-2025 12:00 - Edifício residencial com barreiras arquitetónicas para crianças/doentes/idosos, com possibilidade de modificação .

07-05-2025 12:00 - Edifício residencial com espaço suficiente para integração de um novo membro.

07-05-2025 12:00 - Edifício residencial com espaço adequado para englobar pessoa doente/idosa .

**07-05-2025 12:00 - Promover o processo familiar: gestão das condições do edifício residencial**

07-05-2025 12:00 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-07-2025 14:00 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: facilitador [MELHOROU].

**07-05-2025 12:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento sobre condições do edifício residencial** [RESOLVIDO] 02-07-2025 14:00

07-05-2025 12:00 - *Avaliar evolução do processo familiar: gestão das condições do edifício residencial*

**07-05-2025 12:00 - Precaução de Segurança**

07-05-2025 12:00 - Conhecimento da família sobre Precaução de Segurança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**07-05-2025 12:00 - Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas Não Demonstrado**

07-05-2025 12:00 - *Ensinar sobre estratégias adaptativas para as barreiras arquitetónicas*

07-05-2025 12:00 - *Avaliar o conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas*

**Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado**

07-05-2025 12:00

**07-05-2025 12:00 - Promover o processo familiar: integração de um familiar dependente no autocuidado**

07-05-2025 12:00 - Há participação de outros membros da família para tomar conta do dependente .

02-07-2025 14:00 - Há participação de outros membros da família para tomar conta do dependente .

07-05-2025 12:00 - Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar acessibilidade ao edifício residencial: facilitador.

02-07-2025 14:00 - Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar acessibilidade ao edifício residencial: facilitador [MANTEVE].

07-05-2025 12:00 - Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar mobilidade dentro do edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-07-2025 14:00 - Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar mobilidade dentro do edifício residencial: facilitador [MELHOROU].

07-05-2025 12:00 - Conhecimento da família sobre organização do ambiente residencial para facilitar autocuidado: facilitador.

07-05-2025 12:00 - Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da

integração de familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-05-2025 12:00 - Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-05-2025 12:00 - Significado atribuído pela família à dependência do familiar: não dificultador.

07-05-2025 12:00 - Significado atribuído pela família ao papel de cuidador familiar: não dificultador.

02-07-2025 14:00 - Significado atribuído pela família ao papel de cuidador familiar: não dificultador [MANTEVE].

07-05-2025 12:00 - Significado atribuído pela família ao apoio social para o exercício do papel de cuidador: não dificultador.

07-05-2025 12:00 - Acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

**07-05-2025 12:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da mobilidade no edifício residencial** [RESOLVIDO]

02-07-2025 14:00

*07-05-2025 12:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da mobilidade no edifício residencial [FIM] 02-07-2025 14:00*

*07-05-2025 12:00 - Ensinar família sobre preparação da casa para facilitar mobilidade [FIM] 02-07-2025 14:00*

**07-05-2025 12:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente**

*07-05-2025 12:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente*

*07-05-2025 12:00 - Ensinar família sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente*

**07-05-2025 12:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente**

*07-05-2025 12:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre as necessidades do familiar dependente*

*07-05-2025 12:00 - Ensinar família sobre necessidades do familiar dependente*

*07-05-2025 12:00 - Avaliar evolução do processo familiar: integração de um familiar dependente no autocuidado*

### **Papel de Prestador de Cuidados**

07-05-2025 12:00

**07-05-2025 12:00 - Promover o conhecimento sobre o Papel de Prestador de Cuidados**

**07-05-2025 12:00 - Potencial da família para melhorar o conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Autocuidado Higiene**

*07-05-2025 12:00 - Avaliar evolução do conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Autocuidado Higiene*

*07-05-2025 12:00 - Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência*

**07-05-2025 12:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Autocuidado Vestuário**

*07-05-2025 12:00 - Avaliar evolução do conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Autocuidado Vestuário*

*07-05-2025 12:00 - Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência*

**07-05-2025 12:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Gestão do Regime Terapêutico**

*07-05-2025 12:00 - Avaliar evolução do conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Gestão do Regime Terapêutico*

*07-05-2025 12:00 - Ensinar PC sobre medidas de prevenção de complicações*

**07-05-2025 12:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Auto-Administração de Medicamentos**

*07-05-2025 12:00 - Avaliar evolução do conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Auto-Administração de Medicamentos*

*07-05-2025 12:00 - Ensinar PC sobre Esquema Terapêutico Prescrito*

**07-05-2025 12:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Autovigilância**

*07-05-2025 12:00 - Avaliar evolução do conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Autovigilância*

**07-05-2025 12:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento do PC sobre a Saturação do Papel do PC**

*07-05-2025 12:00 - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)*

*07-05-2025 12:00 - Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família*

**02-07-2025 14:00 - Potencial da família para melhorar o conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Autocuidado Higiene - [RESOLVIDO]**

*02-07-2025 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Autocuidado Higiene*

*02-07-2025 14:00 - Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência*

**02-07-2025 14:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Autocuidado Vestuário - [RESOLVIDO]**

*02-07-2025 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Autocuidado Vestuário*

*02-07-2025 14:00 - Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência*

**02-07-2025 14:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Auto-Administração de Medicamentos - [RESOLVIDO]**

*02-07-2025 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Auto-Administração de Medicamentos*

*02-07-2025 14:00 - Ensinar PC sobre Esquema Terapêutico Prescrito*

**02-07-2025 14:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento do PC sobre a Saturação do Papel do PC - [RESOLVIDO]**

*02-07-2025 14:00 - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações*

*geradoras de saturação)*

*02-07-2025 14:00 - Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família*

02-07-2025 14:00

**Processo Familiar**

07-05-2025 12:00

**07-05-2025 12:00 - Processo Familiar Não Disfuncional**

**07-05-2025 12:00 - Comunicação Familiar Eficaz**

*07-05-2025 12:00 - A família mostra satisfação dos membros relativamente ao modo de expressar dos sentimentos.*

**07-05-2025 12:00 - Coping Familiar Eficaz**

*07-05-2025 12:00 - A família demonstra identificar quem na família habitualmente identifica os problemas e não existe discussão sobre os problemas da família.*

## 5.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Auto-Administração de Medicamentos

- Solicitou-se à Sra. A2 que descrevesse a participação do Sr. A1 na toma da sua medicação, tendo sido observada melhoria na identificação dos fármacos da manhã. Reforçou-se a importância da responsabilização progressiva do utente, garantindo supervisão adequada. Procedeu-se à revisão do esquema terapêutico com recurso a material visual, tendo a Sra. A2 demonstrado domínio sobre a função de cada medicamento. Foi incentivada a partilhar esse conhecimento com o Sr. A1, promovendo o seu envolvimento ativo, bem como a utilizar lembretes visuais na cozinha para facilitar a organização e a adesão ao regime terapêutico. A literatura realça que estratégias de organização, como o uso de dispensadores ou lembretes, podem apoiar a adesão terapêutica, sendo essencial que os profissionais avaliem as estratégias utilizadas pelos doentes e cuidadores, pois estas influenciam a forma como a medicação é tomada e o sucesso do tratamento (Genelin et al., 2023).

Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência

- Solicitou-se à Sra. A2 que descrevesse de que forma incentivava o Sr. A1 a participar nas atividades de autocuidado, tendo-se abordado a relevância de estimular a sua independência de forma progressiva e ajustada às suas capacidades. Explicou-se que a promoção da autonomia contribui para a autoestima, para a manutenção da funcionalidade e para a prevenção de maior dependência. Foram demonstradas estratégias práticas, como permitir que o Sr. A1 lavasse o rosto, as mãos ou partes do corpo sozinho, bem como que participasse na escolha e colocação do vestuário, assegurando apenas o apoio necessário. Reforçou-se a importância de supervisionar sem substituir, oferecendo ajuda apenas quando indispensável, e exploraram-se as barreiras emocionais associadas à tendência da Sra. A2 para realizar todas as tarefas pelo marido,

refletindo sobre como tal comportamento poderia limitar a sua evolução. Recorreu-se, ainda, à técnica da prescrição paradoxal, solicitando que, durante alguns dias, executasse deliberadamente todos os cuidados de higiene e vestuário do Sr. A1, com o objetivo de evidenciar o impacto da sobreproteção e promover a tomada de consciência acerca da necessidade de o envolver ativamente. Por fim, definiram-se pequenas metas para integrar gradualmente o Sr. A1 nas tarefas diárias, reforçando-se a importância de valorizar cada conquista e de manter um equilíbrio entre apoio e incentivo. Tal abordagem está em consonância com as evidências apresentadas por Motamed-Jahromi e Kaveh (2021), que referem que intervenções orientadas para a capacitação e o envolvimento ativo do idoso nas atividades de vida diária contribuem para melhorar a sua autonomia, favorecer a adaptação ao ambiente físico e social e potenciar o controlo sobre o próprio processo de envelhecimento (Motamed-Jahromi & Kaveh, 2021).

#### Ensinar PC sobre Esquema Terapêutico Prescrito

- Solicitou-se à Sra. A2 que descrevesse a participação do Sr. A1 na toma da sua medicação, tendo sido observada melhoria na identificação dos fármacos da manhã. Reforçou-se a importância da responsabilização progressiva do utente, garantindo supervisão adequada. Procedeu-se à revisão do esquema terapêutico com recurso a material visual, tendo a Sra. A2 demonstrado domínio sobre a função de cada medicamento. Foi incentivada a partilhar esse conhecimento com o Sr. A1, promovendo o seu envolvimento ativo, bem como a utilizar lembretes visuais na cozinha para facilitar a organização e a adesão ao regime terapêutico. A literatura realça que estratégias de organização, como o uso de dispensadores ou lembretes, podem apoiar a adesão terapêutica, sendo essencial que os profissionais avaliem as estratégias utilizadas pelos doentes e cuidadores, pois estas influenciam a forma como a medicação é tomada e o sucesso do tratamento (Genelin et al., 2023).

#### Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)

- Explorado com a Sra. A2 como se sente no desempenho do papel de PC, procurando clarificar os aspetos físicos, emocionais e sociais que interferem no seu bem-estar. A Sra. A2 referiu: “Às vezes cansa, sobretudo quando ele está mais em baixo... mas ele também ajuda no que pode”, acrescentando que, por vezes, sente que “fica tudo” a seu cargo, o que a impede de manter algumas rotinas pessoais e o convívio com amigas. Foram identificados momentos de maior sobrecarga, nomeadamente nos dias em que o Sr. A1 apresenta maior lentificação ou quando surgem tarefas inesperadas relacionadas com a medicação e a higiene. Discutiram-se os recursos disponíveis, incluindo o apoio da filha, e refletiu-se sobre a importância de planear pequenas pausas para atividades que lhe proporcionem descanso e bem-estar. Reforçou-se a necessidade de valorizar o autocuidado e de solicitar ajuda sempre que necessário, prevenindo o desgaste físico e emocional associado ao papel de PC. Para complementar a avaliação, aplicou-se a Escala de Sobrecarga de Zarit, permitindo quantificar o impacto do cuidar e orientar estratégias futuras de alívio da carga.

#### Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família

- Discutida a partilha de responsabilidades com outros membros da família, salientando-se

a importância de uma distribuição equilibrada das tarefas associadas ao apoio ao Sr. A1, de forma a proteger o bem-estar da Sra. A2 e a melhorar a dinâmica familiar. Partindo dos resultados da Escala de Sobrecarga de Zarit, que evidenciaram sobrecarga moderada, exploraram-se, através de questões reflexivas, as razões que levavam a Sra. A2 a assumir quase todas as responsabilidades, identificando sentimentos de obrigação, receio de incomodar a filha e a preocupação com a qualidade dos cuidados prestados por terceiros. Reforçou-se a relevância de delegar funções e de aceitar ajuda, reconhecendo que o autocuidado da prestadora de cuidados é também um requisito para a continuidade e qualidade do apoio ao marido. Recorreu-se à “questão milagre” para ampliar a perceção das suas próprias necessidades e favorecer a consciencialização de que dispor de tempo para si não compromete o cuidado, antes o fortalece. Em conjunto, definiram-se estratégias práticas para permitir pequenas pausas para que a Sra. A2 pudesse dedicar-se a momentos de lazer, em conjunto com ajuda da filha. Na consulta seguinte, a Sra. A2 referiu ter conseguido usufruir de momentos de convívio com as amigas, sentindo-se mais leve e motivada.

- Tal orientação vai ao encontro com o estudo realizado por Silva e Santana (2024), que sublinham que “o enfermeiro pode atuar de forma a minimizar a sobrecarga física e emocional do PC, garantindo-lhe melhoria na qualidade de vida”, incentivando a construção de redes de apoio e a divisão de tarefas. Além disso, a conclusão dos autores reforça que a assistência deve ser planeada de forma individualizada, considerando os diferentes comprometimentos físicos e emocionais do PC, e que o enfermeiro deve estar preparado para trabalhar sentimentos positivos associados ao ato de cuidar, favorecendo o crescimento pessoal e o desenvolvimento de estratégias para enfrentar desafios, bem como promover espaços de troca de experiências entre PC.

#### Ensinar sobre estratégias adaptativas para as barreiras arquitetónicas

- Durante a visita domiciliária, exploraram-se com a família os riscos associados à presença de barreiras arquitetónicas no domicílio e a sua influência na segurança do casal. Foram demonstradas medidas práticas, como a remoção ou fixação de tapetes soltos com recurso a material antiderrapante, a reorganização dos armários de cozinha de forma a colocar os objetos de uso frequente em prateleiras acessíveis, bem como a eliminação de objetos decorativos do chão dos quartos. Recorreu-se à técnica da metáfora para facilitar a compreensão, afirmando: “Às vezes, uma pedra pequena no caminho é o suficiente para nos fazer cair. Os tapetes e objetos no chão são como essas pedras — estão lá todos os dias e ninguém repara, até que um dia causam um problema sério.” Numa primeira fase, a família demonstrou alguma resistência à mudança, verbalizando: “A casa sempre foi assim, não é agora que vamos mudar.” Face a esta postura, reforçou-se a reflexão sobre as consequências de uma queda e sobre o impacto que tal teria não só na saúde do Sr. A1, mas também na sobrecarga da Sra. A2 enquanto PC. Incentivou-se a adoção progressiva de pequenas alterações, valorizando o esforço gradual em direção a um ambiente mais seguro. Nas consultas seguintes, foram revistas as estratégias implementadas, constatando-se a remoção dos tapetes da sala comum e da cozinha, bem como a reorganização dos armários da cozinha, com transferência dos objetos de maior uso para prateleiras inferiores. Apesar de se manterem alguns tapetes nos quartos,

observou-se uma maior consciencialização da família relativamente à importância da adaptação do espaço. Tal abordagem encontra suporte na evidência de Kurtyka-Marcak, Heldak e Przybyła (2019), que destacam que a identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio constitui uma estratégia essencial para melhorar a mobilidade, reduzir o risco de quedas e promover a autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa.

## 5.6. Síntese relativa ao caso

A Família A, acompanhada durante o estágio de natureza profissional no período de março a julho de 2025, revelou tanto desafios como progressos relevantes no âmbito da gestão da saúde, segurança no domicílio e adaptação ao papel de prestador de cuidados. O casal, constituído pelo Sr. A1 (84 anos) e pela Sra. A2 (76 anos), demonstrou disponibilidade para colaborar e refletir sobre as dinâmicas familiares, com particular destaque para a motivação da Sra. A2 em garantir o bem-estar do cônjuge, apesar da sobrecarga associada ao papel de PC.

Ao longo das consultas de enfermagem realizadas em contexto domiciliário e na USF, foram identificadas barreiras arquitetónicas com potencial de comprometer a segurança no domicílio, nomeadamente a presença de tapetes soltos, armários altos e ausência de barras de apoio. Através da aplicação do instrumento HSSAT e da implementação de intervenções educativas, observou-se uma melhoria do conhecimento da família e a adoção de medidas corretivas, como a reorganização dos armários da cozinha e a remoção parcial dos tapetes, o que permitiu validar o diagnóstico de “Precaução de Segurança Demonstrada”.

Relativamente à gestão do regime terapêutico, foi inicialmente identificado um défice de conhecimento por parte da Sra. A2, com mistura de medicação, embalagens fora de validade e ausência de estratégias organizativas. Após intervenções direcionadas — como a elaboração de uma tabela terapêutica personalizada e a introdução de um dispensador semanal — a PC demonstrou uma evolução significativa na sua capacidade de gerir os fármacos, culminando no diagnóstico de “Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico demonstrado”.

No que se refere ao autocuidado, verificou-se uma atitude de sobreproteção da Sra. A2, que executava todas as tarefas de higiene e vestuário do Sr. A1, sem o envolver no processo. Através da técnica da prescrição paradoxal, foi possível consciencializar a PC para a importância da promoção da autonomia do marido, conduzindo a mudanças nos comportamentos de adesão e à reformulação de rotinas de cuidado mais equilibradas.

A avaliação da sobrecarga emocional associada ao papel de PC foi realizada através da Escala de Zarit, tendo revelado uma sobrecarga inicial moderada. Com base nesse resultado, foram implementadas estratégias de alívio do desgaste, como a mobilização de redes de apoio e a aplicação da técnica da “questão milagre”, promovendo o autocuidado e o retomar de

atividades sociais por parte da Sra. A2. Na última consulta, a nova aplicação da escala revelou uma sobrecarga ligeira, refletindo um impacto positivo das intervenções especializadas.

A família A demonstrou, assim, uma dinâmica relacional sólida, uma rede de suporte social ativa e abertura à mudança, fatores que contribuíram para o sucesso das intervenções propostas. Contudo, a manutenção dos progressos depende de um acompanhamento contínuo, com enfoque na capacitação da PC, na promoção da autonomia do Sr. A1 e na prevenção da sobrecarga física e emocional da Sra. A2.

Em suma, a Família A beneficia de uma abordagem centrada no reforço da autonomia, na gestão segura do domicílio e na valorização do papel do prestador de cuidados, constituindo um exemplo da importância da intervenção especializada do EEESCESF junto de famílias em processo de envelhecimento e adaptação à dependência.

## **6. SRA. B1**

A Sra. B1. tem 78 anos e reside com o esposo, o Sr. B2. Ambos têm dois filhos. Reformada, foi dona de casa durante grande parte da sua vida. Possui o 4.º ano de escolaridade. Como antecedentes pessoais, apresenta osteoporose, obesidade e hipertensão arterial. A Sra. B1, anteriormente independente nas ABVD, tem vindo a manifestar algumas dificuldades na realização de tarefas do quotidiano, relativas às transferências e no andar, na sequência do processo de envelhecimento. A dependência identificada está associada apenas à componente motora, não se verificando sinais de degeneração cognitiva.

### **6.1. Enquadramento teórico**

A Sra. B1 apresenta várias doenças crónicas, nomeadamente osteoporose, hipertensão arterial e obesidade, que exigem a adesão e gestão de um regime medicamentoso adequado, fundamentais no processo de autogestão da doença e na prevenção de complicações associadas.

De acordo com Silva et al. (2024), a osteoporose caracteriza-se pela diminuição da massa óssea e deterioração do osso, conduzindo a um aumento do risco de fratura - a principal consequência clínica da doença. Em Portugal, a prevalência da doença é estimada em 10,2% da população adulta, com maior incidência nas mulheres (17%) do que nos homens (2,6%) (Silva et al., 2024). Os mesmo autores defendem que as fraturas osteoporóticas representam um importante problema de saúde pública, com impacto direto na mobilidade, autonomia e qualidade de vida dos idosos. Ainda assim, permanece frequentemente subvalorizada e subtratada, sendo muitas vezes desvalorizada em comparação com outras doenças silenciosas, como a hipertensão arterial ou a diabetes mellitus.

Pires et al. (2022) reforçam que a prevenção é o método mais eficaz para evitar fraturas, especialmente em mulheres no pós-menopausa, sendo que a prática de atividade física e a ingestão adequada de cálcio e vitamina D se revelam como medidas de elevada eficácia. A adoção de hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, controlo do peso e prática de exercício, desempenha um papel central na manutenção da saúde óssea, uma vez que grande parte dos fatores de risco são de natureza comportamental.

A este respeito, Santos Neta et al. (2023) destacam que a osteoporose compromete

significativamente a qualidade de vida, ao aumentar o risco de fraturas, limitar a mobilidade e comprometer a independência funcional. Com o envelhecimento, ocorre naturalmente uma perda de massa óssea, tornando essencial a implementação de estratégias de prevenção, como a prática regular de atividade física. Esta não só contribui para o aumento da densidade mineral óssea, como também melhora o equilíbrio e a força muscular, reduzindo o risco de queda e promovendo maior autonomia.

Neste contexto, Braga et al. (2024) acrescentam que as fraturas osteoporóticas acarretam alterações nas ABVD e no bem-estar físico, psicológico e social da pessoa idosa, podendo originar limitações severas que afetam a autoestima e a independência.

Tal como observado na primeira família em estudo, a Sra. B1 também apresenta hipertensão arterial, uma condição crónica prevalente na população idosa, cuja gestão eficaz é essencial para a prevenção de eventos cardiovasculares e manutenção do estado de saúde. A convivência com múltiplas comorbilidades, como a osteoporose e a obesidade, reforça a importância do autocuidado como componente fundamental na promoção do bem-estar e na preservação da autonomia.

Através da Escala de Barthel, a Sra. B1 apresenta uma dependência de grau ligeiro, com limitações mais acentuadas nos domínios das transferências e no andar, o que condiciona parcialmente a sua funcionalidade e segurança no quotidiano. Neste contexto, o apoio do PC e o acompanhamento regular por parte da equipa de saúde assumem um papel crucial na capacitação para o autocuidado, favorecendo a adoção de comportamentos promotores de saúde adaptados à sua condição clínica.

## 6.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 78 anos | Feminino

### Cuidador

13-03-2025 16:15

13-03-2025 16:15 - Parentesco: cônjuge.

13-03-2025 16:15 - Coabita com a pessoa dependente.  
13-03-2025 16:15 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.  
13-03-2025 16:15 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.  
13-03-2025 16:15 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.  
13-03-2025 16:15 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.  
13-03-2025 16:15 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se  
13-03-2025 16:15 - suficiente para assegurar na totalidade.  
13-03-2025 16:15 - Capacidade física do cuidador para dar banho  
13-03-2025 16:15 - suficiente para assegurar na totalidade.  
13-03-2025 16:15 - Capacidade física do cuidador para posicionar  
13-03-2025 16:15 - suficiente para assegurar na totalidade.  
13-03-2025 16:15 - Capacidade física do cuidador para transferir  
13-03-2025 16:15 - suficiente para assegurar na totalidade.  
13-03-2025 16:15 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00 - Parentesco: cônjuge.  
27-06-2025 17:00 - Coabita com a pessoa dependente.  
27-06-2025 17:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.  
27-06-2025 17:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.  
27-06-2025 17:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.  
27-06-2025 17:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].  
27-06-2025 17:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se  
27-06-2025 17:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].  
27-06-2025 17:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho  
27-06-2025 17:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].  
27-06-2025 17:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar  
27-06-2025 17:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].  
27-06-2025 17:00 - Capacidade física do cuidador para transferir  
27-06-2025 17:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].  
27-06-2025 17:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

### 6.3. Medicação

#### Início

2025-03-13 16:15:00  
2025-03-13 16:15:00  
2025-03-13 16:15:00

#### Medicação

Losartan, 50 mg via oral  
Calcitriol, 0,25 mcg via oral  
Hidroclorotiazida, 12,5 mg via oral

#### Fim

### 6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Tendo em conta a medicação prescrita habitual da Sra. B1, esta refere cumprir as indicações relativas à prescrição médica, demonstrando boa adesão ao regime terapêutico. Verifica-se que a gestão da medicação é maioritariamente assegurada pelo PC, o Sr. B2, que organiza os comprimidos e supervisiona a toma diária.

Do ponto de vista de enfermagem, importa reforçar a vigilância de sinais de hipotensão, sobretudo nos períodos de maior calor, alterações na ingestão alimentar ou desidratação, tendo em conta a toma diária de Losartan e Hidroclorotiazida. A administração da diurética deve ser monitorizada quanto à frequência urinária, perdas hídricas e potenciais desequilíbrios eletrolíticos, especialmente em utentes idosos e com mobilidade reduzida, como é o caso da Sra. B1.

