



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

**O impacto da coabitação na relação entre avós e
netos adolescentes: Intervenção do enfermeiro de
família**

The impact of cohabitation on the relationship between grandparents and
teenage grandchildren: a family nurse intervention

Anexos e Apêndices

Flávia Sofia de Jesus Lopes

**Lisboa
2024**

ÍNDICE

Anexos

Anexo I – Parecer da ARSLVT;

Anexo II – E-mail de solicitação e cedência de autorização para utilização da escala de significados de Grã-parentalidade (versão netos) – SGP - N, adaptada para a população portuguesa pela Professora Doutora Bebiana Cunha em 2010;

Anexo III – E-mail de solicitação e cedência de autorização para utilização do Índice de Barthel validado para a população portuguesa pela Professora Doutora Fátima Araújo em 2007;

Anexo IV – Certificado de participação nos *webinares* sobre amamentação em *tandem* e a amamentação no regresso ao trabalho;

Anexo V – Certificado de participação no XV Congresso Internacional de Feridas do GAIF;

Anexo VI – Certificados de participação e apresentação de um póster intitulado “O Enfermeiro de Família na gestão do regime medicamentoso do idoso no domicílio” no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar;

Anexo VII – Certificado de participação no *webinar* sobre Investigação na prática clínica do enfermeiro.

Apêndices

Apêndice I – Cronograma de atividades;

Apêndice II – Análise SWOT;

Apêndice III – Modelo de Consentimento e Assentimento Informado;

Apêndice IV – Estudo de Caso intitulado “Cuidar de uma família de idosos com um idoso com demência.”;

Apêndice V – Folheto “Cuida de um familiar ...nós cuidamos de quem cuida.”;

Apêndice VI– Póster com os diferentes tipos de insulina, o pico e tempo de ação de cada uma, bem como com os cuidados a ter para prevenir uma hipoglicémia;

Apêndice VII– Folheto sobre antidiabéticos injetáveis e cuidados na sua administração;

Apêndice VIII– Folheto intitulado “Tem diabetes? cuide dos seus pés.”;

Apêndice IX– Folheto com o título “Tem ou é familiar de alguém com incapacidade?”;

Apêndice X– Revisão *scoping* intitulada “A relação entre netos adolescentes e avós a coabitarem”;

Apêndice XI– Estudo de investigação intitulado “Perceção do(s) neto(s) adolescente(s) sobre a coabitação com o(s) seu(s) avó(s) dependente(s)”;

Apêndice XII– Folheto “És adolescentes e tens um avô/ó a viver contigo?”;

Apêndice XIII– Estudo de Caso intitulado “Quando o adolescente transita dos cuidar dos avós para o cuidar dos pais.”;

Apêndice XIV– Avaliação do projeto através da aplicação *mentimeter*.

Anexos

Anexo I – Parecer da ARSLVT

Exma. Senhora
Dr.ª Flávia Lopes
flavia@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		5872/CES/2023	

Assunto: Perceção do(s) neto(s) adolescente(s) sobre a coabitação com o(s) seu(s) avó(s) dependente(s).

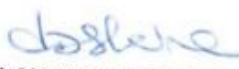
A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação do dia 10.11.2023 e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,

 O Conselho Directivo


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

Anexo II – E-mail de solicitação e cedência de autorização para utilização da escala de significados de Grã-parentalidade (versão netos) – SGP - N, adaptada para a população portuguesa pela Professora Doutora Bebiana Cunha em 2010.

FLÁVIA SOFIA DE JESUS LOPES <flavia@campus.esel.pt>

para bebianacunha ▾

sexta, 7/07, 21:24 (há 3 dias)



Boa tarde professora doutora Bebiana Cunha,

Sou aluna de mestrado em enfermagem comunitária com especialização na área de enfermagem de saúde familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e estou a começar a desenvolver um projeto de investigação cujo o objetivo é estudar o impacto da coabitação na relação entre avós e netos adolescentes, por forma a delinear intervenções específicas do enfermeiro de família. Neste sentido, vinha por este meio, questionar se me autoriza a utilizar a escala de significados da Grã-parentalidade (versão netos) adaptada por si, em 2010, para a população portuguesa.

Obrigada desde já pela atenção dispensada,

Aguardo deferimento,

Com os melhores cumprimentos

Flávia Lopes

Bebiana Cunha

para mim ▾

sexta, 7/07, 22:29 (há 3 dias)



Cara Flávia,

Com certeza que sim.