Relativamente ao Calcitriol, deverá ser assegurada a adesão à toma diária e monitorizados os níveis séricos de cálcio e vitamina D, bem como sinais de hipercalcemia, como náuseas, obstipação ou dor óssea. Dada a patologia osteoarticular da utente, a toma desta medicação deve ser enquadrada numa abordagem multidimensional que inclua intervenção de enfermagem sobre fatores de risco de queda, adequação do calçado e promoção de mobilidade segura.

A atuação do EEESCESF deve centrar-se na promoção da segurança na terapêutica do PC e na monitorização contínua da resposta clínica, em articulação com a equipa multidisciplinar. Devem ainda ser incentivadas estratégias que promovam a autonomia da Sra. B1 na medida das suas capacidades. De acordo com os efeitos referidos, a cliente não manifesta queixas.

## 6.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-03-2025 16:15	Transferir-se	
13-03-2025 16:15	Andar	

### 6.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

À semelhança do estudo de caso da Família A, também no caso da Sra. B1 foram selecionados os domínios transferir-se, andar e autogestão do regime medicamentoso. Estes domínios,

diretamente relacionados com o autocuidado, refletem as limitações funcionais observadas durante o acompanhamento à família B e correspondem a áreas críticas para a promoção da autonomia em pessoas com dependência ligeira. Como referem Ribeiro et al. (2014), a limitação nestas atividades, ainda que parcial, exige frequentemente o apoio de um PC, sobretudo quando coexistem patologias crónicas como hipertensão arterial, obesidade ou osteoporose, como é o caso da Sra. B1. A presença do PC — neste caso, o cônjuge — constitui um recurso essencial no apoio às tarefas de autocuidado e gestão terapêutica, sendo igualmente alvo de intervenções por parte da equipa de enfermagem.

A seleção destes domínios visa, assim, reforçar a funcionalidade, prevenir complicações associadas à imobilidade ou má gestão medicamentosa e promover a continuidade dos cuidados no domicílio com segurança e qualidade de vida.

## 6.5. Conceção de Cuidados

### Transferir-se

13-03-2025 16:15

13-03-2025 16:15 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

13-03-2025 16:15 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

#### **13-03-2025 16:15 - Transferir-se comprometido**

##### **13-03-2025 16:15 - Determinar evolução do transferir-se**

*13-03-2025 16:15 - Avaliar evolução do transferir-se*

27-06-2025 17:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

27-06-2025 17:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

##### **13-03-2025 16:15 - Promover autonomia para transferir-se**

13-03-2025 16:15 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-03-2025 16:15 - Capacidade para transferir-se

13-03-2025 16:15 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-03-2025 16:15 - Autoeficácia para transferir-se

13-03-2025 16:15 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

##### **13-03-2025 16:15 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se**

*13-03-2025 16:15 - Avaliar evolução da autonomia para transferir-se*

27-06-2025 17:00 - Refere insatisfação com a autonomia para transferir-se mas disponibilidade para melhorar.

**13-03-2025 16:15 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda**

13-03-2025 16:15 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-06-2025 17:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

**13-03-2025 16:15 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda** [RESOLVIDO] 27-06-2025 17:00

13-03-2025 16:15 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda

27-06-2025 17:00 - O cuidador adota comportamentos de prevenção de queda.

27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

27-06-2025 17:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

**Andar**

13-03-2025 16:15

13-03-2025 16:15 - Capaz de mover-se através da marcha

13-03-2025 16:15 - marcha lenta e insegura em plano inclinado.

**13-03-2025 16:15 - Andar comprometido**

**13-03-2025 16:15 - Determinar evolução do andar**

13-03-2025 16:15 - Avaliar evolução do andar

27-06-2025 17:00 - Capaz de mover-se através da marcha

27-06-2025 17:00 - marcha lenta e insegura em plano inclinado [MANTEVE].

**13-03-2025 16:15 - Promover autonomia para andar**

13-03-2025 16:15 - Consciencialização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-03-2025 16:15 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

13-03-2025 16:15 - facilitadora.

13-03-2025 16:15 - Capacidade para andar

13-03-2025 16:15 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-03-2025 16:15 - Autoeficácia para andar

13-03-2025 16:15 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-03-2025 16:15 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

13-03-2025 16:15 - não dificultador.

13-03-2025 16:15 - Significado atribuído ao uso de cadeira de rodas: não dificultador.

13-03-2025 16:15 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar

13-03-2025 16:15 - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

**13-03-2025 16:15 - Potencial para melhorar consciencialização sobre**

**compromisso no andar**

**13-03-2025 16:15 - Potencial para melhorar capacidade para andar**

**13-03-2025 16:15 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar**

13-03-2025 16:15 - Avaliar evolução da autonomia para andar

27-06-2025 17:00 - Refere satisfação com a autonomia para andar.

**13-03-2025 16:15 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda**

13-03-2025 16:15 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-06-2025 17:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

13-03-2025 16:15 - Capacidade do cuidador para assistir no andar

13-03-2025 16:15 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-06-2025 17:00 - Capacidade do cuidador para assistir no andar

27-06-2025 17:00 - facilitadora [MELHOROU].

13-03-2025 16:15 - Autoeficácia do cuidador para assistir no andar

13-03-2025 16:15 - facilitadora.

27-06-2025 17:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no andar

27-06-2025 17:00 - facilitadora [MANTEVE].

**13-03-2025 16:15 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda** [RESOLVIDO] 27-06-2025 17:00

**13-03-2025 16:15 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no andar** [RESOLVIDO] 27-06-2025 17:00

13-03-2025 16:15 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda

27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00 - Capaz de mover-se através da marcha

27-06-2025 17:00 - marcha lenta e insegura em plano inclinado [MANTEVE].

## 6.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda

- Avaliada a participação do Sr. B2 nas medidas de prevenção de queda da esposa. Durante a visita domiciliária, observou-se atenção ao ambiente físico e disponibilidade para apoiar a Sra. B1 nos momentos de maior instabilidade. Reforçou-se a importância de manter o espaço livre de obstáculos, garantir iluminação adequada e incentivar o uso de calçado antiderrapante. Destacou-se também a necessidade de supervisionar a marcha em situações de maior risco, bem como de incentivar exercícios leves que promovam equilíbrio e força, contribuindo para a autonomia funcional e segurança da Sra. B1. Segundo Farias et al. (2022), a prevenção de quedas em idosos deve integrar adaptações ambientais — como a remoção de tapetes soltos, melhoria da iluminação e organização

de móveis — associadas à estimulação motora, incluindo treino de equilíbrio, fortalecimento muscular e exercícios proprioceptivos, sendo o apoio de familiares e a orientação de profissionais elementos essenciais para promover estabilidade, autonomia e qualidade de vida.

#### Avaliar evolução do transferir-se

- Solicitado à Sra. B2 que realizasse a transferência da cama para a cadeira com supervisão do Sr. B1. Explicou-se que a execução segura desta tarefa contribui para a manutenção da autonomia, prevenção de quedas e redução do risco de imobilidade. Observou-se que a cliente realizou a transferência com lentidão e apoio nos braços da cadeira, demonstrando equilíbrio e controlo postural satisfatórios. Questionada sobre a execução do movimento, referiu: “Tenho de me agarrar bem, senão sinto que posso cair” (sic). Reforçou-se a importância de utilizar sempre o apoio disponível. Conforme descrito no Guia de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (2013), as transferências da cama para a cadeira devem ser orientadas de modo a envolver o idoso, utilizar apoios físicos disponíveis, garantir alinhamento postural, bem como supervisão e técnica adequada para minimizar o risco de queda. Além disso, Nicoli et al. (2024) salientam que a mobilidade segura inclui avaliar força, equilíbrio e controlo postural do idoso, bem como capacitá-lo para realizar transferências com apoio, reduzindo a dependência e promovendo a autonomia, sem comprometer a segurança.

#### Avaliar evolução do andar

- Foi sugerido caminhadas curtas no exterior, acompanhada pelo marido, com o objetivo de promover confiança e mobilidade. Durante a observação, a Sra. B1 apresentou marcha lenta e cautelosa, com receio visível de cair. Questionada sobre a experiência, referiu: “Tenho medo de tropeçar, mas com ele sinto-me mais segura.” Reforçou-se a importância de manter a atividade com apoio e em percursos seguros. Segundo MacKay et al. (2021), o medo de cair é comum em idosos e está associado à diminuição da atividade física, isolamento e agravamento das limitações de mobilidade. Além disso, estudos como o de Genç et al. (2023) demonstram que intervenções de exercício — incluindo caminhada, treino de equilíbrio e força — contribuem para aumentar a confiança ao andar, melhorar a mobilidade funcional e reduzir o receio de quedas. Assim, a prática regular de caminhadas curtas, com supervisão, pode funcionar como intervenção eficaz para quebrar o ciclo de medo-inatividade, fortalecendo a autonomia da Sra. B1.

### 6.7. Síntese relativa ao caso

O plano de cuidados dirigido à Sra. B1 centrou-se prioritariamente na promoção da autonomia funcional e na prevenção de complicações associadas à imobilidade, tendo sido identificadas limitações sobretudo nos domínios virar-se, erguer-se e transferir-se. Estas dificuldades, embora enquadradas numa dependência de grau ligeiro, comprometem a segurança e a fluidez nas

ABVD, sendo particularmente relevantes no contexto da sua osteoporose, hipertensão arterial e obesidade.

No domínio do virar-se, observou-se uma atitude passiva por parte da Sra. B1 nas primeiras consultas de enfermagem, com pouca iniciativa para mudar de posição autonomamente. Quando questionada, verbalizou: “O meu marido ajuda-me sempre, ele é mais novo, tem mais força” (sic). Esta tendência para se apoiar no cônjuge — mesmo em situações onde o movimento seria exequível sem ajuda — traduziu-se numa certa resistência à realização de movimentos por iniciativa própria, frequentemente justificada com “preguiça” ou “falta de jeito”.

No erguer-se, a Sra. B1 apresentava dificuldades em elevar o tronco da cama sem apoio externo. Embora fisicamente capaz, verbalizou sentir-se “cansada só de pensar em levantar” (sic), delegando frequentemente a tarefa ao Sr. B1. Foi feito o reforço, em diálogo com os membros da família, a importância da manutenção da autonomia e o papel do PC como facilitador e não substituto das capacidades.

No domínio do transferir-se, especialmente da cama para a cadeira, foram identificadas dificuldades de coordenação e equilíbrio, aliadas a alguma hesitação. A Sra. B1 manifestava pouca confiança nas suas capacidades e referia sentir-se mais segura se fosse “ajudada logo de início”. Com o avançar das consultas, foi possível observar progressos, ainda que acompanhados de alguma relutância. O Sr. B2, mais novo e em boas condições físicas, desempenhava um papel muito presente, o que, embora positivo no apoio, parecia também contribuir para a menor proatividade da Sra. B1.

Apesar destas barreiras iniciais, a intervenção do EEECESF, focada na capacitação da utente e do PC, permitiu melhorar a dinâmica familiar, promovendo uma maior consciencialização sobre os benefícios da autonomia. Ao longo das visitas, observou-se uma evolução gradual da Sra. B1, com ganhos funcionais nos domínios críticos e maior envolvimento nas rotinas de autocuidado. O Sr. B2 revelou-se um recurso fundamental, demonstrando sensibilidade para o equilíbrio entre ajudar e permitir que a esposa desenvolvesse a sua própria independência.



## 7. SR. B2

O Sr. B2 é um dos membros que integra a família B. Tem 69 anos e reside com a esposa, a Sra. B1. Ambos têm dois filhos. Possui o 4.º ano de escolaridade. Atualmente reformado, trabalhou como mecânico em oficina própria. Como antecedentes pessoais, apresenta dislipidemia e hipertensão arterial.

### 7.1. Clientes

#### Cliente

Adulto | Idade: 69 anos | Masculino

### 7.2. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-03-13 09:00:00	Lisinopril + Hidroclorotiazida, 20 mg + 12.5 mg via oral	
2025-03-13 09:00:00	Sinvastatina GP, 40mg via oral	

#### 7.2.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O Sr. B2 apresenta um regime terapêutico crónico direcionado ao controlo da hipertensão arterial e da dislipidemia.

Tendo em conta a medicação habitual prescrita, verifica-se uma boa adesão ao regime terapêutico. O Sr. B2 demonstra ser uma pessoa organizada e responsável no que respeita à toma da medicação, referindo que a toma “faz parte da rotina da manhã” e que mantém os comprimidos guardados num local visível para evitar esquecimentos. A gestão do regime terapêutico é feita de forma autónoma, não se verificando dificuldades associadas à literacia em

saúde ou à compreensão do plano terapêutico prescrito.

Relativamente à associação Lisinopril + Hidroclorotiazida, frequentemente utilizada para o controlo da tensão arterial, destaca-se, do ponto de vista de enfermagem, a importância da vigilância de sinais de hipotensão, como tonturas ou mal-estar súbito, principalmente em situações de maior calor ou após longos períodos sem ingestão hídrica.

No que respeita à Sinvastatina, prescrita para o controlo da dislipidemia, foi abordada a importância de estar atento a eventuais efeitos adversos musculares, como mialgias ou fraqueza muscular, sinais precoces de possíveis reações indesejáveis. Embora o Sr. B2 não tenha referido quaisquer sintomas, foi aconselhado a reportar qualquer alteração muscular persistente ou câibras. Foi também reforçada a orientação de tomar a medicação ao deitar, de acordo com as recomendações clínicas habituais.

A atuação de enfermagem centrou-se, assim, na educação para a saúde, no reforço da adesão terapêutica segura e na capacitação do utente para a identificação precoce de efeitos adversos. O Sr. B2 revelou-se participativo e disponível para colaborar nas orientações propostas, assumindo-se como uma figura ativa na sua gestão de saúde.

### 7.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-03-2025 09:00	Sistema cardiovascular	
13-03-2025 09:00	Autogestão do regime medicamentoso	

#### 7.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Tendo em conta o regime terapêutico do Sr. B2, composto pela associação de Lisinopril + Hidroclorotiazida e Sinvastatina, foram selecionados os domínios “Sistema cardiovascular” e “Autogestão do regime medicamentoso”, por se relacionarem diretamente com as suas condições clínicas e necessidades de enfermagem identificadas.

O domínio "Sistema cardiovascular" foi considerado pertinente por o Sr. B2 apresentar diagnóstico de hipertensão arterial, condição crónica que exige uma vigilância regular por parte da equipa de enfermagem, não só ao nível da pressão arterial, mas também no que diz respeito a possíveis efeitos adversos da terapêutica anti-hipertensora, como hipotensão postural, alterações eletrolíticas e impacto na função renal. Além disso, a vigilância de sinais e sintomas associados ao sistema cardiovascular é essencial para a deteção precoce de complicações e

para a monitorização da eficácia terapêutica.

O domínio "Autogestão do regime medicamentoso" foi igualmente selecionado tendo em conta que o Sr. B2 gere de forma autónoma a sua medicação, o que exige uma compreensão clara das indicações terapêuticas, bem como a capacidade de identificar e reagir a sinais de alerta, como mialgias associadas à sinvastatina ou sintomas de hipotensão associados à terapêutica anti-hipertensora.

Importa referir que, apesar da vigilância clínica contínua, nenhum dos domínios identificados se encontra comprometido à data da avaliação. O Sr. B2 mantém uma pressão arterial controlada, não apresenta queixas ou sinais sugestivos de efeitos adversos e revela bons níveis de literacia em saúde e de responsabilidade na gestão do seu regime terapêutico, o que contribui para a estabilidade da sua condição clínica.

## 7.4. Conceção de Cuidados

### Sistema cardiovascular

13-03-2025 09:00

13-03-2025 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

13-03-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

13-03-2025 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.

13-03-2025 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 77 mmHg.

#### **13-03-2025 09:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

13-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador.

13-03-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

*13-03-2025 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso*

27-06-2025 17:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

27-06-2025 17:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

#### **13-03-2025 09:00 - Promover autogestão: regime dietético**

13-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

13-03-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

*13-03-2025 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético*

27-06-2025 17:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

27-06-2025 17:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

#### **13-03-2025 09:00 - Promover autogestão: regime de exercício**

13-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador.

13-03-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

13-03-2025 09:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício*

27-06-2025 17:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.

27-06-2025 17:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício.

### **Autogestão do regime medicamentoso**

13-03-2025 09:00

13-03-2025 09:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

13-03-2025 09:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme horário.

13-03-2025 09:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

13-03-2025 09:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

13-03-2025 09:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

13-03-2025 09:00 - Administra a medicação pela via adequada.

13-03-2025 09:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

13-03-2025 09:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

13-03-2025 09:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

13-03-2025 09:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

### **13-03-2025 09:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida**

[RESOLVIDO] 27-06-2025 17:00

### **13-03-2025 09:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso**

13-03-2025 09:00 - *Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso*

27-06-2025 17:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

27-06-2025 17:00 - Organiza a medicação conforme horário.

27-06-2025 17:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

27-06-2025 17:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

27-06-2025 17:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

27-06-2025 17:00 - Administra a medicação pela via adequada.

27-06-2025 17:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

27-06-2025 17:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

27-06-2025 17:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

27-06-2025 17:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

### **13-03-2025 09:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

13-03-2025 09:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso*

[FIM] 27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

27-06-2025 17:00 - Organiza a medicação conforme horário.

27-06-2025 17:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

27-06-2025 17:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

## 7.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

- O Sr. B2 referiu realizar caminhadas diárias e alguma atividade laboral ativa, adaptadas às suas capacidades e preferências. Identificou o exercício como parte da sua rotina e reconheceu os seus benefícios para a saúde cardiovascular. Em função da intervenção, verificou-se que a autogestão do regime de exercício demonstrada.

Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

- Durante as consultas realizadas, foram explorados os hábitos alimentares do Sr. B2, tendo-se verificado uma dieta equilibrada, com redução do consumo de alimentos ricos em sal e gorduras. O utente revelou-se consciente da importância de manter estes cuidados. Como resultado da intervenção, considerou-se que o conhecimento sobre o regime dietético demonstrado.

Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

- Monitorizou-se a forma como o Sr. B2 organizava e administrava a sua medicação, tendo sido verificada uma boa compreensão do esquema terapêutico e cumprimento adequado dos horários de toma. O utente demonstrou conhecer a finalidade da medicação e não evidenciou dúvidas ou dificuldades, evidenciando uma autogestão eficaz do regime terapêutico. Albadrani et al. (2024) referem que a adesão medicamentosa está fortemente associada à qualidade de vida em idosos, sendo favorecida pelo conhecimento do esquema terapêutico e pela integração da toma de medicamentos na rotina diária, aspetos que promovem maior autonomia e segurança no autocuidado.

Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

- Monitorizou-se a forma como o Sr. B2 organizava e administrava a sua medicação, tendo sido verificada uma boa compreensão do esquema terapêutico e cumprimento adequado dos horários de toma. O Sr. B2 demonstrou conhecer a finalidade da medicação e não evidenciou dúvidas ou dificuldades. Face à intervenção implementada, observou-se uma autogestão do regime medicamentoso demonstrada.

## 7.6. Síntese relativa ao caso

O plano de cuidados do Sr. B2 centrou-se na promoção da autogestão do regime terapêutico e na vigilância do sistema cardiovascular, considerando os antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. A estratégia utilizada valorizou a capacitação do utente, através da educação para

a saúde e do reforço do conhecimento acerca da relação entre os regimes medicamentoso, dietético e de exercício físico, e o controlo da sua condição crónica.

No domínio da autogestão do regime medicamentoso, verificou-se uma boa adesão e compreensão das indicações, tendo o Sr. B2 demonstrado capacidade para organizar e administrar a medicação de forma autónoma e responsável. Relativamente ao regime dietético, apresentou hábitos alimentares equilibrados, com redução do consumo de sal e gorduras, revelando consciência da sua importância para a saúde cardiovascular. No domínio do exercício, referiu realizar caminhadas diárias adaptadas às suas capacidades, identificando esta prática como parte da sua rotina.

Para além da gestão da sua própria saúde, o Sr. B2 desempenha ainda um papel ativo como prestador de cuidados da esposa, a Sra. B1, revelando sentido de responsabilidade e compromisso no apoio quotidiano.

Ao longo do acompanhamento, o Sr. B2 demonstrou envolvimento ativo e compromisso consistente com a gestão da sua saúde e com o cuidado à esposa, não apresentando dificuldades significativas na compreensão ou execução das orientações. A intervenção de enfermagem permitiu reforçar práticas já consolidadas e confirmar ganhos na autogestão dos diferentes regimes, contribuindo para a estabilidade clínica e prevenção de complicações associadas às suas patologias crónicas.

## **8. FAMÍLIA B**

A Família B é composta pelo Sr. B1, de 69 anos, e pela Sra. B2, de 77 anos, que estão casados há 48 anos e têm dois filhos, B3 e B4. Trata-se de uma família nuclear, em que está presente o subsistema conjugal, sendo de destacar que o casal tem também três netos, fruto das relações parentais dos filhos.

### **8.1. Enquadramento teórico**

A Família B é uma família nuclear, composta pelo casal B1, de 77 anos, e B2, de 69 anos, que estão casados há 48 anos. De acordo com Duvall (1977), esta família encontra-se na fase VII do ciclo vital familiar, designada por “Família Idosa”. Ambos se encontram atualmente reformados. O Sr. B2 trabalhou como mecânico, tendo exercido a sua atividade profissional numa oficina própria, enquanto a Sra. B1 dedicou a maior parte da sua vida à função de dona de casa e ao trabalho doméstico. O casal teve dois filhos, atualmente com 45 e 41 anos (B3 e B4), e três netos: B7, B8 e B9, com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos.

A recolha de dados decorreu ao longo de três momentos distintos de consulta de enfermagem, incluindo uma consulta oportunista realizada na USF e duas visitas domiciliárias, com duração aproximada de 60 e 90 minutos, respetivamente.

A partir de utilização de questões lineares, tais como “Quem reside nesta casa?” e “Há quanto tempo estão casados?”, foi possível identificar os elementos constituintes da família. A partir das informações recolhidas, elaborou-se o respetivo genograma.

O genograma da família B é apresentado na Figura 3 abaixo representado.

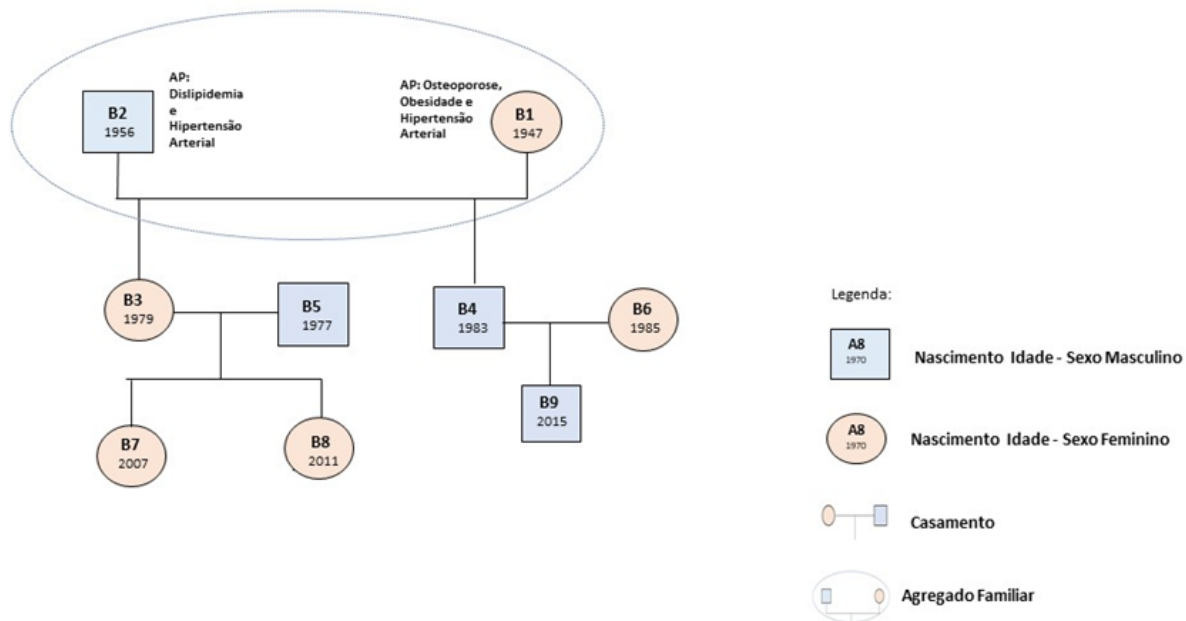


Figura 3 - Genograma da Família B

De acordo com Figueiredo (2012), compreender a estrutura familiar envolve identificar a sua composição e os vínculos estabelecidos entre os seus membros, os quais influenciam as dinâmicas internas da família e a sua relação com o meio envolvente.