Se precisar de alguma coisa, disponha.

Atentamente,

Bebiana Cunha

Anexo III – E-mail de solicitação e cedência de autorização para utilização do Índice de Barthel validado para a população portuguesa pela Professora Doutora Fátima Araújo em 2007.

Pedido de autorização da utilização do índice de Barthel »



FLÁVIA SOFIA DE JESUS LOPES <flavia@campus.esel.pt>

para araujo ▾

11:37 (há 10 horas) ☆ ↶ ⋮

Bom dia

Professora Doutora Fátima Araújo,

Sou aluna de mestrado em enfermagem comunitária com especialização na área de enfermagem de saúde familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e estou a começar a desenvolver um projeto de investigação cujo o objetivo é estudar o impacto da coabitação na relação entre avós dependentes e netos adolescentes, por forma a delinear intervenções específicas do enfermeiro de família. Neste sentido, e tendo em conta que em 2007 estive envolvida na publicação do artigo Validação do Índice de Barthel na amostra de idosos não institucionalizados, venho por este meio, questionar se me autoriza a utilizar o índice de Barthel como instrumento que ajudará na constituição da minha amostra em estudo.

Obrigada desde já pela atenção dispensada,

Aguardo deferimento,

Com os melhores cumprimentos

Flávia Lopes

Fátima Araújo

para mim ▾

10:18 (há 6 horas) ☆ ↶ ⋮

Bom estimada colega Flávia

Em primeiro lugar peço-lhe imensa desculpa no atraso da resposta, mas estamos em fim de ano letivo do CLE e Mestrados e em simultâneo com o planeamento dos estágios para 2023/2024!... Pedem-nos urgência para tudo, e acabei por perder a noção que tinha este email por responder!...

Face ao solicitado, anexo a versão validada em 2007 do IB, a fim de o utilizar no projeto de investigação, no âmbito do mestrado em enfermagem comunitária - especialização na área de enfermagem de saúde familiar.

Parabéns por trazer um tema inovador, muito pertinente e atual face ao contexto sociodemográfico e epidemiológico que marcam a sociedade em geral, mas Portugal, em particular.

Será concerteza, um excelente contributo para a Enfermagem, particularmente para enfermagem de saúde familiar.

Melhores cumprimentos

Prof Fátima Araujo

Anexo IV – Certificado de participação nos *webinares* sobre amamentação em *tandem* e a amamentação no regresso ao trabalho.

SEMANA DO
ALEITAMENTO
MATERNO

FAZER A DIFERENÇA NA AMAMENTAÇÃO

2-6²⁰²³
OUTUBRO



www.hff.min-saude.pt



CERTIFICADO

Flávia Sofia de Jesus Lopes assistiu ao webinar «Amamentação em Tandem» da *Semana do Aleitamento Materno HFF: Fazer a diferença na amamentação* que decorreu de 2 de outubro de 2023.

Amadora, 6 de outubro de 2023, P'la Comissão Organizadora

Ver.

SEMANA DO
ALEITAMENTO
MATERNO

FAZER A DIFERENÇA NA AMAMENTAÇÃO

2-6 2023
OUTUBRO



www.hff.min-saude.pt



CERTIFICADO

Flávia Sofia de Jesus Lopes assistiu ao webinar «Amamentação e regresso ao trabalho» da *Semana do Aleitamento Materno HFF: Fazer a diferença na amamentação* que decorreu no dia 3 de outubro de 2023.

Amadora, 6 de outubro de 2023, P'la Comissão Organizadora

Wor

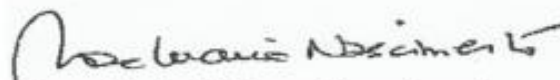
Anexo V – Certificado de participação no XV Congresso Internacional de Feridas do GAIF.

Certificado

Para os devidos efeitos, o **Grupo Associativo de Investigação em Feridas** declara que **Flávia Sofia de Jesus Lopes** com o número de CC 14023460 8ZX0 e NISS 11929464059 participou no Evento: **XV CONGRESSO INTERNACIONAL DE FERIDAS** que decorreu nos dias 11 e 12 de Outubro de 2023, com uma duração total de 20 horas.

Modalidade de Formação: Continua de Aperfeiçoamento / **Área de Formação:** 720 – Saúde

Pampilhosa da Serra, 30 de Outubro de 2023



Rosa Maria Linhares Nascimento

Presidente da Direção do GAIF
(Grupo Associativo de Investigação em Feridas)

Anexo VI – Certificado de participação no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar.

CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que

Mávia Sofia de Jesus Lopes

Participou no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, que decorreu online e presencial nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, nos Açores.

Maria Henriqueta Figueiredo

PRESIDENTE DA SPESF

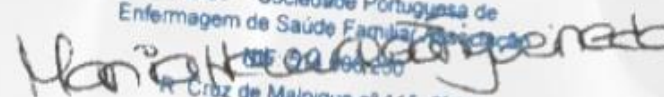
SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Associação
N.º 29 100 230

Maria Henriqueta Figueiredo
R. Cruz de Malpique n.º 115, 2.º Dt
4460-203 Matosinhos

CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que Sandra Galaio, Sandra Jorge, Flávia Lopes, Ana Pinheiro, Isabel Ribeiro e Laura Viegas são autoras do póster “ *O enfermeiro de família na gestão do regime medicamentoso do idoso no domicílio* ” apresentado por Flávia Lopes, no âmbito do V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, que decorreu *online* e presencial nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, nos Açores.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
1015-002-250
R. Cruz de Maloque nº 115, 2º Dt
4460-203 Matosinhos



Maria Henriqueta Figueiredo
PRESIDENTE DA SPESF

Anexo VII – Certificado de participação no *webinar* sobre Investigação na prática clínica do enfermeiro.

Certificado

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

Lisboa, 22 de novembro de 2023

**A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa**

Apêndices

Apêndice I – Cronograma de atividades

ANO		2023								2024					
CONTEXTO		UCSP	USF												
MESES		Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro		Março		
DIAS		8	5	3		25	2	30	4	18	3	5	12	15	4
		2	30	14		29	27	1	15	2	2	9	14	1	8
2º S E M E S T R E	Estudo de caso: cuidar de uma família de idosos atormentada pelo Alzheimer														
	Elaboração de folheto sobre recursos da comunidade de apoio à população idosa: É idoso ou tem algum familiar/conhecido idoso?														
	Elaboração de folheto sobre estatuto de cuidador informal: Se cuida de um familiar... nós cuidamos de quem cuida.														
	Elaboração de guia para a grávida.														
	Elaboração de folheto sobre cuidados aos pés para a população diabética: Tem diabetes? Cuide dos seus pés...														
	Elaboração de guia de consulta de características de tipos de insulina.														
	3º S E M E S T R E	Scoping Review													
	Consentimentos éticos														
	Definição da população e construção da amostra														
	Construção dos Instrumentos de recolha de dados - Questionário														
	Pré teste dos instrumentos selecionados														
	Apresentação do projeto na USF:														
	Recolha de dados através de questionário														
	Tratamentos e análise de dados														
	Estudo de Caso: MCAIF														
	Apresentação dos resultados do projeto na USF														
	Elaboração do relatório de estágio														
	Entrega do relatório de estágio														

■ - Estágio em contexto de UCSP ■ - Estágio em contexto de USF

■ - Férias Letivas ■ - Planeamento das atividades desenvolvidas nos estágios

■ - Atividades associadas ao projeto: Impacto da coabitação na relação dos avós com os netos adolescentes - intervenção do enfermeiro de família

■ - Conclusão/revisão do relatório de estágio

Apêndice II – Análise SWOT

	PONTOS FORTES (strength)	PONTOS FRACOS (weaknesses)
INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> Projeto desenvolvido sobre um fenômeno que foi de encontro aos meus interesses pessoais; Motivação interior e resiliência para superar adversidades ao longo das etapas do projeto; Crescimento pessoal e profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> Limitação de tempo para desenvolver o projeto; Período de vacinação covid + gripe; Pouca experiência na utilização de ferramentas de pesquisa em base de dados bem como em ferramentas de tratamento de dados.
	OPORTUNIDADES (opportunities)	AMEAÇAS (threats)
EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> Presença de peritos na equipa de enfermagem; Período de vacinação covid + gripe; Consciencializar a equipa multidisciplinar para o fenómeno do impacto da coabitação dos netos adolescentes com o(s) avó(s) dependentes; Melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem a famílias alargadas com 3 gerações com filhos adolescentes e avó(s) dependente(s). 	<ul style="list-style-type: none"> Greves da equipa médica e/ou equipa de enfermagem; Institucionalização ou falecimento do avô(ó) dependente com que o neto adolescente coabita; Atraso na aquisição das autorizações necessárias para o desenvolvimento do projeto: nomeadamente do Diretor Executivo do ACES; da Coordenadora da USF; e do Conselho de ética da ARSLVT.