A Família B é uma família nuclear composta pelo subsistema conjugal — B1 e B2 — e pelos respetivos subsistemas individuais. A organização desta estrutura familiar tem influência no modo como os seus elementos desempenham papéis e enfrentam os desafios do ciclo de vida.

Relativamente ao contacto com a família extensa, o casal B1 e B2 referiu manter uma relação próxima com os filhos, com quem falam com frequência. O Sr. B2 comentou: “O mais velho liga quase todos os dias, mesmo que seja só para saber se está tudo bem”. Referiram ainda que é habitual irem almoçar a casa dos filhos ao fim de semana e que os netos, em especial o mais novo, gostam de passar tempo com eles. Segundo a Sra. B1: “O mais novo gosta de vir cá passar os sábados. Já sabe que há sempre bolo e que o avô joga à bola com ele.”

Sobre a rede de amigos, o Sr. B2 referiu que mantém uma relação próxima com antigos funcionários da oficina: “Às vezes passo lá só para ver como vai o movimento e meter conversa em dia... é como se ainda fizesse parte daquilo.” A oficina, atualmente gerida pelo filho mais novo, continua a ser um espaço de referência na sua rotina.

O casal mencionou ainda que frequenta a igreja da paróquia todos os domingos. A Sra. B1 afirmou: “Domingo é sagrado. Tentamos ir sempre à missa”.

Após análise dos sistemas mais amplos e dos vínculos da Família B com os mesmos, foi elaborado o ecomapa representado na Figura 3.

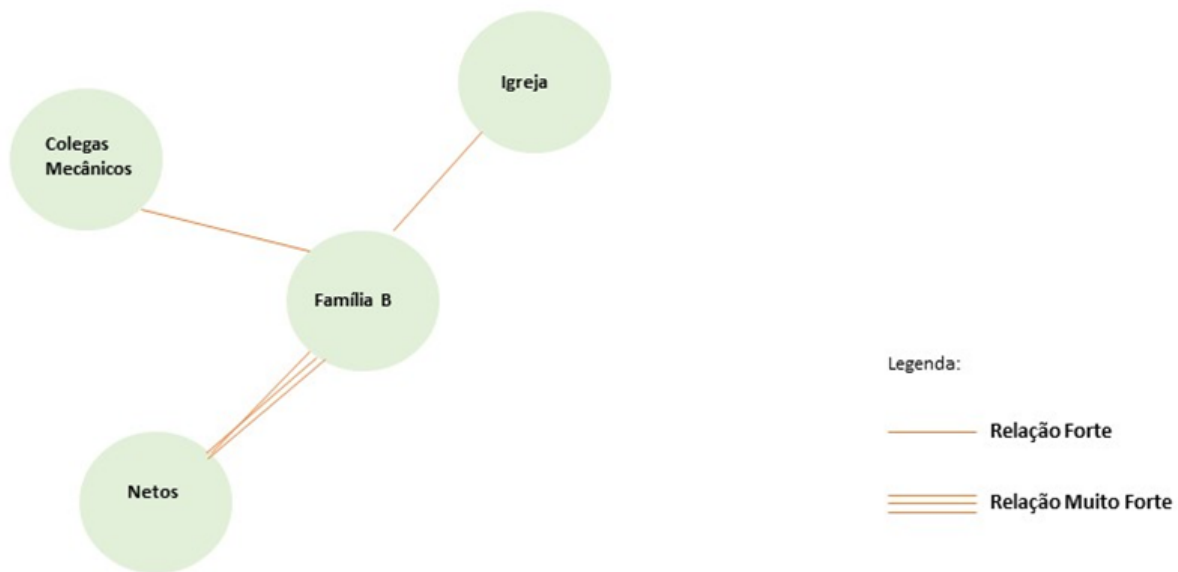


Figura 3 - Ecomapa da Família B

A manutenção de uma rede social ativa e diversificada, como a evidenciada pela Família B, é uma estratégia fundamental para prevenção do isolamento e da solidão, especialmente na população idosa. Segundo Anes et al. (2021), a participação em atividades de relação, como a prática religiosa, o convívio familiar e a manutenção de contactos sociais, revela-se essencial para a promoção do bem-estar emocional e para a construção de um envelhecimento ativo e saudável.

Com o objetivo de avaliar as condições socioeconómicas da família e identificar a sua classe social, recorreu-se à aplicação da Escala de Graffar. A pontuação obtida foi de 15 pontos, considerando que a profissão da família corresponde a pequenos empresários, a escolaridade do casal é equivalente ao 4.º ano de escolaridade, a principal fonte de rendimento é a reforma, e residem numa habitação espaçosa e confortável, localizada numa zona residencial de boa qualidade, com ruas largas e bem conservadas.

Atentando às dimensões incluídas na matriz operativa do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção por dimensão:

- Dimensão Estrutural: rendimento familiar (origem do rendimento e conhecimento/capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares), edifício residencial (tipo de habitação), precaução de segurança (conhecimento sobre utilização de equipamento de aquecimento e gás e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas) e abastecimento de água;
- Dimensão Funcional: papel do prestador de cuidados, processo familiar.

## Dimensão Estrutural

O rendimento familiar da Família B encontra-se enquadrado no grau 4 da Escala de Graffar. Atualmente, o casal vive das reformas de ambos, mas o Sr. B2 referiu que, ao longo da vida, conseguiu construir uma base financeira estável: “A oficina sempre deu para viver bem. Fomos poupando ao longo dos anos e agora estamos descansados.”

Face à questão hipotética: “Se acontecesse um imprevisto, como uma despesa de saúde inesperada, conseguiriam suportar?”, o Sr. B2 respondeu com segurança: “Sim, temos algum dinheiro de parte. Sempre fiz questão de ter uma reserva para essas situações.” Acrescentaram ainda que, por já terem a casa totalmente paga e serem organizados na gestão doméstica, conseguem manter um equilíbrio orçamental positivo.

Tendo em conta os dados colhidos, foi formulado o seguinte diagnóstico: Rendimento Familiar Não Insuficiente.

Relativamente ao Edifício Residencial da família B, o mesmo foi considerado Seguro e Não Negligenciado com Abastecimento de Água Adequado, tendo sido atribuídos 2 pontos na Escala de Graffar. Trata-se de uma moradia unifamiliar térrea, localizada numa zona residencial tranquila e bem cuidada, com ruas largas, boa iluminação pública, fácil acesso pedonal e viário, e proximidade a serviços essenciais como farmácia, supermercado e centro de saúde. A habitação possui divisões amplas e bem distribuídas: dois quartos, sala comum, cozinha, duas casas de banho e uma área exterior com jardim. A casa dispõe de todos os serviços básicos essenciais, nomeadamente abastecimento de água pela rede pública, sistema de esgotos, recolha de resíduos urbanos e abastecimento de gás canalizado.

No domínio da Precaução de Segurança, foi realizada a avaliação das barreiras arquitetónicas com recurso ao instrumento HSSAT (Tomita et al., 2014) e os resultados estão demonstrados no quadro seguinte:

<b>Divisão do Edifício Residencial</b>	<b>Barreiras Arquitetónicas</b>
Sala comum	Tapete inseguro
Cozinha	Armários altos
Quarto 1	Tapete inseguro; presença de cadeira para alcançar prateleiras
Quarto 2	Tapete inseguro; desarrumação
Casa de banho 1	Ausência de barras de apoio; tapete inseguro
Casa de banho 2	Ausência de barras de apoio; tapete inseguro

Tabela 12 - Barreiras Arquitetónicas do Edifício Residencial da Família B

Durante a visita domiciliária, e no âmbito da aplicação do HSSAT, foram colocadas diversas questões à Família B com o objetivo de identificar comportamentos e estratégias relacionadas com a segurança no domicílio. No decorrer da avaliação, foram identificadas várias barreiras arquitetónicas, nomeadamente a presença de tapetes soltos, como na sala comum, quartos e

casas de banho, armários de difícil acesso na cozinha e a utilização de uma cadeira instável no quarto para alcançar prateleiras elevadas.

Questionou-se o casal sobre a perceção dos riscos associados aos tapetes soltos, tendo a Sra. B1 referido: “Eu sei que às vezes escorrega, mas eles sempre tiveram ali”. Foi também abordada a presença de desarrumação no quarto 2, onde estavam colocados diversos objetos no chão e caixas empilhadas junto à cama, tendo o Sr. B2 reconhecido: “Isto está aqui à espera de ir para o sótão, mas ainda não arrumei.” Relativamente aos armários altos na cozinha, a Sra. B1 afirmou: “Tenho uma cadeira que uso para ir buscar os pratos de cima... até agora nunca caiu.” Perante esta realidade, questionou-se se conheciam alternativas mais seguras, como a reorganização dos armários ou a utilização de escadotes próprios e estáveis.

Em ambas as casas de banho, identificou-se a ausência de barras de apoio junto ao lavatório, sanita e zona de duche, bem como a presença de tapetes soltos. Numa das casas de banho existe ainda uma banheira alta, que representa um risco acrescido de queda. A Sra. B1 partilhou: “É onde costumo tomar banho, mas custa um bocado a entrar e sair.” Perante este dado, foi sugerida a substituição da banheira por uma base de duche com acesso rebaixado e piso antiderrapante, de forma a aumentar a segurança e facilitar a higiene pessoal, especialmente em situações de limitação de mobilidade. A inexistência de estratégias de adaptação a estas barreiras, aliada à minimização dos riscos percebidos, conduziu à formulação do diagnóstico: Precaução de Segurança Não Demonstrada, associado a Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas Não Demonstrado.

Face a esta avaliação, foram realizadas intervenções com o intuito de promover a segurança e prevenir quedas ou acidentes domésticos. A intervenção “Ensinar sobre estratégias adaptativas para as barreiras arquitetónicas” foi concretizada através das seguintes atividades:

- Esclarecimento sobre os riscos associados à presença de tapetes soltos, recomendando a sua remoção ou, em alternativa, a fixação ao solo com rede ou fita antiderrapante;
- Sugestão de reorganização dos objetos e caixas no quarto 2, de forma a garantir corredores de circulação desimpedidos e evitar obstáculos ao movimento;
- Recomendação para reorganizar os armários da cozinha, colocando os utensílios mais utilizados nas prateleiras inferiores, acessíveis sem recurso a cadeiras ou apoios instáveis;
- Discussão sobre os benefícios da instalação de barras de apoio nas casas de banho, promovendo a segurança e autonomia na realização das atividades de higiene e a troca da banheira por uma base de chuveiro com acesso rebaixado e piso antiderrapante;

Nas seguintes consultas, verificou-se que a Família B adotou algumas das estratégias propostas na consulta anterior, com ganhos significativos ao nível do conhecimento e da implementação de medidas de segurança. O Sr. B2 referiu: “Já meti as barras na casa de banho. Foi fácil,

comprei na loja e o meu filho ajudou a montar.” Apesar disso, a banheira permanece como estrutura principal de higiene pessoal, o que continua a representar um risco elevado de queda. Questionado sobre a substituição por base de duche, o Sr. B2 respondeu: “Por agora ainda não conseguimos mudar. Pode ser mais para a frente.”

No que diz respeito à reorganização da cozinha, a Sra. B1 partilhou: “Fizemos como disse, pusemos os pratos e panelas do dia a dia nas prateleiras de baixo. E aproveitei para arrumar tudo e deitar fora umas coisas que já nem se usavam.”

Relativamente aos tapetes soltos, a família optou por aplicar redes antiderrapantes em todas as divisões, conforme recomendado.

Estas mudanças revelam ganhos em saúde, associados ao aumento da perceção do risco e à adoção de comportamentos de prevenção. Contudo, tendo em conta que algumas barreiras arquitetónicas identificadas inicialmente permanecem por resolver, nomeadamente a questão da banheira, mantém-se o diagnóstico de Precaução de Segurança Não Demonstrada, associado a Comportamentos de Adesão Não Demonstrado. Tal como evidenciado, a família demonstrou disponibilidade para melhorar o ambiente habitacional, mas nem todas as estratégias foram ainda implementadas.

#### Dimensão Funcional

Também na Família B foi avaliada, no âmbito da dimensão funcional do MDAIF, a dimensão papel de PC e processo familiar e os respetivos critérios de diagnóstico já mencionados.

No âmbito do processo familiar, avaliou-se a forma como a família comunica e partilha sentimentos. Durante as visitas domiciliárias, observou-se um diálogo espontâneo e frequente entre B1 e B2, marcado por humor e expressões de cuidado mútuo. Quando questionados sobre a facilidade em manifestar emoções, ambos referiram sentir-se à vontade para conversar sobre preocupações ou necessidades, evidenciando respeito pelas opiniões um do outro. A Sra. B1 destacou: “Ele percebe logo quando eu não estou bem, porque repara em tudo.” O Sr. B2 acrescentou: “Gostamos de falar antes de as coisas se complicarem.” Esta dinâmica reflete uma comunicação aberta e colaborativa, favorecendo um clima de compreensão e apoio.

Quanto ao coping familiar, explorou-se quem habitualmente assume a iniciativa perante desafios do quotidiano. O Sr. B2 relatou que tende a apresentar soluções práticas, enquanto a esposa contribui partilhando sugestões ou preferências, o que permite decisões partilhadas. Em situações que exigem maior suporte, recorrem aos filhos ou à neta mais velha, demonstrando valorização da rede familiar. A disposição para procurar ajuda externa, quando necessário, revela capacidade adaptativa e flexibilidade na gestão de problemas.

Face à análise realizada, considerou-se que a Família B apresenta padrões relacionais funcionais, com comunicação eficaz e estratégias de coping ajustadas, pelo que foi estabelecido

o diagnóstico de Processo Familiar Não Disfuncional.

Durante a primeira consulta no domicílio, o Sr. B2 foi questionado sobre o que entende por ser PC, tendo afirmado: “Ajudo a minha mulher em tudo o que posso. Ela agora parece que não tem tanta força e eu, como sou mais novo, posso melhor que ela.” Esta resposta evidencia a percepção clara do seu papel enquanto PC, demonstrando envolvimento e disponibilidade para apoiar a esposa. Relativamente à gestão do regime terapêutico da Sra. B1, referiu que tem tudo organizado: “Tenho as caixas preparadas, sei o que ela tem de tomar e quando.” Esta organização reflete comportamentos adequados de adesão ao regime terapêutico. Quando questionada sobre a sua própria medicação, a Sra. B1 desvalorizou a sua participação, respondendo: “Isso é ele que sabe, eu nem me meto.” Esta afirmação revela uma falta de responsabilidade e envolvimento no seu próprio processo terapêutico, reforçando a centralidade do papel do Sr. B2 no cuidado à esposa.

No que diz respeito ao autocuidado, foram aplicadas questões lineares dirigidas ao prestador de cuidados, com o objetivo de avaliar o seu conhecimento e as estratégias adotadas face às necessidades da esposa nos domínios da higiene, vestuário, alimentação, uso do sanitário, sono e repouso, atividades recreativas e atividade física.

Durante esta abordagem, a Sra. B1 partilhou verbalmente sentimentos de cansaço e desmotivação: “Já não tenho vontade para me pôr a mexer... às vezes passo o dia quase todo sentada no sofá. Não me apetece fazer nada.” Estas afirmações evidenciam a presença de inatividade física e um certo negativismo face ao processo de envelhecimento, o que reforça a necessidade de intervir neste domínio.

Com base nas informações recolhidas, foi formulado o diagnóstico de enfermagem:

- Potencial da família para melhorar o conhecimento do PC sobre Autocuidado — Atividade Física;
- Potencial da família para melhorar conhecimento do PC sobre Autovigilância;

A importância da atividade física no processo de envelhecimento ativo é amplamente reconhecida. Hernandez e Voser (2019) destacam que “a prática regular de exercícios físicos em idosos tem sido apontada como fator fundamental para a melhoria do bem-estar, da autoestima e da saúde mental, contribuindo significativamente para a redução dos sintomas depressivos”.

No que toca à atividade física, foram planeadas as seguintes intervenções:

- Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência;
- Avaliar evolução do conhecimento do PC sobre Autocuidado Atividade Física;
- Ensinar o PC sobre a fisiopatologia da doença.

Durante a segunda consulta, foi abordada com o Sr. B2 a fisiopatologia da hipertensão arterial e da osteoartrose, utilizando uma linguagem acessível, recurso a esquemas e metáforas visuais. Explicou-se o impacto do envelhecimento nos vasos sanguíneos e articulações, relacionando-o com sintomas como dor, rigidez e fadiga. O Sr. B2 mostrou-se participativo e questionou: “Então é por isso que ela se queixa mais ao fim do dia?” (sic), demonstrando curiosidade e interesse pela compreensão do quadro clínico da esposa.

Na terceira consulta, evidenciou-se apropriação do conhecimento transmitido, quando o Sr. B2 afirmou: “Quando ela fica muito tempo no sofá, depois é pior para se levantar” (sic), o que revela consciência sobre os efeitos da imobilidade e a relação com a dor osteoarticular.

A dor, enquanto sintoma limitante, foi abordada de forma prioritária, tendo em conta que, como referem Santos Neta et al. (2023), “a dor foi a dimensão mais comprometida da qualidade de vida entre as participantes do estudo, sendo relatada como presente de forma contínua e interferente nas atividades diárias, mesmo nas mais simples” (p. 7). A capacitação do prestador de cuidados permitiu, assim, responder de forma mais eficaz a esta limitação.

No seguimento dos diagnósticos identificados e no âmbito das intervenções dirigidas à promoção do autocuidado e da atividade física, foi utilizada a técnica interrelacional Rituais Terapêuticos, uma ferramenta que visa estruturar comportamentos de forma simbólica e partilhada no seio familiar. Os rituais terapêuticos são definidos como sequências de ações em que todos os membros da família são levados a participar, tendo como objetivo criar novas regras e rotinas adaptativas (Figueiredo, 2023). Segundo a autora cabe ao profissional compreender os rituais familiares em curso, observar a vivência dos mesmos pelos seus membros e, assim, ter a oportunidade de perceber uma sequência de comportamentos num conjunto estruturado de circunstâncias.

Neste contexto, à Família B foi proposto o estabelecimento de um ritual diário centrado na prática de caminhadas em conjunto. Inicialmente, questionou-se se já realizavam este tipo de atividade e qual seria a hora do dia mais prática para a sua implementação. O casal identificou o final da tarde como o momento mais propício, tendo começado por realizar curtas caminhadas à volta do quintal. Para reforçar o sentimento de segurança da Sra. B1, foi sugerido que as caminhadas fossem feitas de mão dada com o marido, estratégia prontamente adotada pelo casal.

Na terceira consulta, a família relatou que a prática se encontrava já instituída, passando a realizar pequenas caminhadas no quarteirão à volta da casa. Esta evolução foi possível através da construção partilhada de um ritual terapêutico adaptado à realidade e motivação do casal, promovendo, de forma simbólica e prática, a valorização da autonomia e o envolvimento do prestador de cuidados na rotina de autocuidado da esposa.

A realização deste ritual familiar, construído com base nas preferências e disponibilidade do

casal, permitiu ganhos efetivos na promoção do autocuidado e no reforço do vínculo entre os elementos da família. A participação ativa do Sr. B2, enquanto PC, não só favoreceu a segurança física da esposa durante as caminhadas, como também funcionou como elemento motivador na adesão à atividade física.

De acordo com Figueiredo (2012), o papel do PC é considerado adequado quando este demonstra conhecimento sobre as necessidades do familiar dependente, adere aos cuidados prestados e participa ativamente nas estratégias de promoção da sua saúde. Adicionalmente, como refere Santos Neta et al. (2023), a construção de estratégias adaptadas e partilhadas no contexto familiar pode favorecer significativamente a qualidade de vida da pessoa idosa, especialmente quando a dor e a limitação funcional estão presentes. Desta forma, perante os ganhos alcançados, foi possível reformular os diagnósticos inicialmente formulados para:

Diagnóstico: Papel do PC Adequado e Comportamentos de Adesão Demonstrado.

No que respeita à saturação do papel de PC, durante a primeira consulta de enfermagem ao domicílio foram exploradas questões que permitissem identificar sinais de sobrecarga emocional e social associados à rotina de cuidados. Apesar de o Sr. B2 não verbalizar cansaço físico ou dificuldades em ajudar a esposa, demonstrou, de forma subtil, algum afastamento das suas atividades habituais. Quando questionado sobre como tem sido a sua rotina desde que a Sra. B1 começou a necessitar de mais apoio, partilhou: “Não me queixo, faço o que tem de ser feito. Mas às vezes tenho saudades de ir à oficina passar a tarde, como fazia antes. Agora quase não vou.” (sic).

Esta afirmação demonstra um potencial impacto emocional associado à alteração das rotinas pessoais e sociais, revelando sinais precoces de saturação do papel, mesmo que ainda não assumido de forma consciente ou com queixas diretas. O afastamento da oficina, local onde mantinha laços afetivos com antigos colegas e amigos, e onde passava tempo de lazer, pode estar a comprometer o seu bem-estar individual e a sua própria rede de suporte emocional.

Neste sentido, foi identificado o diagnóstico:

- Potencial da família para melhorar o conhecimento do PC sobre a Saturação do Papel do PC.

Neste sentido, foram realizadas as intervenções:

- Avaliar a saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);
- Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família.

Com o objetivo de avaliar de forma mais objetiva a sobrecarga associada ao papel de prestador de cuidados, foi aplicada ao Sr. B2 a Escala de Zarit e verificou-se uma sobrecarga moderada, correspondendo a uma pontuação de 41 pontos.

No seguimento das intervenções direcionadas à avaliação da saturação do papel de PC e à

motivação para a redefinição de papéis no seio da família, foi aplicada, tal como na Família A, a estratégia da “questão milagre”. Esta técnica visa promover a reflexão e a consciencialização das necessidades pessoais do PC, que muitas vezes ficam em segundo plano face às exigências do cuidar.

Assim, ao Sr. B2 foi colocada a seguinte questão: “Imagine que esta noite acontece um milagre. Amanhã, ao acordar, sente-se leve, com tempo para si e tudo à sua volta está resolvido em relação aos cuidados da sua esposa. O que seria diferente nesse dia? O que faria? Como se sentiria?”. Após algum tempo de reflexão, respondeu: “Se calhar ia à oficina. Já não vou há muito tempo. Fazia-me bem ver os rapazes e mexer em motores... era o meu mundo.”

Com base nas necessidades identificadas e na reflexão proporcionada pela questão milagre, a família foi incentivada a pensar em estratégias viáveis que permitissem ao Sr. B2 retomar pontualmente a ligação à sua rotina anterior, sem comprometer a segurança e o bem-estar da esposa.

Durante a segunda consulta, foi explorada a possibilidade de envolver a rede familiar de apoio, nomeadamente a neta mais velha do casal, que vive na mesma localidade. Questionado sobre essa hipótese, o Sr. B2 partilhou: “Ela até se ofereceu uma vez para ficar com a avó, mas eu disse que não valia a pena. Mas se calhar, podia ser.”

Assim, em articulação com a família, foi organizada uma nova rotina: à sexta-feira à tarde, a neta passou a ir a casa dos avós, período em que não tem aulas, ficando com a Sra. B1 durante algumas horas. Este momento é agora aproveitado pelo Sr. B2 para visitar a oficina onde trabalhou durante décadas, reencontrando antigos colegas e amigos, retomando uma parte da sua identidade ocupacional e emocional.

A implementação desta estratégia revelou-se eficaz na promoção do autocuidado do prestador de cuidados, ajudando a aliviar a saturação emocional e a reforçar os laços intergeracionais da família.

Este resultado permitiu validar o diagnóstico de “Papel do Prestador de Cuidados Adequado: Saturação Não”, refletindo a existência de equilíbrio entre o desempenho do papel de cuidador e a manutenção das atividades significativas para o próprio.

## 8.2. Clientes

## Cliente

Família

## Família

13-03-2025 16:00

13-03-2025 16:00 - Família nuclear.

13-03-2025 16:00 - Família com idosos ou familiar dependente.

13-03-2025 16:00 - Ausência de animais domésticos.

13-03-2025 16:00 - Membro da família: Sr. B2.

13-03-2025 16:00 - Papel do cliente na família: Provedor financeiro, Organizador do funcionamento da casa, Gestor de atividades familiares, Cuidador.

## 8.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-03-2025 16:00	Papel de Prestador de Cuidados	
13-03-2025 16:00	Organização do funcionamento da casa	
13-03-2025 16:00	Edifício residencial	
13-03-2025 16:00	Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado	
13-03-2025 16:00	Processo Familiar	

### 8.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Na análise da Família B, composta por um casal idoso, foram selecionados os domínios edifício residencial, organização do funcionamento da casa, preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado e papel de prestador de cuidados, de acordo com as necessidades identificadas.

A escolha do domínio edifício residencial fundamenta-se na relevância do espaço físico como fator determinante na promoção da autonomia, segurança e bem-estar da pessoa idosa. O envelhecimento ativo pressupõe a existência de ambientes adequados às necessidades funcionais das pessoas, capazes de prevenir a perda de capacidade física e cognitiva e de

promover a sua permanência em casa com qualidade de vida.

Tal como referem Gomes et al. (2022), a criação de ambientes seguros e apropriados para idosos é uma das estratégias essenciais para evitar o agravamento de deficiências e assegurar a funcionalidade. Esta perspetiva reforça a importância de avaliar o espaço habitacional no seu conjunto, incluindo fatores estruturais, acessibilidade e conforto, como componentes indissociáveis do cuidado em saúde familiar. A OMS (2005, cit. por Gomes et al., 2022) defende que os ambientes físicos devem alinhar-se com os princípios da participação, segurança e saúde, pilares do envelhecimento ativo.

Ao integrar este domínio no processo de avaliação familiar, reforça-se a visão holística e contextualizada do cuidar, em que o espaço habitado passa a ser reconhecido como elemento promotor ou limitador da saúde da pessoa idosa e da funcionalidade familiar.

O domínio organização do funcionamento da casa baseia-se na compreensão de que as rotinas domésticas estão ligadas à capacidade da família para responder às exigências da dependência no autocuidado. O artigo de Costa Bento et al. (2021) evidencia que, em muitos casos, as famílias que cuidam de pessoas dependentes enfrentam limitações significativas na gestão das tarefas do quotidiano, como a preparação de refeições, arrumação da casa, realização de compras ou acompanhamento a serviços de saúde. Estas tarefas, frequentemente assumidas por PC idosos, são afetadas pela idade avançada, baixo nível de escolaridade ou ausência de suporte familiar, colocando em risco a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, o domínio permite ao EEECESF compreender o grau de organização da família e identificar eventuais desequilíbrios ou sobrecargas associados à distribuição de responsabilidades. Tal como referem os autores, a capacidade do PC para articular as rotinas domésticas com os cuidados à pessoa dependente não deve ser presumida, mas antes avaliada, dado que a ausência de organização pode comprometer não só o bem-estar do PC, como também a estabilidade funcional do ambiente familiar (Costa Bento et al., 2021). Assim, a abordagem a este domínio reveste-se de especial importância em famílias em processo de adaptação à dependência, funcionando como um indicador da necessidade de apoio e de intervenção profissional.

A seleção do domínio preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado justifica-se pela importância de promover a autonomia da pessoa cuidada e de capacitar a família para um envolvimento ativo, consciente e respeitador das suas capacidades funcionais. Este domínio permite ao EEECESF compreender até que ponto os familiares estão preparados para apoiar, sem substituir, incentivando práticas de cuidado que potenciem o autocuidado possível e evitem a deterioração da funcionalidade.

Segundo Mendes et al. (2019), “a integração da pessoa dependente no autocuidado pode traduzir-se num contributo importante para o reforço da autoestima, da identidade e da

funcionalidade, desde que sustentada por estratégias adequadas e acompanhamento profissional”. A abordagem a este domínio torna-se, assim, fundamental para garantir um cuidado centrado na pessoa e na sua participação, ao mesmo tempo que reforça o papel do EEECESF na orientação da família para práticas mais capacitadoras e promotoras da autonomia.

A seleção do domínio papel de PC assume particular relevância no contexto de famílias que vivenciam situações de dependência ligeira, uma vez que permite identificar quem, no contexto familiar, assume a responsabilidade pelo cuidado e de que forma esse papel é construído, vivido e sustentado ao longo do tempo. Este domínio, no quadro do MDAIF, remete para a compreensão do padrão interacional estabelecido na família, que visa dar apoio a um dos seus membros que se encontra dependente do autocuidado (Figueiredo, 2012).

A avaliação deste domínio permite, por um lado, clarificar a dinâmica de distribuição de tarefas e responsabilidades, e, por outro, compreender as dificuldades associadas à assunção desse papel. Tal como afirma Figueiredo (2012), as dificuldades da família na prestação de cuidados não decorrem apenas da ausência de conhecimento, recursos ou suporte social, mas podem persistir mesmo quando estes elementos estão presentes, revelando lacunas na operacionalização do cuidado ou sobrecarga emocional que impede a sua concretização eficaz. Esta constatação reforça a importância da intervenção do EEECESF, que deve centrar-se não só na capacitação técnica, mas também no acompanhamento relacional, emocional e organizacional do PC.

Neste sentido, o domínio papel de PC constitui-se como uma área crítica de observação e intervenção, na medida em que permite identificar precocemente sinais de sobrecarga, desorganização ou ambivalência face ao papel assumido, potenciando intervenções que promovam o equilíbrio familiar, o reconhecimento das dificuldades e a partilha das responsabilidades de forma mais equitativa e consciente.

Por fim, o domínio processo familiar foi integrado por se centrar nos padrões de interação que estruturam o funcionamento da família. As áreas de atenção de Enfermagem avaliadas incluíram a comunicação familiar e o coping familiar, que no seu conjunto permitem compreender as relações e interações entre os membros da família e identificar necessidades de mudança neste nível de funcionamento (Figueiredo, 2023). A análise deste domínio possibilita ao EEECESF detetar facilitadores e barreiras à adaptação, apoiar a redistribuição de tarefas e promover estratégias de coping, assegurando uma abordagem sistémica e centrada na família.

## 8.4. Concessão de Cuidados

### Organização do funcionamento da casa

13-03-2025 16:00

- 13-03-2025 16:00 - Fazer compras: a família assegura .
- 13-03-2025 16:00 - Arranjar a casa: a família assegura .
- 13-03-2025 16:00 - Armazenamento dos alimentos: a família assegura .
- 13-03-2025 16:00 - Preparação dos alimentos: a família assegura .
- 13-03-2025 16:00 - Acompanhar membro da família a serviço de saúde: a família assegura .

### Edifício residencial

13-03-2025 16:00

- 13-03-2025 16:00 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.
- 13-03-2025 16:00 - Edifício residencial com abastecimento de água.
- 13-03-2025 16:00 - Edifício residencial com barreiras arquitetónicas para crianças/doentes/idosos, com possibilidade de modificação .

#### **13-03-2025 16:00 - Promover o processo familiar: gestão das condições do edifício residencial**

13-03-2025 16:00 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-06-2025 17:00 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: facilitador [MELHOROU].

#### **13-03-2025 16:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento sobre condições do edifício residencial** [RESOLVIDO] 27-06-2025 17:00

*13-03-2025 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre condições do edifício residencial [FIM] 27-06-2025 17:00*

### Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

13-03-2025 16:00

#### **13-03-2025 16:00 - Promover o processo familiar: integração de um familiar dependente no autocuidado**

13-03-2025 16:00 - Há participação de outros membros da família para tomar conta do dependente .

27-06-2025 17:00 - Há participação de outros membros da família para tomar conta do dependente .

13-03-2025 16:00 - Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar acessibilidade ao edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-06-2025 17:00 - Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar acessibilidade ao edifício residencial: facilitador [MELHOROU].

13-03-2025 16:00 - Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar mobilidade dentro do edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-06-2025 17:00 - Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar mobilidade

dentro do edifício residencial: facilitador [MELHOROU].

13-03-2025 16:00 - Conhecimento da família sobre organização do ambiente residencial para facilitar autocuidado: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-03-2025 16:00 - Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: facilitador.

13-03-2025 16:00 - Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: facilitador.

27-06-2025 17:00 - Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: facilitador [MANTEVE].

13-03-2025 16:00 - Significado atribuído pela família à dependência do familiar: não dificultador.

13-03-2025 16:00 - Significado atribuído pela família ao papel de cuidador familiar: não dificultador.

27-06-2025 17:00 - Significado atribuído pela família ao papel de cuidador familiar: não dificultador [MANTEVE].

**13-03-2025 16:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da mobilidade no edifício residencial** [RESOLVIDO]

27-06-2025 17:00

*13-03-2025 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da mobilidade no edifício residencial [FIM] 27-06-2025 17:00*

### **Papel de Prestador de Cuidados**

13-03-2025 16:00

**13-03-2025 16:00 - Promover o conhecimento sobre o Papel de PC**

**13-03-2025 16:00 - Potencial da família para melhorar o conhecimento do PC sobre Autocuidado Atividade Física**

*13-03-2025 16:00 - Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência*

*13-03-2025 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento do PC sobre Autocuidado Atividade Física*

*13-03-2025 16:00 - Ensinar o PC sobre a fisiopatologia da doença*

**13-03-2025 16:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento do PC sobre a Saturação do Papel do PC**

*13-03-2025 16:00 - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)*

*13-03-2025 16:00 - Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família*

**27-06-2025 17:00 - Potencial da família para melhorar o conhecimento do PC sobre Autocuidado Atividade Física - [RESOLVIDO]**

*27-06-2025 17:00 - Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência*

*27-06-2025 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento do PC sobre Autocuidado Atividade Física*

*27-06-2025 17:00 - Ensinar o PC sobre a fisiopatologia da doença*

**27-06-2025 17:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento do PC sobre a Saturação do Papel do PC [RESOLVIDO]**

*27-06-2025 17:00 - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)*

*27-06-2025 17:00 - Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família*

27-06-2025 17:00

### **Processo Familiar**

13-03-2025 16:00

#### **13-03-2025 16:00 - Processo Familiar Não Disfuncional**

##### **13-03-2025 16:00 - Comunicação Familiar Eficaz**

*13-03-2025 16:00 - A família mostra satisfação dos membros relativamente ao modo de expressar dos sentimentos.*

##### **13-03-2025 16:00 - Coping Familiar Eficaz**

*13-03-2025 16:00 - A família demonstra identificar quem na família habitualmente identifica os problemas e não existe discussão sobre os problemas da família.*

## **8.5. Especificação das intervenções**

Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência

- Durante as visitas domiciliárias, foi trabalhada com o Sr. B2, enquanto PC a importância de estimular a independência da Sra. B1 nas atividades do dia a dia, respeitando o seu ritmo e capacidades. Foi explicado que a promoção da autonomia da esposa poderia contribuir para a manutenção da funcionalidade, para o reforço da autoestima e para a prevenção do declínio físico e emocional. A abordagem incluiu exemplos práticos de como apoiar sem substituir, incentivando-a a participar na escolha da roupa, a colaborar nas pequenas tarefas domésticas que ainda conseguia realizar, a manter a sua higiene pessoal de forma segura e a integrar caminhadas leves na rotina, ajustadas ao seu estado físico. O Sr. B2 foi orientado a adotar uma postura de encorajamento, valorizando cada conquista da esposa, mesmo nas tarefas mais simples, como levantar-se do sofá ou arrumar utensílios nas prateleiras mais acessíveis, evitando atitudes de superproteção que pudessem aumentar a dependência. Discutiu-se ainda a relevância de criar momentos de participação conjunta, como ajudar a preparar refeições ou regar a horta do quintal, fortalecendo o vínculo afetivo e favorecendo o sentimento de utilidade da Sra. B1. Ao longo das consultas seguintes, observou-se que o Sr. B2 passou a estimular mais ativamente a participação da esposa, permitindo-lhe maior envolvimento nas decisões e incentivando-a a manter atividades compatíveis com as suas capacidades, o que resultou em maior confiança e satisfação pessoal da Sra. B1.

Avaliar evolução do conhecimento do PC sobre Autocuidado Atividade Física

- Durante a segunda consulta, explicou-se, de forma acessível, a fisiopatologia da hipertensão arterial e da osteoartrose, relacionando o impacto do envelhecimento nos vasos sanguíneos e articulações com sintomas como dor, rigidez e fadiga. O recurso a esquemas e metáforas visuais favoreceu a compreensão, tendo o Sr. B2 participado

ativamente, demonstrando interesse ao questionar sobre a relação entre o esforço diário e as queixas da esposa. Na terceira consulta, verificou-se apropriação do conhecimento transmitido, quando o PC reconheceu a relação entre a permanência prolongada no sofá e a dificuldade da esposa em iniciar movimento, revelando consciência sobre os efeitos negativos da imobilidade e a importância do incentivo à atividade física. A pertinência desta abordagem encontra suporte na evidência científica, que destaca que “a prática regular de exercícios físicos em idosos tem sido apontada como fator fundamental para a melhoria do bem-estar, da autoestima e da saúde mental, contribuindo significativamente para a redução dos sintomas depressivos” (Hernandez & Voser, 2019).

Complementarmente, foi introduzida a técnica interrelacional Rituais Terapêuticos (Figueiredo, 2023), estruturando a construção de um ritual diário de caminhadas adaptado às preferências e ao ritmo do casal. A adesão progressiva à nova rotina evidenciou ganhos no conhecimento do Sr. B2, traduzidos na implementação de estratégias para apoiar o autocuidado da esposa, reforçando a autonomia, prevenindo limitações osteoarticulares e promovendo a qualidade de vida.

#### Ensinar o PC sobre a fisiopatologia da doença

- A intervenção “Ensinar o PC sobre a fisiopatologia da doença” teve como finalidade capacitar o Sr. B2, enquanto prestador de cuidados, com conhecimentos sobre os processos fisiopatológicos associados às patologias da Sra. B1, permitindo-lhe apoiar de forma informada o autocuidado e reconhecer sinais de agravamento. Durante a segunda consulta domiciliária, explicou-se, numa linguagem clara e ajustada, o impacto da hipertensão arterial e da osteoartrose no organismo, recorrendo a esquemas simples e metáforas visuais para ilustrar a perda de elasticidade dos vasos sanguíneos, o aumento da resistência periférica e as alterações degenerativas das articulações, responsáveis por dor, rigidez e fadiga. Esta abordagem foi alinhada com as recomendações da Direção-Geral da Saúde (2023), que defendem que a educação do PC deve contemplar o conhecimento sobre o processo de doença, sinais de alarme e estratégias de autocuidado, de modo a potenciar a adaptação às limitações funcionais e a qualidade dos cuidados prestados. O Sr. B2 mostrou-se recetivo e participativo, questionando sobre a relação entre o esforço diário e as queixas da esposa, o que evidenciou interesse em adequar as suas práticas de apoio. Na terceira consulta, observou-se apropriação dos conteúdos transmitidos, quando o prestador de cuidados verbalizou que períodos prolongados de inatividade agravavam as dificuldades de mobilização da esposa, revelando capacidade para relacionar sintomas com a fisiopatologia explicada. Esta intervenção contribuiu para aumentar a segurança e a confiança do cuidador, favorecendo decisões mais ajustadas às necessidades da pessoa cuidada e potenciando o sucesso das restantes estratégias, nomeadamente as relacionadas com a promoção da atividade física e a prevenção da dor osteoarticular.

#### Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)

- Foi realizada na primeira consulta domiciliária, uma exploração dirigida sobre a forma como o Sr. B2 vivenciava o seu papel de PC e os impactos dessa função no seu bem-estar. Através de questões abertas, procurou-se identificar possíveis sinais de sobrecarga

emocional e social, bem como situações que pudessem contribuir para um eventual desgaste. O Sr. B2 não referiu fadiga física ou dificuldades em apoiar a esposa, mas revelou, de forma subtil, afastamento de atividades significativas, ao partilhar saudades de passar tardes na oficina onde trabalhou durante anos. Este dado permitiu compreender que, apesar de não verbalizar queixas explícitas, existia um potencial impacto emocional relacionado com a adaptação às novas exigências do cuidar. Para aprofundar a avaliação, foi aplicada a Escala de Zarit, que indicou sobrecarga moderada (41 pontos), reforçando a necessidade de intervir. Com base nas informações recolhidas, discutiram-se fatores específicos geradores de saturação, como a diminuição do tempo disponível para atividades de lazer, a perda de contacto regular com antigos colegas e a responsabilidade constante de acompanhar a esposa. Esta análise permitiu clarificar as áreas de maior vulnerabilidade do prestador de cuidados, constituindo o ponto de partida para a planificação de estratégias que favorecessem o equilíbrio entre o desempenho do papel de PC e a preservação de momentos de realização pessoa.

Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família

- Durante a segunda consulta domiciliária, promoveu-se um espaço de reflexão sobre a distribuição de tarefas no seio familiar, valorizando o contributo de cada elemento e explorando possibilidades de partilha de responsabilidades. Reforçou-se junto do Sr. B2 que a manutenção de momentos de lazer e convívio, como as visitas à oficina, poderia favorecer o seu bem-estar emocional e prevenir a saturação associada ao cuidar. Para facilitar a tomada de consciência das próprias necessidades, utilizou-se a técnica da “questão milagre”, que permitiu ao PC identificar o desejo de retomar, ainda que pontualmente, a ligação ao seu passado profissional e social. Com base nesta reflexão, foi sugerido o envolvimento de outros membros da família no apoio à Sra. B1. O Sr. B2 aceitou a proposta de recorrer à neta mais velha, que se disponibilizou para estar com a avó semanalmente, permitindo-lhe dispor de algumas horas livres. Esta reorganização dos papéis promoveu um maior equilíbrio entre as responsabilidades de cuidador e o autocuidado do próprio, reforçando simultaneamente os laços intergeracionais e contribuindo para um ambiente familiar mais colaborativo e saudável. Estes resultados vão ao encontro do que é salientado por Frade et al. (2023), que identificam a partilha de responsabilidades e o apoio familiar como estratégias fundamentais para reduzir a sobrecarga emocional e social dos cuidadores informais, favorecendo uma transição saudável no desempenho do papel de prestador de cuidados e permitindo que mantenham atividades que valorizam a sua identidade e bem-estar.

## 8.6. Síntese relativa ao caso

A Família B, acompanhada ao longo do estágio de natureza profissional entre março e julho de 2025, evidenciou diversas dinâmicas relevantes no processo de envelhecimento e adaptação à dependência ligeira, com especial enfoque na segurança do domicílio, promoção do autocuidado

e papel do PC. O casal, composto pelo Sr. B1 (69 anos) e pela Sra. B2 (77 anos), vive numa estrutura familiar nuclear, apresentando uma relação estável, vínculos afetivos fortes com os filhos e netos, e uma atitude colaborativa ao longo do acompanhamento.

Durante as consultas ao domicílio, foram identificadas barreiras arquitetónicas com impacto potencial na segurança da Sra. B2. Através da aplicação do instrumento HSSAT, destacaram-se riscos como tapetes soltos, armários altos, ausência de barras de apoio e banheira de difícil acesso. Após intervenções e ensinamentos especializados, a família adotou várias estratégias corretivas, incluindo a colocação de redes antiderrapantes, reorganização da cozinha e instalação de barras de apoio. Embora a banheira ainda se mantenha, os restantes ganhos permitiram validar o diagnóstico de Precaução de Segurança Demonstrada.

No domínio do autocuidado, a Sra. B2 demonstrava inicialmente desmotivação para a prática de atividade física, mantendo um estilo de vida sedentário. O Sr. B1 assumiu desde o início o papel de PC, demonstrando atenção às necessidades da esposa e capacidade de organização, nomeadamente na gestão da medicação. Através da técnica dos rituais terapêuticos e da intervenção centrada na promoção da autonomia, o casal foi encorajado a iniciar caminhadas diárias de curta duração. Com o tempo, estas evoluíram para percursos ligeiros fora de casa, contribuindo para o reforço da segurança no andar e do envolvimento da Sra. B2 no seu próprio autocuidado. Foram, assim, validados os diagnósticos de Papel do PC Adequado e Comportamentos de Adesão Demonstrado.

Foi ainda avaliada a possibilidade de sobrecarga associada ao papel de cuidador, tendo sido aplicada a Escala de Zarit, com resultado de sobrecarga moderada. Embora o Sr. B1 não expressasse queixas, partilhou que sentia falta de momentos de lazer associados à antiga rotina na oficina. Com recurso à técnica da questão milagre, foi explorada a possibilidade de reorganização do tempo familiar. A neta passou a visitar os avós às sextas-feiras, o que permitiu que o Sr. B1 retomasse, pontualmente, visitas à oficina, contribuindo para o seu bem-estar emocional. Este resultado sustentou a validação do diagnóstico de Papel do PC Adequado: Saturação Não.

Em suma, a Família B beneficiou de uma abordagem centrada na valorização da autonomia, na gestão segura do domicílio e no reforço do papel do PC, constituindo-se como um exemplo da relevância da intervenção especializada do EEECESF junto de famílias em processo de adaptação à dependência.



## 9. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo constitui uma análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do estágio realizado numa USF, inserido na UC “Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final”.

Neste contexto, pretende-se refletir sobre as competências desenvolvidas ao longo da componente clínica, tendo como base os referenciais normativos da OE, nomeadamente o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), que define as competências comuns do Enfermeiro Especialista, e o Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018), que especifica as competências do EEECESF.

A OE define as competências comuns como “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” Por sua vez, define as competências específicas como “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019) os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se definidos nos Anexos I a IV do referido regulamento, sendo considerados fundamentais para o exercício especializado e para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. As competências comuns desenvolvidas ao longo do estágio são descritas de seguida:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Durante o estágio, foi evidente o desenvolvimento da competência relacionada com a responsabilidade profissional, ética e legal, expressa através de uma prática clínica fundamentada nos princípios éticos, legais e deontológicos da profissão. As consultas de enfermagem, particularmente no domicílio, foram conduzidas com respeito absoluto pelos

direitos da família, assegurando a confidencialidade da informação partilhada e a tomada de decisão clínica de forma informada e partilhada. Todas as intervenções foram precedidas de avaliação ética e de comunicação clara, garantindo que o utente compreendia e consentia os cuidados propostos.

A tomada de decisão foi sempre realizada à luz dos princípios e valores profissionais, com particular atenção à segurança, privacidade e dignidade das pessoas envolvidas. Foram identificadas situações de risco e adotadas medidas de prevenção e condutas antecipatórias, promovendo ambientes seguros e de cuidado centrado na pessoa. A gestão circular da informação familiar foi também conduzida de forma sensível e ética, respeitando os limites e preferências de cada elemento, e considerando o impacto das decisões na dinâmica da unidade familiar.

O comportamento ético adotado refletiu-se ainda na promoção ativa da autonomia e do empoderamento familiar, através de uma comunicação empática e mediadora, favorecendo a participação dos membros da família no planeamento dos cuidados. A articulação com a equipa de saúde da USF permitiu aprofundar a liderança de processos de tomada de decisão ética, bem como a avaliação contínua dos seus resultados, consolidando esta competência como pilar da prática do EEECESF.