Apêndice III – Modelo de Consentimento e Assentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

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

Título do estudo: “Perceção do(s) neto(s) adolescente(s) sobre a coabitação com o(s) seu(s) avó(s) dependente(s)”

ENQUADRAMENTO: Este projeto surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado na USF, sob a orientação da Sr.ª Professora Mª Emília Brito.

EXPLICITAÇÃO DO ESTUDO: A realização deste estudo tem como finalidade identificar a perceção dos netos adolescentes em relação à coabitação com os seus avós dependentes. Para a realização deste estudo, é necessário a recolha de dados através de um questionário. A recolha da informação tem, portanto, como objetivo identificar a perceção dos netos adolescentes em relação à coabitação com os seus avós dependentes. Uma cópia deste Consentimento Informado ser-lhe-á entregue e a outra será arquivada no processo deste estudo.

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

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

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

Agradeço a sua participação

Lisboa, / /

Enfermeira Mestranda: Flávia Sofia de Jesus Lopes

flavia@campus.esel.pt

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

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(a ser preenchido por representante legal do participante com idade \geq 9 anos e $<$ 16 anos)

Declaro ter sido informado(a) e esclarecido(a) a respeito da: finalidade do estudo; do modo como o meu filho poderá contribuir para o estudo e da garantia do anonimato na apresentação dos dados.

Concordo que o meu filho(a) participe neste estudo.

Data: _____/_____/_____

(assinatura do responsável legal)

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

(a ser preenchido pelo participante com idade \geq 9 anos e $<$ 16 anos)

Declaro ter sido informado(a) e esclarecido(a) a respeito da: finalidade do estudo; do modo como irei contribuir para o estudo e da garantia da confidencialidade e anonimato na apresentação dos dados.

Concordo participar neste estudo.

Data: _____/_____/_____

(assinatura do participante)

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(a ser preenchido pelo participante com idade ≥ 16 anos)

Declaro ter sido informado(a) e esclarecido(a) a respeito da: finalidade do estudo; do modo como irei contribuir para o estudo e da garantia da confidencialidade e anonimato na apresentação dos dados.

Concordo participar neste estudo.

Data: _____/_____/_____

(assinatura do participante)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(a ser preenchido por representante legal do participante com idade ≥ 16 anos)

Declaro ter sido informado(a) e esclarecido(a) a respeito da: finalidade do estudo; do modo como o meu filho poderá contribuir para o estudo e da garantia do anonimato na apresentação dos dados.

Concordo que o meu filho(a) participe neste estudo.

Data: _____/_____/_____

(assinatura do responsável legal)

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Apêndice IV – Estudo de Caso intitulado: Cuidar de uma família de idosos com um idoso com demência.

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

ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UCSP 2022-2023

**ESTUDO DE CASO: cuidar de uma família de idosos
com um idoso com demência**

Flávia Sofia de Jesus Lopes

—
Lisboa
junho 2023

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

ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UCSP 2022-2023

ESTUDO DE CASO: cuidar de uma família de idosos com um idoso com demência

Flávia Sofia de Jesus Lopes

Professora Regente:
Prof^a. Ana Paula Fernandes das Neves

Professora Orientadora:
Prof^a. Maria Emília Campos de Brito

Lisboa
junho 2023

Lista de figuras e tabelas

Figura 1. – Genograma da família Sintra

Figura 2. – Ecomapa da família Sintra

Figura 3. –Transição no desenvolvimento da família Sintra segundo Carter & McGoldrick.

Índice

Introdução	3
1. A Família Sintra	5
1.1 Avaliação familiar	5
1.1.1 Dimensão estrutural: interna, externa e contexto	5
1.1.2 Dimensão de desenvolvimento	9
1.1.3 Dimensão funcional	10
1.3 Plano de cuidados e unidades de competência do enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde familiar	11
Conclusão	13
Referências Bibliográficas	14

APÊNDICES

APÊNDICE I - Índice de Graffar da família Sintra

APÊNDICE II - Círculo Familiar de Thrower realizado pela Sr^a A.S

APÊNDICE III - Escala de Katz modificada para atividades de vida diária do Sr. M.S