Durante o estágio, foram desenvolvidas competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, traduzidas numa participação ativa na promoção de boas práticas e na dinamização de iniciativas formativas sobre a temática em estudo neste relatório. Neste âmbito, foi implementada uma ação de formação direcionada à equipa da USF, nomeadamente médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com o objetivo de reforçar o conhecimento na área da Enfermagem de Saúde Familiar, com especial enfoque no MDAIF e na documentação estruturada no programa “Saúde da Família” do SClínico de Enfermagem (Anexo 2).

Esta iniciativa surgiu da identificação de necessidades formativas relativas à uniformização e qualidade dos registos clínicos, em particular no acompanhamento de famílias com membros idosos em situação de dependência. A necessidade foi reconhecida através da observação direta da utilização reduzida do programa “Saúde da Família” por parte de vários elementos da equipa de enfermagem, bem como pelo contexto organizacional da USF onde decorreu o estágio, que contava apenas com uma enfermeira especialista na área de Enfermagem Comunitária, o que limitava a difusão sistematizada de conhecimentos específicos da área. Acresce ainda a presença de dois elementos recém-licenciados em enfermagem, cuja prática demonstrou menor familiaridade com a dinâmica de cuidados em USF. A formação permitiu, assim, não só promover a apropriação teórica do MDAIF, como também incentivar a incorporação de boas práticas no registo e planeamento dos cuidados, garantindo maior coerência das intervenções em ESF.

Além disso, esta atividade permitiu-me aplicar conhecimentos e competências com o intuito de

contribuir ativamente para o projeto de melhoria contínua da qualidade da USF, e simultaneamente favoreceu o desenvolvimento das minhas competências enquanto formadora em contexto de trabalho. Assim, esta experiência permitiu aplicar conhecimentos na área da qualidade, contribuindo para a dinamização de um projeto de melhoria institucional, bem como consolidar o papel do EEECESF.

No decurso do estágio, foram também desenvolvidas atividades orientadas para o aprofundamento das competências específicas do EEECESF, no âmbito do tema central deste relatório: a construção do papel de prestador de cuidados em famílias com casais idosos com dependência ligeira. De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2019) compete ao EEECESF:

- Cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar”.

Em seguida fazemos uma análise descrita e refletiva do contributo do desenvolvimento do conjunto de competências contidas no regulamento do EEECESF.

### **Unidade de Competência: Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas**

A relação estabelecida com as Famílias A e B revelou-se particularmente significativa, tanto a nível relacional como terapêutico, tendo sido promotora de ganhos efetivos em saúde e de um clima de confiança mútua, que favoreceu a continuidade e o sucesso das intervenções. A abertura e disponibilidade demonstradas pelas famílias, bem como o interesse manifestado relativamente aos planos de cuidados - tanto à ET como a mim, enquanto mestrande e enfermeira da área de ESF - foram evidências do envolvimento ativo no processo terapêutico. Nas consultas realizadas, prevaleceu uma postura de escuta ativa e respeito pelas preocupações e prioridades familiares, sendo promovida a partilha de opiniões sobre o estado de saúde dos seus membros, o que contribuiu para uma intervenção centrada e significativa.

As consultas ocorreram, maioritariamente, em contexto domiciliário, fator que se revelou determinante para o fortalecimento da relação terapêutica. O facto de as intervenções decorrerem no espaço habitual da família proporcionou um ambiente de maior acolhimento e conforto, permitindo também uma avaliação mais completa e contextualizada. A observação direta das interações familiares e das condições habitacionais possibilitou a aplicação prática dos referenciais do MDAIF, em particular nas dimensões estrutural e funcional.

Atendendo às especificidades das famílias em estudo, a abordagem foi realizada através de diferentes técnicas de intervenção familiar e individual, de acordo com as necessidades

identificadas ao longo do processo. Foram, assim, utilizadas técnicas como a Metáfora, a Pergunta Milagre, a Prescrição Paradoxal e os Rituais Terapêuticos, que permitiram explorar significados, promover a reflexão sobre os papéis familiares, reforçar o compromisso com o cuidado e facilitar a reorganização das dinâmicas familiares face à situação de dependência. Paralelamente, foram aplicadas questões lineares, reflexivas, circulares e hipotéticas orientadas para a compreensão das perceções individuais e o alinhamento de expectativas. Ao longo das intervenções, foram igualmente valorizados os pontos fortes das famílias, reconhecendo comportamentos promotores de saúde e coesão familiar, o que contribuiu para reforçar o sentimento de competência e motivação para a continuidade do cuidado.

### **Unidade de Competência: Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família**

Numa fase inicial do acompanhamento, procedeu-se à análise dos processos clínicos familiares e individuais através do SClínico-CSP, com o objetivo de obter uma perspetiva sobre a situação de saúde das famílias e dos seus membros. Esta etapa permitiu reunir informações relevantes sobre antecedentes clínicos, necessidades em aberto e intervenções anteriormente realizadas. Paralelamente, foi realizada uma articulação próxima com a ET, cuja experiência e conhecimento como enfermeira de família destas famílias em estudo se revelou fundamental para o enquadramento das dinâmicas familiares, identificação de fragilidades e reconhecimento de aspetos menos evidentes nos registos clínicos. As informações partilhadas pela ET constituíram uma mais-valia para a planificação das intervenções e para a compreensão mais holística do contexto familiar.

Durante a interação com as famílias, foram recolhidas informações relevantes sobre o historial familiar, antecedentes hereditários e a composição da estrutura familiar, estando parte destes dados representada nos respetivos Genogramas. Procurou-se, ainda, explorar elementos associados às problemáticas atuais vivenciadas pelas famílias e a fatores ambientais suscetíveis de influenciar o seu estado de saúde e bem-estar. Tendo em consideração as especificidades de cada núcleo familiar, procedeu-se à avaliação sistemática de áreas prioritárias com base no referencial do MDAIF, contemplando as suas dimensões estrutural e funcional. Neste âmbito, foram avaliados aspetos como o rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e papel do prestador de cuidados.

Para complementar a avaliação recorreu-se à aplicação de instrumentos específicos que permitiram aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas familiares e as condições do domicílio. Foram utilizados o Ecomapa, com o objetivo de identificar as redes de apoio formal e informal, a Escala de Graffar, para a caracterização do perfil socioeconómico, e o HSSAT, no sentido de avaliar os fatores de risco ambientais associados a quedas no domicílio. No plano individual, foi aplicado o Índice de Barthel à pessoa em situação de dependência, com vista à determinação do grau de autonomia nas atividades de vida diária, e a Escala de Zarit, dirigida ao prestador de cuidados informal, para avaliação da perceção de sobrecarga associada ao

desempenho do seu papel.

Através da conjugação entre a análise documental, o diálogo com a ET e a aplicação de instrumentos de avaliação familiar e individual, foi possível realizar uma recolha sistemática e aprofundada de dados sobre o estado de saúde das famílias acompanhadas. Esta abordagem permitiu uma compreensão holística das suas dinâmicas, necessidades e recursos, assegurando uma base sólida para o planeamento de cuidados adequados e centrados na família.

### **Unidade de Competência: Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas**

Durante o acompanhamento das famílias, foi realizada uma monitorização contínua das suas respostas às condições de saúde e de doença. Através das consultas ao domicílio, foi possível observar alterações no estado funcional da pessoa dependente, bem como os impactos físicos, emocionais e sociais associados ao exercício do papel de PC. O uso de instrumentos como o Índice de Barthel e a Escala de Zarit, aliada à escuta ativa e à observação direta das dinâmicas familiares, permitiu identificar sinais de sobrecarga, fadiga emocional e reajustes nos papéis familiares.

Adicionalmente, esta monitorização sustentada permitiu avaliar o complexo estado de reciprocidade entre a família, a sua saúde e o meio ambiente, evidenciado, entre outros aspetos, pelas condições habitacionais e pelas dinâmicas de resistência à mudança. Esta etapa do ciclo de vida comum às famílias acompanhadas revelou inicialmente uma tendência para a preservação da familiaridade, refletida na relutância face à alteração de barreiras arquitetónicas. No entanto, a minha intervenção como futura enfermeira especialista foi focada na consciencialização, reforço de capacidades e evidência de ganhos em saúde, que conduziu a uma mudança significativa na perceção do risco e na adoção de medidas corretivas. A adesão das famílias às recomendações e a concretização de alterações no domicílio evidenciam a eficácia da intervenção centrada na avaliação global e na compreensão da reciprocidade entre o contexto familiar e os determinantes ambientais.

### **Unidade de Competência: Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica**

O desenvolvimento da prática clínica ao longo do estágio foi alicerçado na evidência científica, assumindo-se esta como eixo essencial na tomada de decisão e na implementação de cuidados à família. A elaboração deste relatório reflete, assim, uma prática fundamentada na investigação atual na área da ESF, tendo sido aplicadas as intervenções mais adequadas consoante as necessidades específicas das famílias em estudo. A procura ativa de conhecimento científico e a passagem desse conhecimento para o contexto clínico permitiram uma abordagem crítica, reflexiva e sistematizada, essencial ao desempenho do papel de futura EEECESF.

Foram utilizadas técnicas transversais, como questões lineares, circulares, hipotéticas e reflexivas, que possibilitaram explorar crenças, significados e padrões relacionais, essenciais à compreensão da dinâmica familiar. Para além destas, recorreram-se a técnicas específicas de intervenção familiar, como a metáfora, a pergunta milagre, a prescrição paradoxal e os rituais familiares, cuja aplicação permitiu mobilizar os recursos internos das famílias, facilitar a expressão emocional e promover a reformulação de perceções e comportamentos. Estas ferramentas, aplicadas de forma contextualizada, revelaram-se fundamentais para a personalização das intervenções e para a obtenção de ganhos em saúde significativos para os membros da família.

Ao longo do estágio, foram utilizados vários referenciais teóricos que ajudaram a organizar o pensamento e a orientar a prática em Enfermagem de Saúde Familiar. O MCAF e o MDAIF foram fundamentais para compreender melhor a estrutura, o funcionamento e os desafios vividos pelas famílias acompanhadas. Estes modelos, pela sua flexibilidade e capacidade de adaptação à realidade de cada família, permitiram aplicar o raciocínio clínico de forma mais crítica e personalizada. Também a Teoria das Transições foi tida em conta, ajudando a interpretar as mudanças vividas pelos indivíduos, especialmente nos contextos de doença e de ajustamento ao papel de PC. Também os conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica foram colocados em prática, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento de competências específicas como futura EEECESF. Procurei sempre ao longo deste relatório sustentar as minhas intervenções na evidencia mais recente, descrevendo o que a literatura atual suporta como cuidados especializados sustentando uma prática baseada na evidencia.

### **Unidade de Competência: Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas**

Durante o acompanhamento das famílias em estudo, foram implementadas intervenções centradas na promoção e recuperação do bem-estar familiar, tendo em conta a complexidade associada à presença de uma pessoa idosa em situação de dependência e, à construção e desenvolvimento de competência no exercício da construção do papel de prestador de cuidados à família com membro com dependência ligeira. Estas situações exigiram uma abordagem sistémica, sensível às transições vividas pelos membros da família e à necessidade de reorganização dos papéis familiares.

No decurso das consultas, foi explorada com as famílias a temática da saturação do papel de PC, identificando sinais precoces de sobrecarga e os seus impactos físicos, emocionais e sociais. A partir desse diagnóstico, foram definidas em conjunto estratégias adaptadas à realidade de cada família, com o objetivo de atenuar essa sobrecarga. Entre essas estratégias destacou-se a valorização do autocuidado, a reorganização das tarefas entre os membros familiares e a mobilização da rede de suporte. Esta abordagem revelou-se eficaz, tendo sido observadas melhorias no bem-estar familiar, no equilíbrio dos papéis e na adesão às intervenções

propostas. Foi ainda analisado o domínio Processo Familiar ao nível da comunicação familiar e coping familiar

Paralelamente, a aplicação do instrumento HSSAT permitiu identificar e intervir sobre múltiplos fatores de risco para quedas no domicílio, promovendo a segurança do ambiente familiar. Com base na avaliação realizada, foram recomendadas alterações estruturais simples, como a remoção de tapetes soltos, reorganização do mobiliário e melhoria da iluminação em zonas de passagem. Estas intervenções, acolhidas pelas famílias, contribuíram diretamente para a prevenção de quedas e para o reforço do sentimento de segurança, tanto da pessoa em situação de dependência como do prestador de cuidados, evidenciando a eficácia das estratégias adotadas nesta unidade de competência.

### **Unidade de Competência: Facilita a resposta da família em situação de transição complexa**

Durante o estágio, foi possível acompanhar famílias em processo de transição complexa, resultante de uma situação de dependência ligeira num dos membros idosos do casal e da consequente necessidade de reorganização familiar. A transição vivida envolveu não apenas alterações no quotidiano da pessoa em situação de dependência, mas também mudanças significativas no papel e identidade do PC, exigindo ajustamentos nas rotinas, nos papéis familiares e na dinâmica familiar.

Ao longo das intervenções, procurou-se facilitar a adaptação da família a esta nova realidade, promovendo momentos de reflexão conjunta, identificação de sentimentos associados à transição e definição de estratégias viáveis de ajustamento. Recorreu-se a técnicas de intervenção familiar, como a pergunta milagre, metáforas, prescrição paradoxal e rituais terapêuticos, que permitiram dar sentido à experiência vivida e construir novas formas de resposta. A escuta ativa, a validação emocional e o reforço das capacidades já existentes na família foram pilares fundamentais deste processo.

Regularmente, no decorrer das consultas, era discutido com as famílias o seu progresso, reforçando-se positivamente todas as pequenas metas alcançadas. Foram valorizadas as mudanças promovidas no domicílio, como a retirada de tapetes, o reposicionamento de mobiliário, a aquisição de bancos de apoio ou redes antiderrapantes e, embora simples, representaram passos significativos na adoção de comportamentos de segurança e na capacidade de resposta da família à transição vivida. No caso da Família B, foi ainda abordada a necessidade de substituição da banheira por uma base de duche, tendo os elementos familiares demonstrado consciência da importância desta alteração, ainda que a mesma não tenha sido implementada no imediato.

A partir deste encorajamento e da abertura face às experiências vivenciadas pelas famílias e seus membros, tornou-se possível identificar as forças que sustentam cada sistema familiar,

bem como as dificuldades sentidas e as oportunidades de mudança e crescimento. Foi, igualmente, analisada a dinâmica entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde, procurando compreender de que forma cada um destes elementos pode influenciar o processo de transição. A sistematização destas relações foi realizada através do Ecomapa, instrumento que possibilitou visualizar de forma clara os apoios formais e informais, bem como os vínculos facilitadores ou limitadores da família.

### **Unidade de Competência: Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar**

Ao longo do estágio, a prática de enfermagem de saúde familiar foi desenvolvida de forma ativa, intencional e ajustada à realidade de cada família acompanhada. O envolvimento com as famílias foi sustentado num compromisso genuíno com a promoção do seu bem-estar, através de uma abordagem centrada, participativa e com base numa relação terapêutica sólida. Realizaram-se consultas domiciliárias regulares, construíram-se planos de cuidados em parceria com os elementos familiares e aplicaram-se ferramentas específicas da enfermagem de saúde familiar, como o MDAIF e diferentes técnicas de intervenção familiar, de forma a responder às necessidades identificadas. Numa lógica de melhoria contínua da prática, foi fundamental recorrer à evidência científica atualizada, mas também valorizar a experiência e os ensinamentos partilhados pela enfermeira tutora ao longo do percurso. Além disso, este estágio representou uma oportunidade para refletir criticamente sobre a minha prática como enfermeira de família, função que desempenho há cerca de quatro anos, procurando integrar novas aprendizagens que possam enriquecer o trabalho que realizo diariamente na unidade onde exerço.

Assumindo o compromisso com a atualização contínua de conhecimentos e com a integração da evidência científica na prática, procurou-se, ao longo da elaboração deste relatório, participar ativamente em eventos formativos relevantes para a área de ESF. Neste sentido, enquanto formanda, estive presente nos dias 29, 30 e 31 de maio no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, evento que constituiu um espaço privilegiado de reflexão e partilha de boas práticas nesta área de especialidade. Posteriormente, participei também no International Congress Family Health (ICFH'25), realizado nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, o qual permitiu aprofundar conhecimentos científicos e refletir sobre abordagens inovadoras no cuidado à família. A presença nestes eventos contribuiu de forma significativa para o enriquecimento teórico e prático do percurso formativo, consolidando competências essenciais ao exercício enquanto futura EEECESF.

### **Unidade de Competência: Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem**

Ao longo do acompanhamento, foi assegurada a monitorização e avaliação sistemática das

respostas familiares às intervenções de enfermagem, com registos contínuos no SClínico-CSP que permitiram documentar a evolução dos diagnósticos, das metas definidas e das estratégias implementadas. Deu-se particular ênfase à documentação de cuidados em sistema de informação próprio que permitisse o registo da atividade de avaliação diagnóstica e intervenção à família enquanto cliente. Através de consultas domiciliárias regulares e da aplicação repetida de instrumentos como o Índice de Barthel e a Escala de Zarit, foi possível observar alterações no estado funcional da pessoa dependente e no bem-estar do prestador de cuidados. Esta monitorização permitiu reajustar os planos de cuidados sempre que necessário, de forma partilhada com a família, reforçando os ganhos em saúde obtidos e garantindo a continuidade e coerência das intervenções prestadas. A documentação cuidada e atualizada tornou-se essencial para evidenciar a evolução do processo terapêutico, apoiar a tomada de decisão clínica e facilitar a articulação com a restante equipa de saúde.

Ao longo do acompanhamento, procedeu-se à monitorização sistemática das respostas familiares às intervenções de enfermagem implementadas, avaliando a sua eficácia e ajustando os cuidados sempre que necessário. As melhorias observadas, bem como os ganhos em saúde alcançados, foram formalmente registados e encontram-se refletidos neste relatório, enquanto evidência do processo evolutivo das famílias acompanhadas.

### **Unidade de Competência: Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família**

Ao longo do estágio, foi mantida uma articulação próxima com a ET, cuja experiência enquanto enfermeira de família das famílias acompanhadas se revelou fundamental para o aprofundamento do conhecimento sobre as famílias. Esta colaboração permitiu ajustar intervenções, validar estratégias e mobilizar, sempre que necessário, os recursos disponíveis na unidade para uma resposta mais eficaz e centrada nas necessidades das famílias.

Relativamente aos serviços disponíveis na comunidade, embora não tenha sido identificada a necessidade de encaminhamento das famílias para estes recursos durante o acompanhamento, foram averiguadas as atividades existentes. Constatou-se a existência de projetos desenvolvidos pela UCC, bem como de atividades promovidas pela câmara municipal das localidades onde residem os utentes. Esta averiguação permitiu ampliar o conhecimento sobre os recursos locais, possibilitando uma futura referência adequada, caso se venha a justificar, garantindo assim a continuidade de cuidados e a otimização dos apoios disponíveis na comunidade.

### **Unidade de Competência: Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção**

A gestão do sistema de cuidados dirigidos à família foi realizada de forma planeada e

estratégica, procurando garantir uma abordagem eficaz aos diferentes níveis de prevenção. Neste âmbito, destacaram-se iniciativas como a dinamização de uma ação formativa à equipa de enfermagem da USF, com o objetivo de reforçar a qualidade dos registos clínicos no SClínico-CSP, nomeadamente no Programa de Saúde da Família. Esta intervenção visou promover práticas de documentação mais coerentes e sustentadas, potenciando melhores resultados em saúde familiar. Paralelamente, a conceção, execução e avaliação desta formação contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio das formações em contexto de trabalho, tornando-as mais adequadas às reais necessidades da equipa e reforçando a capacidade de resposta dos profissionais no planeamento e execução de cuidados de enfermagem centrados na família.

É ainda de salientar que, apesar de o SClínico permitir o registo de algumas dimensões fundamentais, como aspetos estruturais do MDAIF e o papel do prestador de cuidados, continua a apresentar limitações relevantes. Entre elas, destaca-se a impossibilidade de inserir instrumentos como o genograma e o ecomapa, o que acaba por comprometer a representação integral do trabalho desenvolvido pelo EEECESF e pode dificultar a perceção de ganhos reais em saúde junto da restante equipa de saúde e da própria gestão em cuidados de saúde primários.

Ao longo deste percurso de estágio, foi possível integrar e desenvolver de forma consistente as competências comuns e específicas do EEECESF, através de uma prática centrada na família, sustentada na evidência científica e orientada pelos referenciais da OE. A aplicação de modelos teóricos, a utilização de técnicas de intervenção familiar, a articulação com a equipa de saúde e a constante reflexão crítica permitiram intervenções ajustadas, com ganhos visíveis na saúde e bem-estar das famílias acompanhadas.

Este mestrado representou uma transformação profunda na forma como compreendo e abordo o indivíduo e a família. Essa mudança refletiu-se na minha prática clínica diária, sendo, para mim, esse o maior objetivo e conquista deste percurso formativo: passar a cuidar não apenas da pessoa, mas da família como um todo.

Este percurso permitiu-me reconhecer que o desenvolvimento das competências especializadas é um processo gradual, construído pela conjugação entre o conhecimento científico e a experiência clínica vivida em contexto real. Tal como refere Benner (2001), o enfermeiro progride de principiante a perito através da prática refletida, integrando a teoria com a experiência e adquirindo um olhar mais intuitivo e holístico sobre o cuidado. Assim, considero que este estágio constituiu um marco essencial na minha transição para o papel de EEECESF, consolidando aprendizagens que me aproximam de uma prática mais competente, consciente e especializada.

## 10. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A redação do presente relatório de estágio resume um percurso formativo alinhado com o desenvolvimento de competências na área de especialização de ESF, focando a prestação de cuidados em ESF a famílias com membros idosos com dependência ligeira. Para além de refletir o desenvolvimento técnico e científico proporcionado ao longo do curso do MECESF, este documento assume-se como instrumento de análise crítica e reflexão sobre a prática clínica.

Este estágio foi desenvolvido numa USF, tendo por base a intervenção do EEECESF, com enfoque nas necessidades de famílias com casais idosos com dependência ligeira. O tema do relatório — “A construção do papel de prestador de cuidados em famílias com casais idosos com dependência ligeira: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar” — emergiu da constatação do impacto crescente da dependência no contexto familiar e da centralidade do PC, muitas vezes desprovido de apoio técnico e emocional adequados.

A utilização dos referenciais teóricos mencionados anteriormente permitiu analisar de forma holística as dimensões estruturais e funcionais das famílias acompanhadas. Constituindo-se um alicerce essencial para a operacionalização de práticas de enfermagem centradas na família, em consonância com as competências específicas do EEECESF. Através da sua aplicação, foi possível efetuar uma análise estruturada das dimensões estruturais, funcionais das famílias, favorecendo a identificação de necessidades e a formulação de diagnósticos de enfermagem fundamentados no conhecimento e adequado ao contexto familiar. Foram desenvolvidas e aperfeiçoadas competências de comunicação, que se demonstraram fundamentais para a intervenção eficaz nos problemas identificados em cada família. Estas competências permitiram potenciar as capacidades existentes e mobilizar os recursos internos de cada família.

Foram acompanhadas duas famílias compostas por casais idosos, nas quais se identificaram a necessidade de apoio ao nível da gestão do autocuidado, reorganização do espaço físico, adaptação da dinâmica familiar e prevenção do desgaste físico e emocional dos PC. As intervenções realizadas resultaram em ganhos significativos, como a melhoria da segurança no domicílio, maior envolvimento do PC na gestão do plano terapêutico e o reforço da autonomia do membro da família com dependência. A nível pessoal, foi profundamente gratificante acompanhar a evolução destas famílias e constatar a receptividade e adesão a intervenções que, inicialmente, poderiam ter suscitado alguma resistência, tendo em conta que não me conheciam previamente. Ainda assim, demonstraram-se disponíveis, colaborantes e verdadeiramente interessadas em contribuir para o meu processo de aprendizagem, revelando uma abertura

inesperada que muito enriqueceu este percurso e a construção deste relatório.

Ao longo deste percurso, tornou-se evidente a relevância do EEECESF na dinamização de intervenções individualizadas, no apoio às famílias em situação de vulnerabilidade e na promoção de uma prática de enfermagem centrada na família. A prática clínica foi sustentada por uma base teórica sólida, como os regulamentos da OE e com os pressupostos da prática baseada na evidência, o que garantiu a adequação e eficácia das intervenções implementadas.