APÊNDICE IV - Escala de Avaliação de Risco de Queda de Downton do Sr. M.S

APÊNDICE V - Escala de sobrecarga do cuidador informal de Zarit

APÊNDICE VI - Escala de APGAR Familiar de Smilkstein aplicada à Sr^a A.S

APÊNDICE VII - Plano de Cuidados da família Sintra

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio em contexto de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) foi proposto aos alunos do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar a realização de um trabalho, o qual é sobre um estudo de caso de uma família com o objetivo geral de desenvolver um processo de cuidados de enfermagem personalizado à família em questão. Sendo que pretende-se como objetivos específicos: analisar os principais riscos de saúde da família que a torna vulnerável; avaliar as diferentes dimensões da família com base no Modelo de Calgary de avaliação familiar e recorrendo a instrumentos adequados de apreciação familiar; elaborar um plano de cuidados personalizado e negociado com a família tendo por base a nomenclatura NANDA, bem como os seus recursos internos e externos e integrando não só a equipa multidisciplinar como também os recursos comunitários disponíveis que permitem a recuperação do bem-estar da família. Assim, poderei, igualmente, analisar o meu processo de desenvolvimento de competências enquanto estudante de mestrado e especialização na área de enfermagem de saúde familiar.

A família sobre o qual o meu estudo de caso recai refere-se a um casal de idosos com carência financeira e em que a esposa é atualmente cuidadora do seu marido por este ter desenvolvido um síndrome demencial associado à doença de Alzheimer. A seleção da família teve por base o contato em visita domiciliária e a boa receptividade do casal na colaboração de recolha de dados para o presente estudo de caso, tendo-lhes sido previamente assegurado que toda a informação a mim transmitida seria devidamente protegida, sendo que seriam somente divulgados dados em meio académico como forma de anonimato, pois segundo o artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro, tenho o dever de garantir o sigilo profissional (Deodato, 2015).

Torna-se pertinente o estudo desta família, pois a o contato ocorreu em contexto de visita domiciliar, sendo que este é o contexto mais rico para a recolha de dados de uma família, tornando-a mais verdadeira e contextualizada, o que permite uma intervenção, ainda mais, personalizada, isto porque a visita domiciliária permite uma maior aproximação dos profissionais com a realidade e dinâmica familiar (Bourget & Cruz, 2010).

Para além disso, esta família espelha uma das grandes realidades típicas das famílias portuguesas, uma vez que a população portuguesa está cada vez mais envelhecida e os idosos com reformas insuficientes para conseguirem ter qualidade de vida, o que se traduz no aumento de famílias de idosos que cuidam de idosos dependentes. A constante evolução da ciência e tecnologias na descoberta de novos tratamentos permite às pessoas cada vez mais viver longos anos com doenças crónicas. Neste sentido, com o índice de envelhecimento da população portuguesa a aumentar, situando-se, segundo dados do PORDATA de 2023, nos 182,1% em 2021, a taxa de doenças crónicas, nomeadamente das demências, tende a aumentar de ano para ano. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em todo o mundo, o número de pessoas com demência atinja 75.6 milhões em 2030 e que quase triplique em 2050. Um relatório emitido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) coloca Portugal no 4º país com mais casos de demência por cada 1000 habitantes (OCDE, 2017). Desta forma, torna-se pertinente o desenvolvimento do estudo de caso da família Sintra, demonstrando o quão é premente o acompanhamento e intervenção do enfermeiro de família ao nível das famílias de idosos a cuidar de idosos com demência, de forma a que possamos prevenir situações de crise e/ou ajudar a supera-las, a fim de manter a sua homeostasia.

Neste sentido, a estrutura do trabalho passa primeiramente por apresentar a família Sintra, sendo que para salvaguardar a sua privacidade, os nomes de cada elemento são traduzidos, somente, pela primeira letra do nome. Seguidamente é exposta e traduzida a avaliação e apreciação da família em questão, sendo posteriormente apresentado o plano de cuidados personalizado e previamente negociado com a família. É terminado com a importância do papel do enfermeiro de família em famílias de idosos a cuidar de idosos com demência, nomeadamente na família Sintra, mobilizando as áreas de competência do enfermeiro especialista na área de saúde familiar. Finalizando com conclusões aferidas no fim da realização do estudo de caso, bem como com as referências bibliográficas para a realização do mesmo.

Este trabalho teve por base, na sua elaboração o novo acordo ortográfico, bem como o manual para Elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa de janeiro de 2023.