Paralelamente, destaca-se a dinamização de uma ação de formação em serviço dirigida à equipa da USF, que envolveu médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, centrada na utilização do programa “Saúde da Família” do SClínico de Enfermagem e na aplicação do MDAIF. Esta iniciativa surgiu da identificação de necessidades formativas relacionadas com a uniformização dos registos clínicos e a escassa utilização estruturada daquele módulo, especialmente no acompanhamento de famílias com membros idosos em situação de dependência.

O contexto da USF, com apenas uma enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e a presença de dois elementos recém-licenciados em enfermagem, revelou fragilidades ao nível da consolidação de boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar. A realização desta formação permitiu promover a apropriação teórica e prática dos instrumentos de avaliação familiar e incentivar a incorporação de cuidados planeados e registados com base em referenciais estruturados, reforçando a qualidade e a coerência da intervenção da equipa. Esta experiência contribuiu ainda para o desenvolvimento das minhas competências como formadora e perita, potenciando a minha intervenção no domínio da melhoria contínua da qualidade em contexto institucional e afirmando o papel ativo do EEECESF na promoção de práticas baseadas na evidência.

Tratou-se, assim, de uma iniciativa particularmente marcante para o meu percurso, na medida em que me permitiu aplicar conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, assumir um papel proativo dentro da equipa multidisciplinar e reforçar a minha confiança e autonomia enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

Ao longo do estágio, foram identificadas algumas dificuldades e limitações que condicionam a operacionalização plena dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar nas Unidades de Saúde Familiar (USF). Uma das principais fragilidades observadas prende-se com os registos clínicos no sistema de informação em uso, nomeadamente no que se refere à documentação das intervenções dirigidas à família. Verificou-se que várias intervenções de enfermagem específicas da área da Enfermagem de Saúde Familiar não se encontram devidamente parametrizadas no módulo “Saúde da Família” do SClínico, dificultando o seu registo estruturado e, conseqüentemente, o reconhecimento do impacto que estas intervenções possam ter na melhoria dos resultados em saúde. Esta lacuna compromete a visibilidade dos cuidados prestados e limita o desenvolvimento de indicadores de desempenho ajustados à

realidade dos cuidados centrados na família.

Para além disso, foi evidente que, apesar de existir um número crescente de enfermeiros a enveredar pela especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, a prática efetiva desta especialidade nas USF permanece ainda pouco consolidada. A organização atual dos cuidados, fortemente centrada no modelo biomédico, associada à elevada carga assistencial e à exigência de cumprimento de indicadores institucionais, não contempla, na maioria das situações, tempo protegido para o exercício de atividades específicas da especialidade, ao contrário do que sucede noutras áreas clínicas e em diversos países europeus. Esta realidade limita a expressão plena do potencial do Enfermeiro Especialista e compromete a implementação de práticas inovadoras que visem o acompanhamento familiar contínuo, a promoção da saúde em contexto domiciliário e a intervenção precoce em situações de risco familiar.

Neste sentido, torna-se imperativo repensar a valorização da ESF nos CSP, através de políticas institucionais que promovam a formação especializada e que integrem o tempo destinado à aquisição e exercício de competências específicas no horário de trabalho. Paralelamente, a criação de instrumentos de avaliação adaptados à prática em ESF e o desenvolvimento de indicadores específicos para os cuidados às famílias são passos fundamentais para garantir a qualidade, a eficácia e a visibilidade desta área de especialização. Reforçar a formação contínua dos profissionais, otimizar os sistemas de informação e reconhecer o valor do cuidado centrado na família são, por isso, caminhos essenciais para consolidar a ESF como uma resposta estruturante e diferenciadora no seio das USF.

Apesar de exercer como enfermeira de família há quatro anos, este mestrado reconfigurou a forma como compreendo e abordo o indivíduo e a família. A experiência permitiu-me evoluir de uma perspetiva centrada no utente para uma visão ampliada, que integra as dinâmicas familiares, os contextos socioculturais e os recursos disponíveis. Isso refletiu-se numa prática mais consciente, reflexiva e participativa, centrada nas necessidades mais complexas das famílias.

Em síntese, este relatório espelha não só a consolidação de competências especializadas EEECESF, como também a construção de uma identidade profissional mais sólida, comprometida com os princípios da ESF. O percurso realizado contribuiu decisivamente para a afirmação de uma prática especializada e autónoma, assente na escuta ativa, na proximidade e na valorização das famílias como unidades centrais do cuidado.



## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albadrani, M., Alanazi, A., Alghamdi, R., Alotaibi, R., Al-Shahrani, F., & Alotaibi, A. (2024). Effect of medication adherence on quality of life among older adults with chronic diseases: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 24, 5227. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05227-3>
- American Diabetes Association. (2025). Complications of diabetes. Consultado a 24 de julho de 2025 em <https://diabetes.org/about-diabetes/complications>
- Arslan, A. (2023). Characteristics, types and functions of family concept. *African Educational Research Journal*, 11(1), 45–48. <https://doi.org/10.30918/AERJ.111.23.001>
- Azevedo, S. G. V., Moreira, A. C. A., Santos, S. B. C., Oliveira, F. E. S., & Magalhães Júnior, J. W. C. (2020). Estratégias efetivas para o autocuidado do idoso: Uma revisão integrativa. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 25(2), 171–196. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.91676>
- Baía, L. M. P. (2018). Gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário para uma melhor qualidade dos cuidados [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre].
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bento, M. da C. S., Amaral, A. S., & Silva, A. P. (2021). Idosos a cuidar de idosos: Um desafio à organização dos cuidados domiciliários. *Cogitare Enfermagem*, 26, e79093. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.79093>
- Bezerra, P. A., Nunes, J. W., & Moura, L. B. de A. (2021). Envelhecimento e isolamento social: Uma revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02661. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02661>
- Braga, R. C., Carvalho, L. F., Paiva, G. de F., & Amâncio, N. de F. G. (2024). Impacto da osteoporose na qualidade de vida dos idosos. *Research, Society and Development*, 13(12), e143131247760. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i12.47760>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Type 2 diabetes. U.S. Department of Health & Human Services. Consultado a 24 de julho de 2025 em <https://www.cdc.gov/diabetes/about/about-type-2-diabetes.html>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011a). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011b). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma n.º 053/2011 - Abordagem diagnóstica e terapêutica do doente (versão atualizada). Lisboa, Portugal: Autor.  
[https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma\\_053\\_2011\\_abordagem-dia-agnostica-e-terapeutica-do-doente\\_04\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma_053_2011_abordagem-dia-agnostica-e-terapeutica-do-doente_04_2023.pdf)

Duvall, E. M. (1977). Marriage and family development (5th ed.). J. B. Lippincott.

European Association of Urology. (2025). EAU guidelines: Prostate cancer. Consultado a 24 de julho de 2025 em <https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer>

Farias, T. A. dos S., Assis, F. A. G. de, Soares, J. da C. C., Oliveira, P. H. S., Antunes, F. B., Toss, A. F. de O., Assis, V. S. M. P. de, Silva, I. D. T., Vale, E. S. do, & Silva, A. C. R. da. (2022). Estratégias para a prevenção de quedas em idosos em ambiente domiciliar: Revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(16), e575111638572. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38572>

Figueiredo, M. H. (2023). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Em M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. xx-xx). Lisboa: Lidel. ISBN 9789728930837

Frade, C., Santos, C., Silva, F., Costa, L. D., Santos, M. A., Agapito, T., Goes, M., João, A., Coelho, A., Dias, A., & Lusquinhos, L. (2023). A sobrecarga dos cuidadores informais do idoso dependente. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 9(1), 134-155.  
[https://doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(1\).606.134-155](https://doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(1).606.134-155)

Genç, F. Z., Yalçın, A., & Demirci, N. (2023). The effect of Otago exercises on fear of falling, balance, empowerment and functional mobility in older people living in nursing homes. *International Journal of Nursing Practice*, 29(3), e13194. <https://doi.org/10.1111/ijn.13194>

Genelin, M. P., Helmkamp, L. J., Steiner, J. F., Maertens, J. A., Hanratty, R., Vupputuri, S., Havranek, E. P., Dickinson, L. M., Blair, I. V., & Daugherty, S. L. (2023). Patient pill organization strategies and adherence measured in a cross-sectional study of hypertension. *Patient Preference and Adherence*, 17, 817-826. <https://doi.org/10.2147/PPA.S399693>

Hernandez, J., & Voser, R. C. (2019). Atividade física e envelhecimento: Benefícios para a saúde física e mental. *Revista Brasileira de Envelhecimento Ativo*, 1(1), 45-54.

Ipuchima, M. T., & Costa, L. L. (2021). A importância dos hábitos alimentares saudáveis na terceira idade. *Research, Society and Development*, 10(14), e203101421858.  
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21858>

- Kim, S., & Seo, M. (2025). The effects of self-care capacity of elderly people in rural areas diagnosed with chronic disease on health-related quality of life: A two-mediator serial mediation effect of social support and health literacy. *Research in Community and Public Health Nursing*, 36(2), 165-178. <https://doi.org/10.12799/rcphn.2024.00941>
- Kurtyka-Marcak, I., Hełdak, M., & Przybyła, K. (2019). The actual demand for the elimination of architectural barriers among senior citizens in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2601. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142601>
- Maciel, M. G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz: Revista de Educação Física*, 16(4), 1024-1032. <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p1024>
- MacKay, S., Ebert, P., Harbidge, C., & Hogan, D. B. (2021). Fear of falling in older adults: A scoping review of recent literature. *Canadian Geriatrics Journal*, 24(4), 379-394. <https://doi.org/10.5770/cgj.24.521>
- Monterroso, L. E., & Festa, A. J. R. (2023). Regime medicamentoso em pessoas idosas em Portugal. Em *Farmacologia aplicada à enfermagem: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 163-175). <https://dx.doi.org/10.37885/210202951>
- Nicoli, A. B., Souza, P. R., & Lima, F. A. (2024). Cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada: Acidentes por quedas versus mobilidade segura — revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(1), e20230180. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0180pt>
- Novais, S., Abreu, D., Magro, L., Gilde, P., Pereira, S., Bastos, C., & Carvalhais, M. (2023). Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: Um estudo descritivo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 49-59. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.260>
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. L. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária - Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023\\_mceec\\_referencial-](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-)

em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Parsons, J. K. (2010). Benign prostatic hyperplasia and male lower urinary tract symptoms: Epidemiology and risk factors. *Current Bladder Dysfunction Reports*, 5, 212–218. <https://doi.org/10.1007/s11884-010-0067-2>

Pereira, S., Fernandes, L., Sousa, L., & Martins, T. (2018). Risco multidimensional de queda em idosos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 4–10. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.7058>

Ribeiro, O. M. P. L., Pinto, C. A. S., & Regadas, S. C. R. S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(1), 25–36. <https://doi.org/10.12707/RIII12162>

Rogenski, N. M. B., & Kurcgant, P. (2012). Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 333–339. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200016>

Samartini, R. S., & Cândido, V. C. (2021). Reflexões sobre autonomia de idosos e seu significado para a prática do cuidado em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), e20200723. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0723>

Silva, B. P. F., & Santana, I. S. (2024). O enfermeiro na avaliação da sobrecarga do cuidador de idoso. *Latin American Journal of Development*, 6(1), 56–67. <https://doi.org/10.46814/lajdv6n1-006>

Silva, M. M. S., & Dantas, D. (2024). Como vestir e despir pessoas com mobilidade limitada: Análise de documentos informacionais. *Revista Dobras*, 42, 149–165. <https://dobras.emnuvens.com.br/dobras>

Tomita, M. R., Saharan, S., Rajendran, S., Nochajski, S. M., & Schweitzer, J. A. (2014). Psychometrics of the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) to prevent falls in community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(6), 711–718. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.010801>

Williams, B., Mancina, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G. Y. H., McManus, R., Narkiewicz, K., Ruschitzka, F., Shlyakhto, E., Tsioufis, C., Aboyans, V., & Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

World Health Organization. (2018). WHO housing and health guidelines. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5.ª ed.). São Paulo: Roca.



## **12. ANEXOS**



**Anexo I**



# Home Safety Self Assessment Tool (HSSAT)



**Occupational Therapy Geriatric Group**

Department of Rehabilitation Science

University at Buffalo

Funded by



## **INSTRUCTIONS**

### **HOW TO USE HSSAT CHECKLIST TO IDENTIFY HOME HAZARDS TO PREVENT FALLS**

Use the checklist to find and correct/fix the hazards for every room/area in your home that could cause you to trip/fall.

#### **Steps to use the checklist**

##### **Step 1:**

Go to each room/area of your home with this checklist; look for the hazards/items that are listed below the picture on each page (Some items may not relate to your home).

##### **Step 2:**

If the problem is present in your room/area, check off in the appropriate box. After checking all the problems add them and write the total in the big box. (Each item that gets a checkmark is a potential hazard).

##### **Step 3:**

Then go through the solutions and take the necessary action to fix those problems which are a potential hazard.

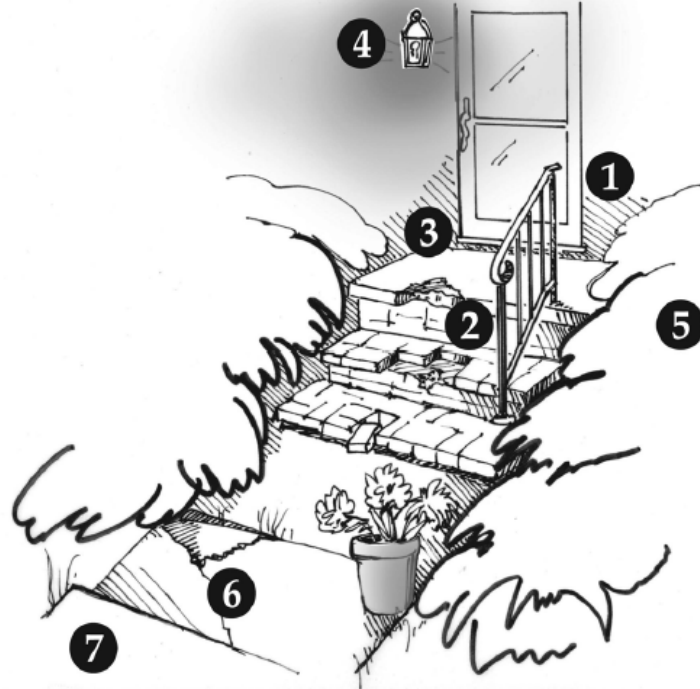
##### **Step 4:**

Add the total number of hazards in all the rooms/areas to get a grand total.

##### **Step 5:**

Write down what action you are going to take to prevent falls in the Action Log for your records.

**Entrance to Front Door and Front Yard**



**SOLUTIONS FOR THE PROBLEMS  
IN ENTRANCE TO FRONT DOOR AND FRONT YARD**

**1. Lack of railings**

Add at least one railing, ideally one on each wall.

**2. Unsafe steps (too steep, cracked, chipped, etc.)**

Have damaged or broken steps repaired.

**3. Unmarked or raised threshold**

Mark end of steps or thresholds with contrasting tape or paint color to increase awareness of change in height.

**4. Lack of lighting at night**

Add an outdoor light fixture if not present.  
Add a sensor light that automatically turns on and off.

**5. Lack of a ramp for a wheelchair**

Have a remodeler or home contractor construct a ramp that will allow wheelchair access in and out of the home.

**6. Unsafe pavement (uneven or cracked)**

Have uneven or cracked pavement repaired.  
Avoid these areas if possible when walking to and from the home.  
Contact local government for repair if it is a sidewalk or driveway end.

**7. Ice or snow on driveway or walkway**

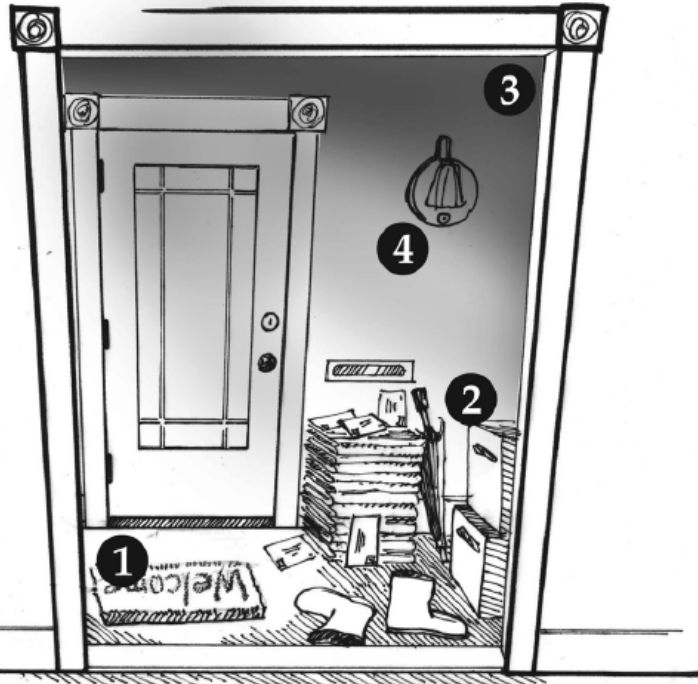
Use snow melter.  
Have snow/ice removed by a neighbor or service

Are these problems present in your home?  
If yes, please check in the box next to the problem,  
then add the total number of checks and enter it in the box below.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Lack of railings                         | <input type="checkbox"/> 5. Lack of a ramp for a wheelchair |
| <input type="checkbox"/> 2. Unsafe steps (too steep/cracked/chipped) | <input type="checkbox"/> 6. Uneven/cracked Pavement         |
| <input type="checkbox"/> 3. Unmarked or raised threshold             | <input type="checkbox"/> 7. Ice or snow on driveway/walkway |
| <input type="checkbox"/> 4. Lack of lighting at night                |   |
| <input type="checkbox"/> Other _____                                 |   |

Number of total problems

## Hallway or Foyer



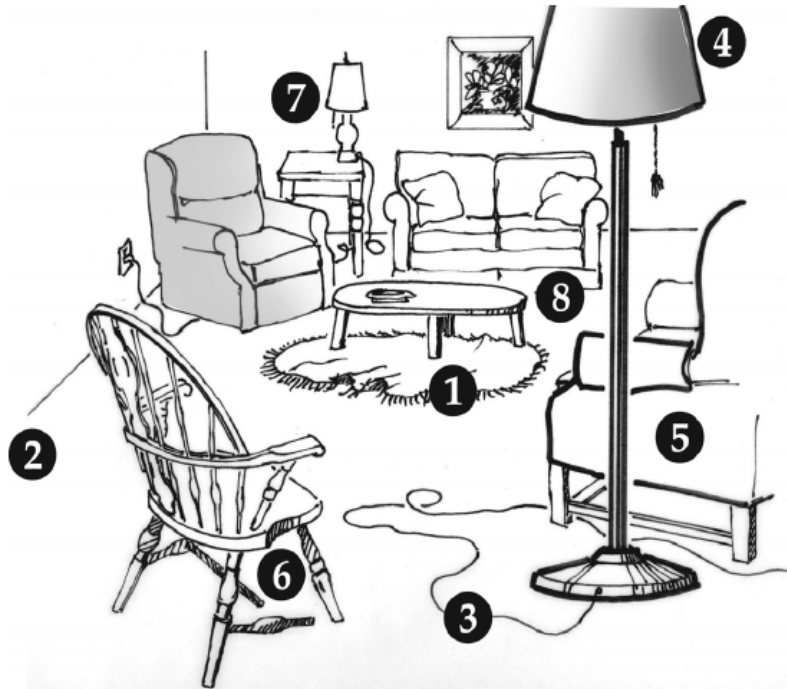
Are these problems present in your home?  
If yes, please check in the box next to the problem,  
then add the total number of checks and enter it in the box below.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Uneven or slippery flooring | <input type="checkbox"/> 3. Dark or poor lighting           |
| <input type="checkbox"/> 2. Cluttered area              | <input type="checkbox"/> 4. Lack of access to ceiling light |
| <input type="checkbox"/> Other _____                    |   |
| Number of total problem                                 | <input type="text"/>  |

## SOLUTIONS FOR THE PROBLEMS IN HALLWAY OR FOYER

- 1. Unsafe flooring (slippery, uneven carpeting, etc.)**  
Make sure floor surfaces are dry.  
Have carpet stretched or removed to eliminate wrinkles or bumps.  
Add a carpet runner to hallways or foyer.
- 2. Cluttered area**  
Eliminate clutter on floors by removing and/or organizing items.  
Example: shoe tray, hooks for umbrella.
- 3. Dark or poor lighting**  
Increase wattage to allowable limits in lights.  
Add additional overhead or wall lighting
- 4. Lack of access to ceiling light**  
Ask another person to change the light.  
Add removable wall lights to poorly lit areas

**LIVINGROOM**



**SOLUTIONS FOR THE PROBLEMS  
IN LIVING ROOM**

**1. Presence of throw or scatter rug**

Remove scatter rug

**2. Presence of clutter**

Eliminate clutter on floor surfaces by placing items on shelves or storage. Consider donating or throwing out the items you no longer use.

**3. Presence of electric cords across the floor**

Run your cords behind furnishings. Use extension cords to accomplish this. Rearrange items that must be plugged in to areas near an outlet.

**4. Poor lighting**

Increase wattage to allowable limits in lamps/lights. Add additional lamp's or wall/overhead lights

**5. Presence of unstable furniture (chair, table, etc.)**

Place a block under the shorter leg. If the chair or table is broken, have it repaired or replaced.

**6. Presence of unsafe chair (too low, too high, without arms)**

If the chair is too low, add a cushion or pillow to raise the height. A chair that is too high, or without arms should not be used as it will not provide you with sufficient stability to get in and out of the chair.

**7. Difficult to access light switches easily**

Add "clapper" light switch control to lamps. Rearrange furnishings to allow quick access to wall switch or lamps.

**8. Not enough space to move around**

Remove clutter or excess furniture that prevents you from moving around the room easily. Some items may be rearranged, while you may need to donate or throw out other items you don't really need or use.

Are these problems present in your home?  
If yes, please check in the box next to the problem,  
then add the total number of checks and enter it in the box below.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Presence of throw or scatter rug            | <input type="checkbox"/> 5. Presence of unstable furniture     |
| <input type="checkbox"/> 2. Presence of clutter                         | <input type="checkbox"/> 6. Presence of unstable chair         |
| <input type="checkbox"/> 3. Presence of electric cords across the floor | <input type="checkbox"/> 7. Difficult to access light switches |
| <input type="checkbox"/> 4. Poor lighting                               | <input type="checkbox"/> 8. Not enough space to move around    |

Other \_\_\_\_\_

Number of total problem

## KITCHEN



## SOLUTIONS FOR THE PROBLEMS IN KITCHEN

### 1. Cabinet too high or too low

Move items to the shelves closest to the counter.  
Add hooks to the wall for pots and pans you use frequently.

### 2. Not enough counter space

Make sure available counter space is cleared of clutter.  
Move kitchen table closer to counter for additional work space.  
Use a rolling cart for added work space.

### 3. Using a stool or a chair to reach things

Move items to lower shelves.  
Replace the stool with a sturdy step ladder.

### 4. Not enough room to maneuver

Eliminate clutter or excessive furniture (extra kitchen chairs, etc.) to add space.  
Remove a leaf from the table and push it closer to the wall.

### 5. Presence of a throw/scatter rug

Remove scatter rug

### 6. Presence of slippery floor

Do not walk on a wet floor.  
Wear shoes or socks with a non-skid sole.  
Change flooring surface to one with a less slippery surface.

### 7. Poor lighting

Increase wattage of bulbs to allowable level.  
Add under counter lighting.  
Add additional overhead lighting.

### 8. Presence of a pet underfoot when preparing meals

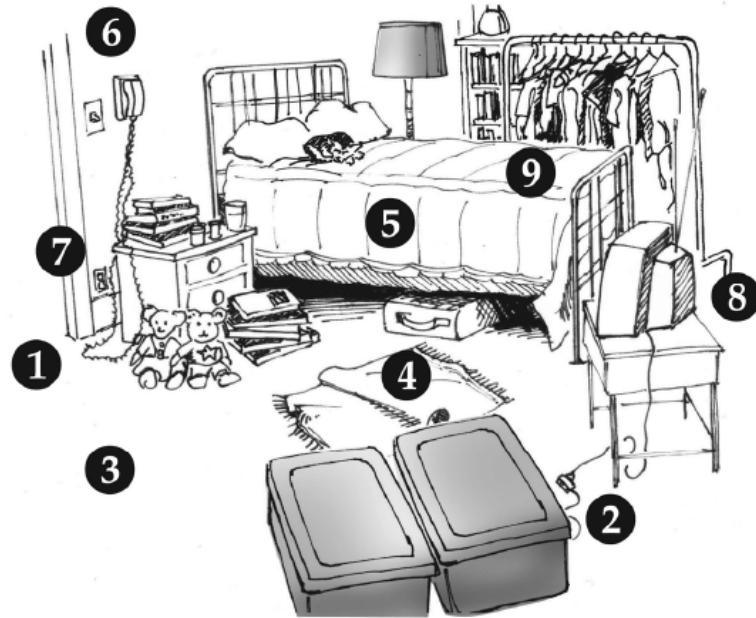
Remove the pet from the room while working in the kitchen by adding a pet gate to the entry ways of the kitchen.  
Put the pet outside or in a crate.

Are these problems present in your home?  
If yes, please check in the box next to the problem,  
then add the total number of checks and enter it in the box below

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Cabinet too high or low                  | <input type="checkbox"/> 5. Presence of throw/ scatter rug                   |
| <input type="checkbox"/> 2. Not enough counter space                 | <input type="checkbox"/> 6. Presence of slippery floor                       |
| <input type="checkbox"/> 3. Using a stool or a chair to reach things | <input type="checkbox"/> 7. Poor lighting                                    |
| <input type="checkbox"/> 4. Not enough room to maneuver              | <input type="checkbox"/> 8. Presence of a pet underfoot when preparing meals |
| <input type="checkbox"/> Other _____                                 |  |

Number of total problem

## BEDROOM



Are these problems present in your home?  
If yes, please check in the box next to the problem,  
then add the total number of checks and enter it in the box below

<input type="checkbox"/> 1. Presence of clutter	<input type="checkbox"/> 6. Lack of a telephone near the bed
<input type="checkbox"/> 2. Presence of electric cords across the floor	<input type="checkbox"/> 7. Lack of nightlight
<input type="checkbox"/> 3. Unsafe carpet (uneven, torn, curled up)	<input type="checkbox"/> 8. Arrangement that causes difficulty to reach items (TV remote, lamp)
<input type="checkbox"/> 4. Presence of throw/scatter rug	<input type="checkbox"/> 9. Lack of device to get in/out of bed
<input type="checkbox"/> 5. Height of bed	
<input type="checkbox"/> Other	

Number of total problems

## SOLUTIONS FOR THE PROBLEMS IN BEDROOM

### 1. Presence of clutter

Eliminate clutter on floor surfaces by placing items on shelves or storage. Consider donating or throwing out the items you no longer use.

### 2. Presence of electric cords across the floor

Run your cords behind furnishings. Use extension cords to accomplish this. Rearrange items that must be plugged in to areas near an outlet.

### 3. Unsafe carpet (uneven, torn, curled up, etc.)

Have carpet stretched or removed to eliminate wrinkles or bumps

### 4. Presence of throw/scatter rug

Remove all scatter and throw rugs

### 5. Height of bed (too high or low)

Too low: Add blocks below bed frame to raise height  
Too high: Remove bed frame or use a lower profile mattress or box spring

### 6. Lack of a telephone near the bed

Place a cordless type or cell phone next to your bed at night or during naps

### 7. Lack of a nightlight

Place at least 2 nightlights in the bedroom to illuminate the room at night. Add additional nightlights along the hall or path to the bathroom. Add one in the bathroom, also

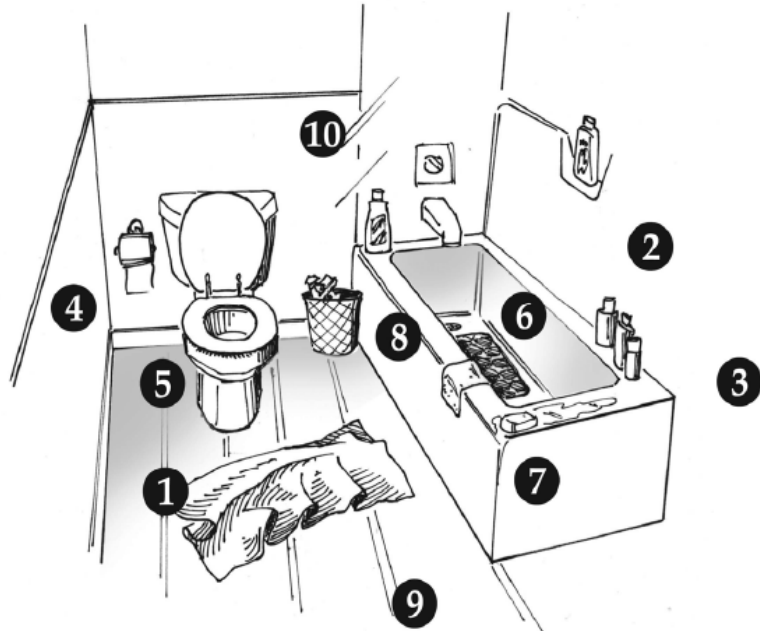
### 8. Arrangement that causes difficulty to reach commonly used items such as a TV remote, medications, lamp, glasses, magnifier, etc. at night

Place these items on your bedside table. If you don't have a table, you may put a rolling cart or shelving unit next to the bed

### 9. Lack of a device to help get in and out the bed

Purchase a ½ bedrail that can slide between mattress and box spring.

## BATHROOM



Are these problems present in your home?  
If yes, please check in the box next to the problem,  
then add the total number of checks and enter it in the box below.

<input type="checkbox"/> 1. Presence of bath rugs	<input type="checkbox"/> 6. Slippery tub (lack of bath mat, etc)
<input type="checkbox"/> 2. Lack of grab bars in the tub	<input type="checkbox"/> 7. Claw foot/tub that is high to get into
<input type="checkbox"/> 3. Lack of grab bars in the shower area	<input type="checkbox"/> 8. Lack of bath chair in the shower area
<input type="checkbox"/> 4. Lack of grab bars near the toilet	<input type="checkbox"/> 9. Clutter
<input type="checkbox"/> 5. Toilet is too high or low	<input type="checkbox"/> 10. Incorrect placement of grab bars
<input type="checkbox"/> Other _____	
Number of total problems	<input type="text"/>

## SOLUTIONS FOR THE PROBLEMS IN BATHROOM

### 1. Presence of bath rugs.

Remove bath rugs that do not have non-skid bottoms.

### 2. Lack of grab bars in the tub

Add a clamp on bath grab bar to the side of the tub.

### 3. Lack of grab bars in the shower area

Add grab bars to the wall across from the tub and on the wall where there are bath faucets.

### 4. Lack of grab bars in the toilet

Add a grab bar next to the toilet wall or toilet safety grab bars that attach at the toilet seat screws.

### 5. Toilet is too high or too low

Add a raised toilet seat for seats that are too low.  
Consider a lower profile toilet if it is too high.

### 6. Slippery tub (lack of bath mat, etc.)

Add a rubber bath mat or adhesive non-skid decals to the bottom of the tub.

### 7. Claw foot or other type of tub that is too high to get into easily

Add a tub transfer bench to slide into the tub area, or replace with a lower tub.

### 8. Lack of bath chair in the tub or shower area, or tub transfer bench

Add a tub bath or chair along with grab bars. A tub transfer bench is helpful if you have difficulty stepping into the tub area because you can sit and slide over into the tub area.

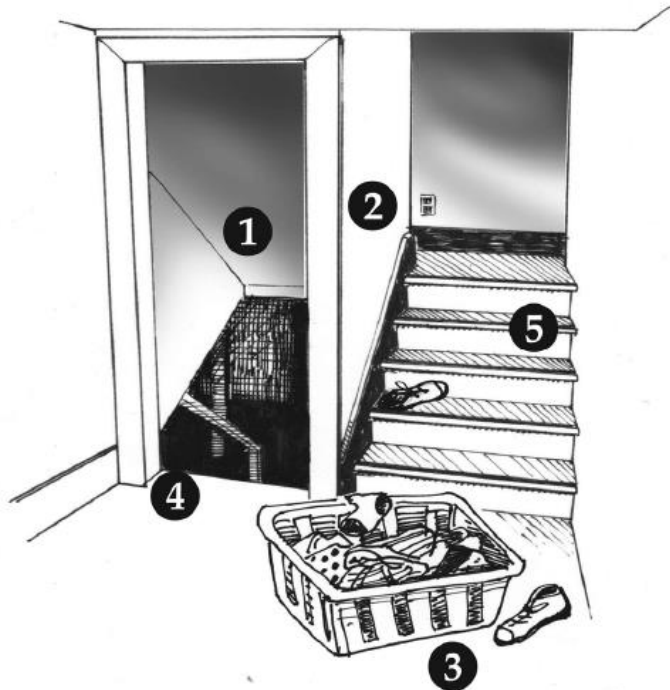
### 9. Clutter

Remove clutter from all floor areas to drawers or closets. Inexpensive plastic cabinets or rolling units can be purchased to store bath items.

### 10. Incorrect placement of grab bars

If permanently installed, hire a qualified professional to change the grab bars to the correct location and angle.

## STAIRCASES



## SOLUTIONS FOR THE PROBLEMS IN STAIRCASES

### 1. Poor or lack of lighting

Increase wattage to allowable limits in lights  
Add additional overhead or wall lighting

### 2. Lack of railings

Add at least one railing entire length of the wall, ideally one on each side.

### 3. Cluttered

Eliminate clutter on floors by removing and/or organizing items in areas near the stairs.

### 4. Steps too steep

Use railings for stability.  
Walk slowly up and down stairs with lights on.  
Have others carry heavy or large items up or down the stairs.  
Reduce daily use of stairs to reduce risk of falls

### 5. Slippery steps without tread or carpet

Add adhesive stair treads, or carpet runner.

Are these problems present in your home?  
If yes, please check in the box next to the problem,  
then add the total number of checks and enter it in the box below.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Poor or lack of lighting | <input type="checkbox"/> 3. Steps too steep                      |
| <input type="checkbox"/> 2. Lack of railings         | <input type="checkbox"/> 4. Slippery steps without tread/ carpet |
| <input type="checkbox"/> 3. Cluttered                |  |
| <input type="checkbox"/> Other _____                 |  |

Number of total problems

### Total Number of Home Hazards

Transfer all the total scores of each room/ area in the appropriate boxes and add all the scores to get a grand total.

Entrance to Front Door and Front Yard	<input type="text"/>
Hallway or Foyer	<input type="text"/>
Living Room	<input type="text"/>
Kitchen	<input type="text"/>
Bedroom	<input type="text"/>
Bathroom	<input type="text"/>
Staircases	<input type="text"/>
<b>Grand Total</b>	<input type="text"/>

If you have 1-5 problems, you have less than 10% of possible home hazards.  
6-10 problems, you have less than 20% of possible home hazards.  
11-20 problems, you have less than 40% of possible home hazards.  
26 or more problems, you have more than 50% of possible home hazards.

You should reduce the percentage of the home hazards as much as possible. Refer to solutions in each area.

### Acknowledgement

Dean J. Carroll, OTR/L for development of the Home Modification Service Providers in Erie County and workshop for them

President, Home Accessibility Consultation

Phone: (716) 510-1632

E-mail: [homeconsulting@hotmail.com](mailto:homeconsulting@hotmail.com)

**John A. Nyquist, MS, CMI** for drawings

- Board Certified Medical Illustrator, Office of the VP for Health Sciences
- Clinical Assistant Professor, Pathology and Anatomical Sciences
  - Clinical Instructor, Restorative Dentistry
- Chair, Board of Certification of Medical Illustrators

Phone: (716) 829-2131

E-mail: [nyquist@buffalo.edu](mailto:nyquist@buffalo.edu)

### Contact information

Occupational Therapy Geriatric Group

Department of Rehabilitation Science

University at Buffalo

515 Kimball Tower  
Buffalo, New York 14214

Susan Nochajski, OT, Ph.D. (716) 829-6942 [nochajski@buffalo.edu](mailto:nochajski@buffalo.edu)

Sheela Rajendran, OT (716) 829-6752 [sr228@buffalo.edu](mailto:sr228@buffalo.edu)

Linda S. Russ, OT, Ph.D. (716) 829-6735 [lsruss@buffalo.edu](mailto:lsruss@buffalo.edu)

Jo Schweitzer, OT, MS (716) 829-6737 [schweitz@buffalo.edu](mailto:schweitz@buffalo.edu)

Machiko R. Tomita, Ph.D. (716) 829-6740 [machikot@buffalo.edu](mailto:machikot@buffalo.edu)



## **Anexo II**



# Saúde Familiar e Documentação em Enfermagem

CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem  
de Saúde Familiar



MARGARIDA MENDES TAVARES 2023100870  
UC: ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM RELATÓRIO FINAL



## ÍNDICE

- Objetivos Gerais e Específicos;
- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e os seus conceitos centrais: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família;
- Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF);
- Documentação dos Cuidados de Enfermagem à Família no Sistema de Informação SClínico.



## OBJETIVOS

### OBJETIVOS GERAIS

- Compreender a importância da Avaliação e Intervenção Familiar nas Unidades de Saúde Familiares, tendo por base o MDAIF;
- Conhecer as funcionalidades do SClínico para a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da Saúde Familiar.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir os conceitos de Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família;
- Conhecer as dimensões de avaliação familiar, tendo por base o MDAIF;
- Distinguir as áreas de atenção correspondentes a cada dimensão de avaliação (estrutural, desenvolvimento e funcional);
- Adquirir competências sobre a documentação os cuidados de enfermagem prestados à família no sistema de informação SClínico;
- Identificar o programa de saúde adequado para a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família;



## MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)

As boas práticas no âmbito da Saúde Familiar, requerem o uso de modelos teóricos e instrumentos de avaliação que permitem o estudo da família para melhor intervir na família nos seus processos de transição, adaptação e mudança (Brás & Neves, 2019).

O MDAIF é um referencial teórico que consolida o conhecimento do enfermeiro de família. Este pretende dar as respostas as necessidades dos enfermeiros, responsáveis pelos cuidados de saúde familiar e desenvolvimento de práticas de enfermagem relacionados com a família (Figueiredo, 2012).



É o modelo de referência na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EESF), adotado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) a 7 de dezembro de 2011 como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) (OE, 2011).



## MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)

As boas práticas no âmbito da Saúde Familiar, requerem o uso de modelos teóricos e instrumentos de avaliação que permitem o estudo da família para melhor intervir na família nos seus processos de transição, adaptação e mudança (Brás & Neves, 2019).

O MDAIF é um referencial teórico que consolida o conhecimento do enfermeiro de família. Este pretende dar as respostas as necessidades dos enfermeiros, responsáveis pelos cuidados de saúde familiar e desenvolvimento de práticas de enfermagem relacionados com a família (Figueiredo, 2012).



É o modelo de referência na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EESF), adotado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) a 7 de dezembro de 2011 como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) (OE, 2011).



## MATRIZ OPERATIVA DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)



- O MDAIF oferece uma estrutura de matriz operativa, dinâmica e sistematizada. Permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar. (Figueiredo, 2012).
- Este modelo centra-se nas áreas de atenção familiar por domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões de avaliação e intervenção familiar: estrutural, desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012).



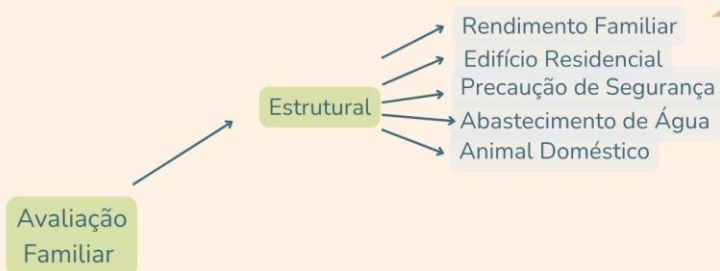
# MATRIZ OPERATIVA DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)

Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação



Adaptado de "Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família" de Figueiredo, 2012, p. 104.

# MATRIZ OPERATIVA DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)



A avaliação estrutural consiste na avaliação e intervenção na estrutura interna, externa e de contexto da família. Esta permite identificar a composição estrutural da família, os vínculos entre os seus membros e com os outros subsistemas nomeadamente a família extensa e os sistemas mais amplos. Os instrumentos de avaliação familiar utilizados nesta dimensão incluem, o genograma, o ecomapa e a Escala de Graffar adaptada (Figueiredo, 2012).

Adaptado de "Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família" de Figueiredo, 2012, p. 104.

# MATRIZ OPERATIVA DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)

Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação

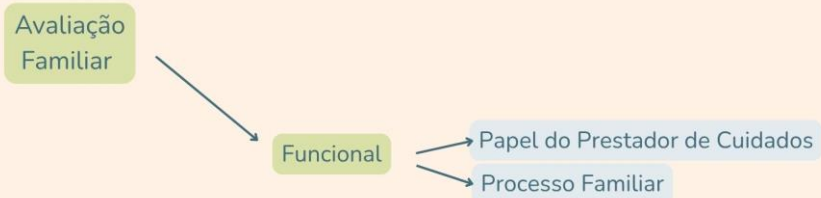


A avaliação de desenvolvimento permite a compreensão de fenómenos relacionados com o crescimento da família de acordo com a etapa do ciclo vital em que a família se encontra (Figueiredo, 2012).

Adaptado de "Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família" de Figueiredo, 2012, p. 104.

# MATRIZ OPERATIVA DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)

Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação



A avaliação funcional abrange fundamentalmente os padrões de interação familiar que permitem o desempenho das suas funções e tarefas. Os instrumentos de avaliação que constituem a dimensão Funcional incluem a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, escala de FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein (Figueiredo, 2012).

Adaptado de "Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família" de Figueiredo, 2012, p. 104.

# Documentação em Enfermagem em Saúde Familiar - Clínico

The screenshot shows a software interface with a top menu bar containing icons for various functions. Below the menu, there are tabs for 'CONTACTOS', 'UTENTES', 'FAMILIAS', and 'COMUNIDADES'. The 'FAMILIAS' tab is active, displaying a form for a family with the following details:

- Nº Processo: 5639
- Morada: [Redacted]
- Nº Telefone: 040000000
- Família: Margarida Mendes Tavares

At the bottom of the interface, there are two tables:

CONTACTOS/CONSULTAS AGENDADAS				ÚLTIMAS CONSULTAS/CONTACTOS			
Data	Hora	Consulta/Contacto	Profissional	Data	Hora	Consulta/Contacto	Profissional



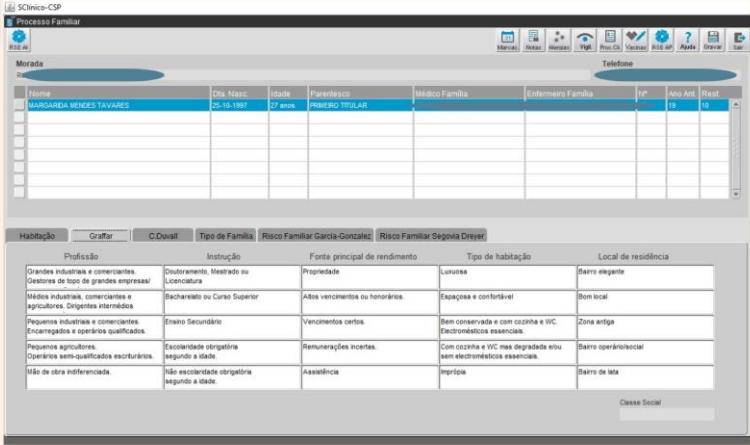
Antes de abrir contacto

The screenshot shows a detailed assessment form for a family. The header includes 'Pro.Fam' and 'Processo Familiar'. Below the header, there is a table with the following data:

Nome	DA, Nasc.	Idade	Parente(s)	Mãico Família	Enfermeiro Família	IP	Ano Act	Resul.
MARGARIDA MENDES TAVARES	25.16.1997	27 anos	POBERO TITULAR				19	10

Below the table, there are several sections for assessment:

- Habituação:** Gratuito, C Divul, Tipo de Família, Risco Familiar Garcia-Gonzalez, Risco Familiar Segura-Dreyer
- Data de registo:** 25.16.1997
- Habituação:** Tipo de alojamento (Alojamento móvel, Apartamento, Baracacasobre, Desconhecido, Hotelpensão, Instituição, Morada, Outro, Quatiparte de casa, Sem alojamento), Salubridade da zona residencial (Desconhecido, Insalubre, Salubre)
- Regime de ocupação:** Irendada, Desconhecido, Dubio, Própria
- Tecnologia:** Desconhecido, Não aplicável, T0, T1
- Salubridade da zona residencial:** T2, T3 ou mais
- Estado geral de conservação:** Bom, Desconhecido, Mau, Razável
- Casa de banho:** Desconhecida, Inexistente, No alojamento
- Higiene:** Boa, Desconhecida, Má, Razável
- Agua:** Desconhecido, Não, Sim
- Distribuição:** Desconhecido, Fontanário a + de 100m de casa, Fontanário a - de 100m de casa, Fora do alojamento, No alojamento
- Origem:** Desconhecida, Particular, Rede publica
- Barreiras arquitectónicas:** No interior, No exterior
- Conforto:** Bom, Desconhecido, Mau, Razável
- Agapamento:** Central, Desconhecido, Local, Nenhum
- Mobiliário e equipamento básico:** Desconhecido, Insuficiente, Suficiente
- Electricidade:** Desconhecido, Não, Sim



Pro.Fam

Antes de abrir contacto

SCInico-CSP  
Processo Familiar

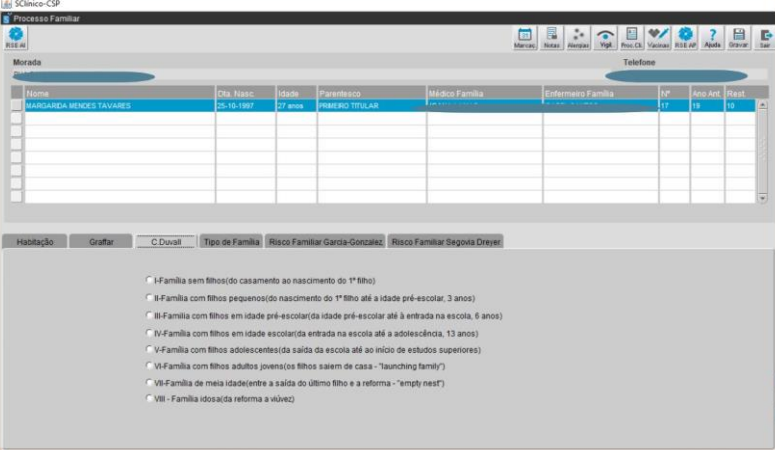
Morada

Nome	Data Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
MARGARDA MENDES TAVARES	25-10-1987	27 anos	MEMBRO TITULAR				19	10

Habitação

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes indústrias e comerciantes, Gestores de topo de grandes empresas	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Barro elegante
Médicos industriais, comerciantes e aplicadores. Origens intermédias	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaciares e confortáveis	Bom local
Pequenas indústrias e comerciantes Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electromecânicos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores, Operários semi-qualificados, escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electromecânicos essenciais.	Barro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolarizada obrigatória segundo a idade	Assistência	Impetria	Barro de lata

Classe Social



Pro.Fam

Antes de abrir contacto

SCInico-CSP  
Processo Familiar

Morada

Nome	Data Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
MARGARDA MENDES TAVARES	25-10-1987	27 anos	MEMBRO TITULAR				19	10