1. A Família Sintra

1.1 Avaliação familiar

A avaliação da família Sintra é realizada através do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, por o mesmo apresentar uma estrutura multidimensional e basear-se num fundamento teórico que envolve não só o conceito de sistemas, mas também de cibernética, comunicação e mudança, o que faz ser constituído por três categorias principais de fácil aplicabilidade: estrutural, de desenvolvimento e funcional, sendo que as subcategorias a serem exploradas foram selecionadas com base não só, na informação recolhida através de entrevista com a Sr^a A.S e consulta do processo informático do Sr. M.S (casal de idosos que constituem o agregado familiar), como também nos critérios de priorização de intervenção.

1.1.1 Dimensão estrutural: interna, externa e contexto

Esta diz respeito às interações e ligações que os diferentes membros da família Sintra estabelecem entre si e as interações que mantêm com o ambiente que os envolve, pelo que para avaliar os aspetos estruturais foi construído o Genograma (figura 1) e Ecomapa (figura 2), já no que se refere à subcategoria contexto foi aplicado o índice de Graffar (Apêndice I).

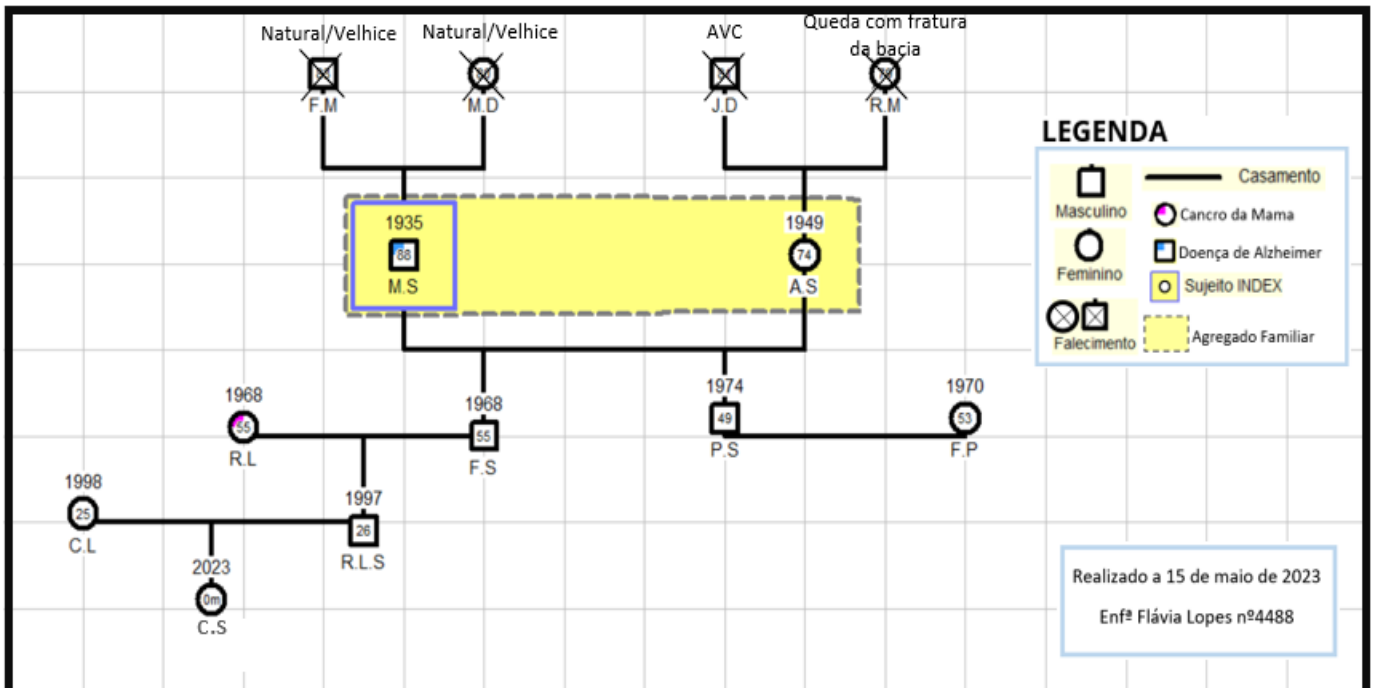


Figura 1. – Genograma da família Sintra.

Ao analisar o genograma, pode-se aferir que a estrutura interna desta família é composta pelo Sr. M.S (88 anos de idade) com doença de Alzheimer e sua esposa, a Srª A.S (74 anos de idade). Trata-se, portanto, de uma família com dependente, quanto à estrutura e dinâmica global da família, a qual é definida como uma família em que um dos elementos é particularmente dependente dos cuidados de outros, por motivo de doença, com limitações no desenvolvimento das atividades de vida diárias, requerendo vigilância e orientação constante (Bairrada, Caniço, Carvalho e Rodríguez, 2010).

O agregado familiar é composto por um elemento do sexo feminino e um do sexo masculino, casados à 56 anos, tendo surgido deste casamento dois filhos (Sr.F.S e o Sr. P.S).

Quanto aos sistemas que constituem a família, a família Sintra é formada somente pelo sistema conjugal entre o Sr. M.S e sua esposa Srª A.S. Relativamente ao sistema conjugal a Srª A.S refere ter um casamento com base no respeito, carinho e partilha, em que os problemas que foram surgindo foram ultrapassados em conjunto e com esforço mútuo, sendo a mesma perspetiva igualmente partilhada pelo Sr. M.S ao referir que quando se gosta, faz-se tudo com amor (sic).

No que diz respeito aos limites e fronteiras, na família Sintra estes são definidos pela educação e respeito no seio familiar tendo em conta a hierarquia cronológica da família e segundo a Srª A.S, mesmo com o diagnóstico de Alzheimer do Sr. M.S, ambos os filhos mantiveram-lhe o igual respeito, de pai.