Habitação

- I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Pro.Fam

Antes de abrir contacto

Processo Familiar

Morada

Nome	Data Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
MARGARDA MENDES TAVARES	25-10-1997	27 anos	PRIMEIRO TITULAR				18	10

Habitação   Grafas   C. Duvid   Tipo de Família   Risco Familiar Garcia-Gonzalez   Risco Familiar Segovia Dreyer

Unifária - Só 1 elemento  
 Monoparental - Só pai ou mãe e filhos  
 Alargada - Avós, pais e filhos  
 Reconstituída - Nova união após reformatação  
 Nuclear - Casal com ou sem filhos  
 Outras

Pro.Fam

Antes de abrir contacto

Processo Familiar

Morada

Nome	Data Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
MARGARDA MENDES TAVARES	25-10-1997	27 anos	PRIMEIRO TITULAR				18	10

Habitação   Grafas   C. Duvid   Tipo de Família   Risco Familiar Garcia-Gonzalez   Risco Familiar Segovia Dreyer

Famílias compostas por pais jovens e por filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.  
 Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que pelo menos metade dos filhos estejam sujeitos a insucesso escolar.  
 Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde.  
 Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).  
 Famílias nas quais um membro seja centro de atenção dos outros e que por isso altere as relações intrafamiliares (deficiente mental ou físico que não é acido, pai alcoólico, etc.).  
 Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças, embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

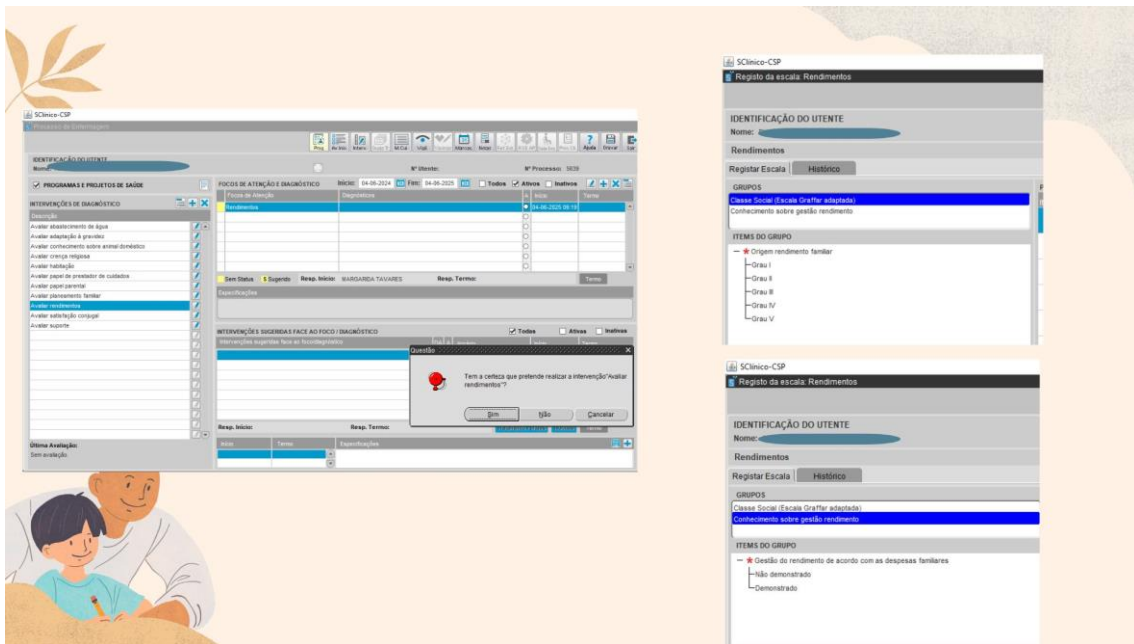
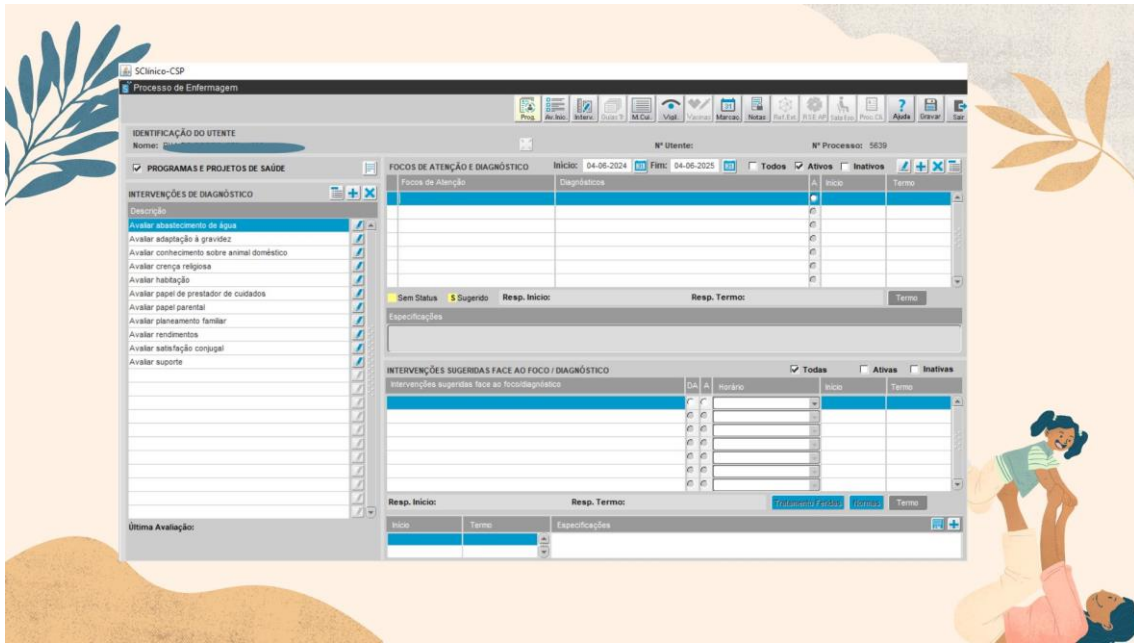
Pontuação

Habitação   Grafas   C. Duvid   Tipo de Família   Risco Familiar Garcia-Gonzalez   Risco Familiar Segovia Dreyer

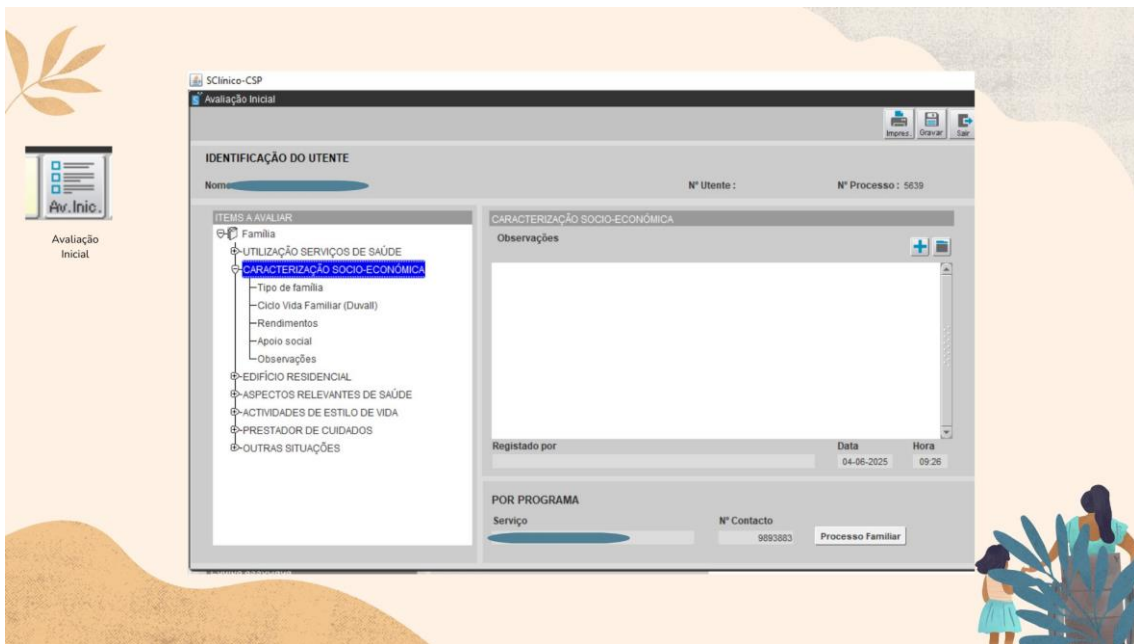
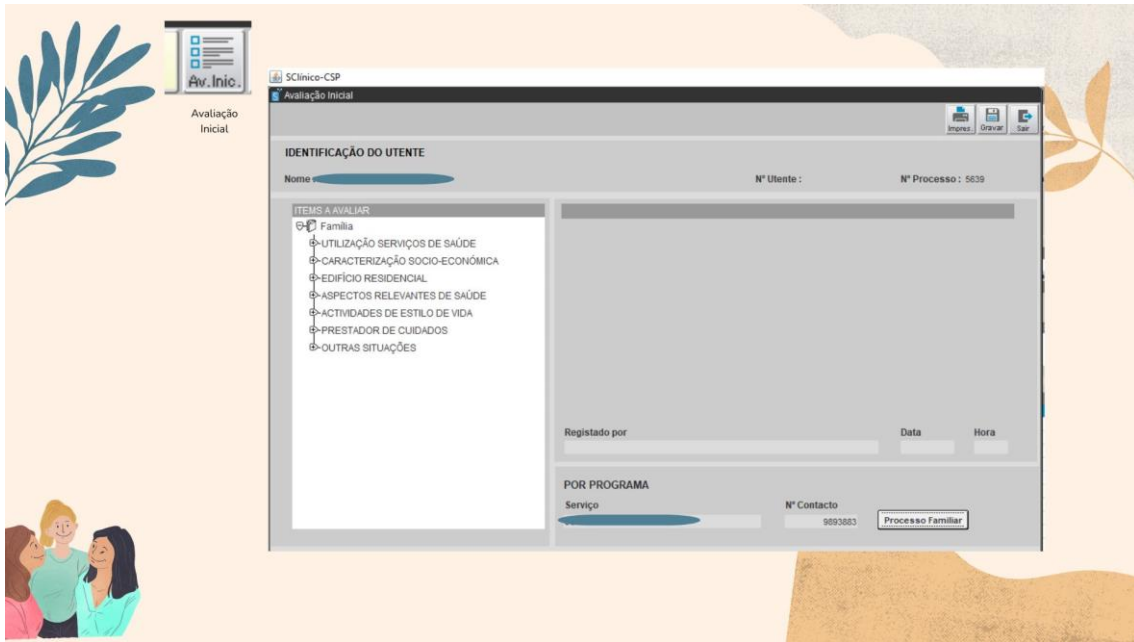
Mortalidade crónica    Alcoolismo  
 Invalidez    Drogas  
 Hospitalizações frequentes    Desnutrição  
 Mãe analfabeta    Ausência de um dos pais  
 Mãe solteira    Pais analfabetos  
 Chefe de família desempregado    Agor familiar < 4  
 Ausência temporária de um dos pais    Filho grande deficiente  
 Chefe de família com emprego temporário    Chefe de família preso  
 Morte de Pai ou de Mãe    Filho com carências afectivas graves

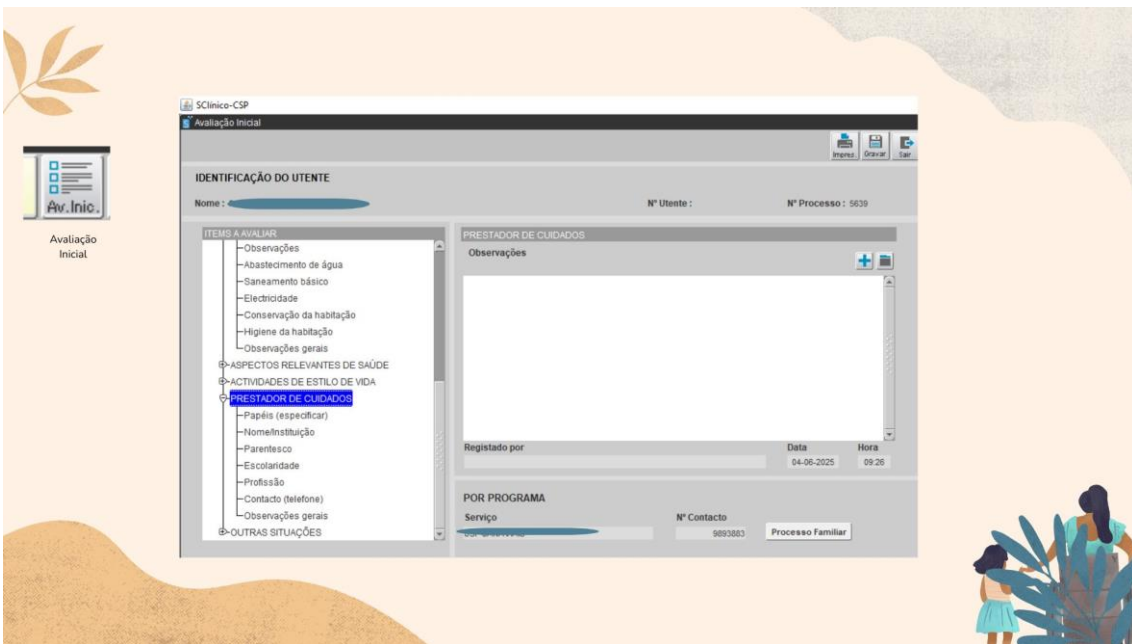
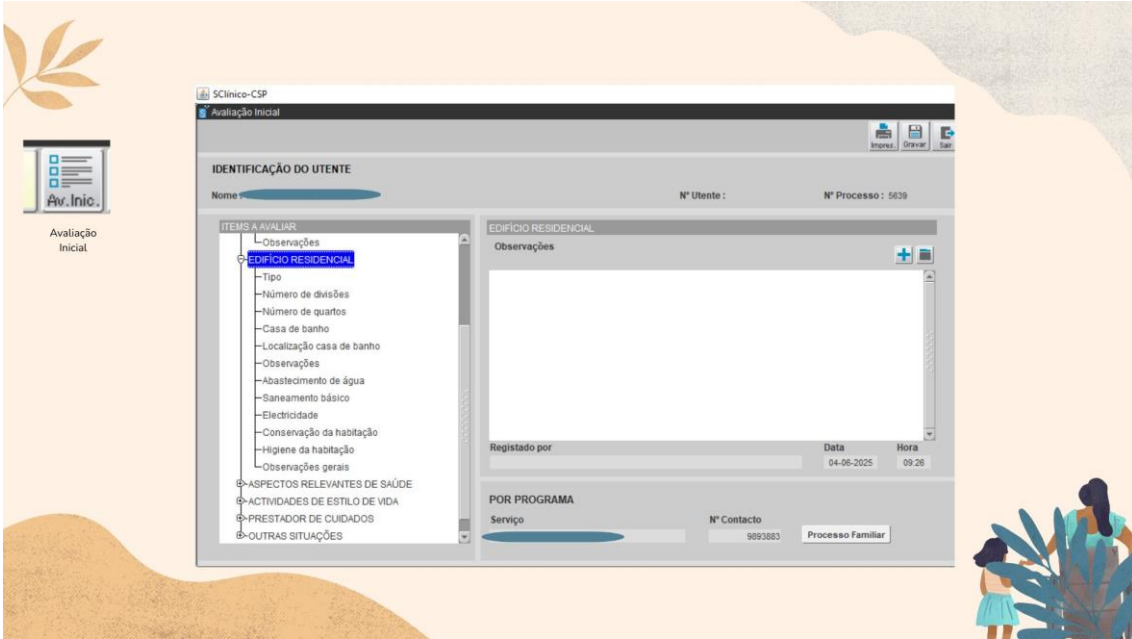
Pontuação

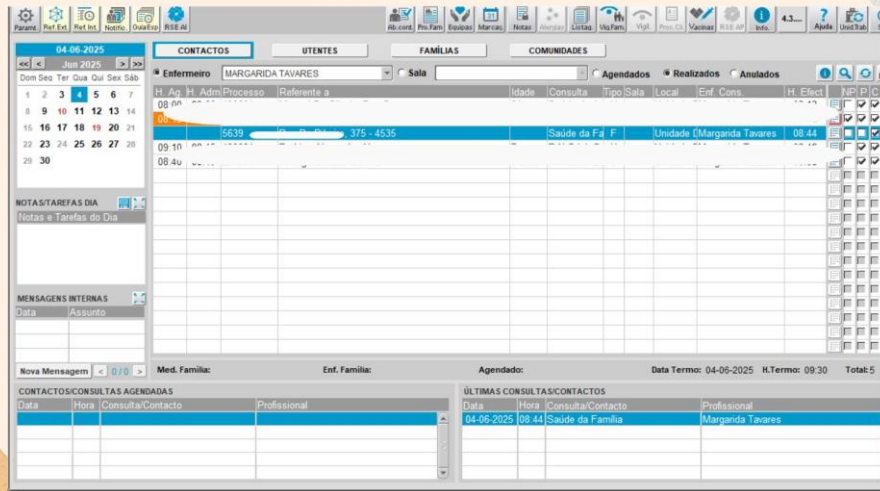












## PROGRAMA SAÚDE FAMILIAR - SCLÍNICO

**Idealmente os cuidados à família devem ser registados no Processo da Família:**

- Continuidade de Cuidados;
- Ganhos em Saúde sensíveis à prestação de cuidados à família.

**Fatores dificultadores:**

- O agregado registado não corresponde ao agregado familiar;
- Não saber registar/Não ter conhecimento - ausência de formações nesta área;
- Falta/gestão de tempo (o sistema é complexo e pouco intuitivo);
- Registo muito limitado - falta de intervenções e diagnósticos sugerida.





# Obrigada pela atenção!



CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

BIBLIOGRAFIA

Margarida Mendes Tavares 2023100870  
UC: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final





## **Anexo III**



## Escala de Zarit

### Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

	Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
<b>Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?</b>					
<b>Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?</b>					
<b>Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?</b>					
<b>Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?</b>					
<b>Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?</b>					
<b>Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?</b>					
<b>Considera que o seu familiar está dependente de si?</b>					

<b>Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?</b>					
<b>Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar? Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?</b>					
<b>Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?</b>					
<b>Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?</b>					
<b>Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?</b>					
<b>Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?</b>					
<b>Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?</b>					

<b>Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?</b>					
<b>Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?</b>					
<b>Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?</b>					
<b>Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?</b>					
<b>Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?</b>					



## **Anexo IV**



## Escala Modificada de Barthel

Nome: \_\_\_\_\_ D.N. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ HD: \_\_\_\_\_

### CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

### CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

### CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.

### CATEGORIA 4: TOALETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;

### CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

### CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

### CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

**CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)**

1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

**CATEGORIA 9: DEAMBULACAO**

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

**Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas**

**CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS \***

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

**Não se aplica aos pacientes que deambulam.**

**CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA**

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

**Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado**

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toaleta	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

<b>Interpretação do Resultado</b>	<b>75 a 51 pontos - dependência moderada</b>
<b>100 pontos – totalmente independente</b>	<b>50 a 26 pontos – dependência severa</b>
<b>99 a 76 pontos – dependência leve</b>	<b>25 e menos pontos – dependência total</b>

**Anexo V**



## Escala de Graffar Adaptada \*

Seleccione em cada uma das colunas (**com fundo a cinza**) o grau correspondente à situação em análise, **considerando apenas o elemento do agregado familiar que tem o maior vencimento.**

Graus	Profissão	Nível de instrução	Fonte do rendimento familiar	Conforto do alojamento	Local de residência	Pontos
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grandes empresários</li> <li>Gestores de topo do sector público e privado (&gt; de 500 empregados);</li> <li>Profissionais com títulos universitários;</li> <li>Militares de alta patente;</li> <li>Altos dirigentes políticos;</li> <li>Profissões liberais (curso superior)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensino universitário ou equivalente</li> <li>- Licenciatura</li> <li>- Mestrado</li> <li>- Doutoramento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortuna herdada ou adquirida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casa ou andar luxuoso, espaçoso, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zona residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médios empresários;</li> <li>Dirigentes de empresas (<math>\leq</math> de 500 empregados);</li> <li>Agricultores e proprietários;</li> <li>Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado;</li> <li>Oficiais das forças armadas;</li> <li>Professores do ensino básico e secundário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bacharelato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Altos vencimentos ou honorários (<math>\geq</math> 10 vezes o salário mínimo nacional)</li> <li>Lugares bem remunerados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casa ou andar que sem ser tão luxuoso é espaçoso e confortável.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zona residencial boa, de ruas largas com casa confortáveis e bem conservadas.</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pequenos empresários (<math>\leq</math> de 50 empregados);</li> <li>Empregados e operários qualificados;</li> <li>Quadros médios;</li> <li>Médios agricultores;</li> <li>Sargentos e equiparados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>12º ano;</li> <li>Nove ou mais anos de escolaridade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vencimento mensal fixo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casa ou andar modesto, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminado, arejado, com cozinha e W.C.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zona antiga</li> <li>Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto em geral menos confortável.</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Operários especializados com ensino primário completo;</li> <li>Operários semi-qualificados;</li> <li>Técnicos administrativos;</li> <li>Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas;</li> <li>Pequenos agricultores e rendeiros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escolaridade <math>\geq</math> 4 anos e <math>&lt;</math> 9 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vencimentos incertos</li> <li>Remunerações <math>\leq</math> ao salário mínimo nacional</li> <li>Pensionistas ou reformados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com cozinha e W.C., mas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Degradado e/ou</li> <li>- Sem electrodomésticos essenciais.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bairro operário/social, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.</li> </ul>	

Adesão à vacina contra o cancro do colo do útero

5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabalhadores manuais, operários não especializados/indiferenciados;</li> <li>Assalariados agrícolas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Escolaridade &lt;4 anos;</li> <li>Analfabetos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência/Beneficiênc ia pública ou privada (não se inclui subsídio de desemprego ou de incapacidade para o trabalho).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Barraca ou andar sem ventilação/iluminação, ou onde moram demasiadas pessoas.</li> <li>Alojamentos impróprios.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Bairro de lata.</li> </ul>		
Pontos totais											

A preencher pelo autor do trabalho:

**Classe I** (classe alta) - pontuação entre 5 e 9

**Classe II** (classe média alta) – pontuação entre 10 e 13

**Classe III** (classe média) – pontuação entre 14 e 17

**Classe IV** (classe média baixa) – pontuação entre 18 e 21

**Classe V** (classe baixa) – pontuação entre 22 e 25

\*Adaptada com consulta de “[http://pt.wikipedia.org/wiki/classificação\\_de\\_Graffar](http://pt.wikipedia.org/wiki/classificação_de_Graffar)” e “Amaro, Fausto (1990). *Escala de Graffar Adaptada*. In: Costa, Ana M<sup>a</sup> Bénard e tal. (1996). *Currículos Funcionais*. Lisboa: IIE, Vol.II”

**Anexo VI**

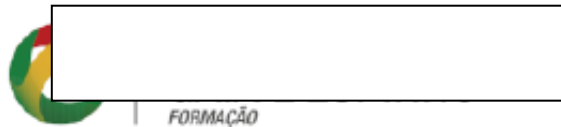


Certifica-se que **Margarida Mendes Tavares**, foi Formador(a) do Curso “**Saúde familiar e documentação em Enfermagem**”, que decorreu no(s) dia(s) “**6 de Junho de 2025**”, com a duração de 01:00 horas.

, 06 junho de 2025

Responsável do Serviço de Formação

(Diretor do Serviço de Formação))



## CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

### Saúde familiar e documentação em Enfermagem

#### Conteúdo Programático

**MODALIDADE DE FORMAÇÃO:** Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo

Nacional de Qualificações

**ÁREA DE FORMAÇÃO:** 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

#### COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Enfermagem de Saúde Familiar e MDAIF

Introdução à Enfermagem de Saúde Familiar (ESF): princípios, objetivos e papel da equipa de enfermagem.

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF):

Conceitos centrais: família, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família.

Aplicação prática do modelo no cuidado familiar.

Matriz Operativa do MDAIF:

Estrutura e componentes.

Exemplos de utilização na prática diária.