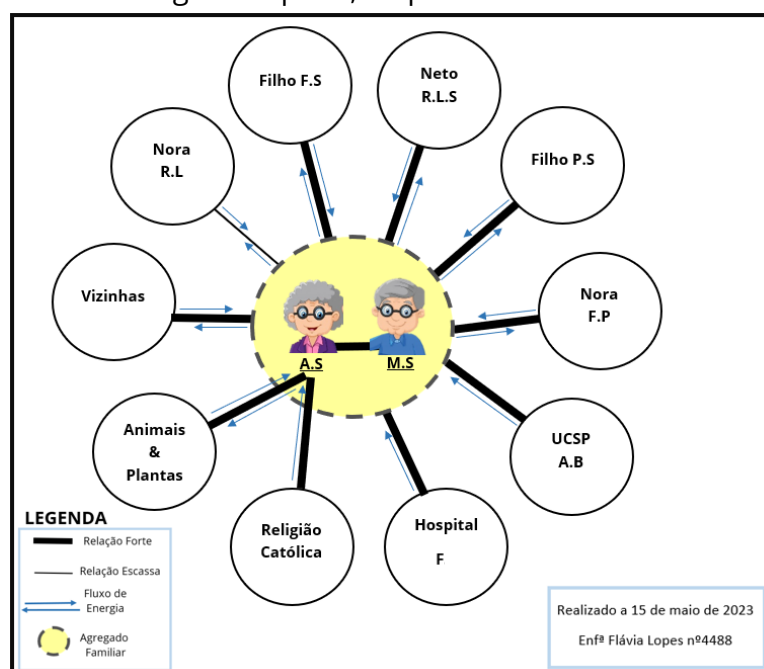


Figura 2. – Ecomapa da família Sintra

Como é possível observar no ecomapa, acima representado, existe uma relação muito forte quer entre o Sr. M.S e a Srª A.S, tendo a mesma referindo que com aquela idade ainda dão um beijinho maroto todos os dias (sic), que são de dar abraços e partilhar afeto. Segundo a Srª A.S, quando casaram foi para o bem e para o mal e agora que a doença atormentou um deles, o outro tem o dever de o cuidar (sic). Para além disso, é de notar a relação forte que tem os filhos o Sr. F.S e P.S, sendo que é evidente que o filho P.S não lhes consegue dar igual energia à que recebe e que o F.S fornece aos pais, sendo a relação pais com F.S bidirecional e equilibrada e a relação pais com P.S é uma relação bidirecional, contudo com mais envolvimento dos pais com o P.S do que inversamente devido a inflexibilidade de horários, tornando o fluxo de energia do P.S para com os pais menos expressivo. A Srª A.S refere que o filho F.S torna-se mais presente e prestável por ter um horário laboral mais flexível, sendo ele que habitualmente vai com os pais às unidades de saúde, faz as compras semanais, gere as contas a pagar e geralmente é o que, quando é necessário, faz trabalhos de manutenção da casa dos pais, como mudar lâmpadas, arranjar fechadura da porta, entre outros trabalhos de bricolagem. O filho P.S tem um trabalho que lhe ocupa mais tempo, contudo é igualmente presente, tendo o hábito de geralmente todos os dias durante a semana almoçar com os pais. Sendo que ao sábado ou ao domingo tendem a juntar-se em casa do Sr.M.S e da Srª A.S para um almoço de família. Quanto às noras, é evidente que a Srª F.P apresenta uma relação de maior proximidade e envolvimento com o casal M.S e A.S do que a nora R.L, uma vez que segundo a Srª A.S, todos os dias de manhã recebe uma chamada da nora F.P a verificar se tudo se encontra bem, dando sempre mais uns dois ou três dedos de conversa (sic), ao passo que a nora R.L nunca foi muito próxima e desde que foi diagnosticada com cancro da mama, a conversa que acontece é aparentemente circunstancial e quando a família se reúne em contexto de alguma cerimónia, fora isso ela tem muitos problemas com que se preocupar que nem se recorda que tem sogros (sic). O neto R.L.S é outro elemento com o qual o Sr. M.S e a Srª A.S têm uma relação forte, que segundo a Srª A.S, tende a ligar por videochamada várias vezes na semana para nos ver e enviar um beijinho (sic). O neto R.L.S foi praticamente criado por eles, visto que passava todos os dias na casa deles, desde que saia da escola até ao anoitecer, os pais quando o vinham buscar já

ele estava a dormir. Neste sentido, o R.L.S é muito grato pelo que os avós fizeram por ele, tendo um carinho especial por eles.

Para além da família o casal M.S e A.S tem uma rede de vizinhança que é um grande suporte para eles, inclusive quando a Sr^a. A.S tem se ausentar de casa por algum motivo, nomeadamente de consultas/exames médicos pessoais, são elas que dão apoio e supervisionam o Sr. M.S. Segundo a Sr^a A.S, elas são umas seis, uma vem de manhã ver-nos e trocar uns dedos de conversa, outra a seguir ao almoço para comermos um bolinho e bebermos um café e outra à tardinha, tirando os telefonemas das outras (sic). Às vezes é demais, mas sabe? Somos o apoio umas das outras (sic).

Um outro suporte importante para a Sr^a A.S são as suas plantas e os animais que cria, são como que um entretém, um escape, sendo que as plantas lhe trazem alegrias diariamente com as belezas que dão. A religião é para a Sr^a A.S um buscar de forças, até à sensivelmente 8 anos atrás, ainda, ia todos os domingos à igreja, à missa enquanto o M.S ficava no cafezinho à sua espera. Contudo, desde que a doença de Alzheimer do Sr. M.S começou a progredir a Sr^a A.S não tem como ir, porque não tem com quem deixar o Sr. M.S, sendo que a ausência da esposa e quebra de rotinas lhe causam uma desorganização mental maior.

No que se refere a instituições de referência, toda a equipa da UCSP A.B são um grande suporte, mostrando sempre disponibilidade para qualquer problema que surja com o Sr. M.S ou com a Sr^a A.S. Segundo a Sr^a A.S as visitas domiciliárias trazem alegria à casa, fazendo questão de agradecer dando um dos meus maiores bens que são as plantas de quando em vez. Para além da UCSP, o Hospital F é uma referência de apoio, pois é onde tanto a Sr^a A.S, como o Sr. M.S são seguidos em especialidades médicas.

No que concerne ao contexto pode-se aferir que o agregado familiar é de nacionalidade portuguesa e raça caucasiana e que pertence a uma classe social média baixa, tendo obtido um score de 20 após aplicação do índice de Graffar (Apêndice I). Segundo a Sr^a A.S, o ambiente onde habitam é calmo e seguro envolvido pela natureza, com espaço para a sua criação de animais (galinhas e coelhos), bem como para a germinação das suas plantas. Na zona envolvente mais próxima tem serviços de saúde, nomeadamente a UCSP A.B e na mais longínqua as grandes áreas comerciais, sendo que

a Sr^a A.S não apresenta carta de condução e pela qual está dependente de pessoas terceiras para lhe fazerem as compras dos bens necessários.

1.1.2 Dimensão de desenvolvimento

Segundo (Carter & McGoldrick, 1989), a família Sintra encontra-se a viver o sexto estadio do ciclo vital da família, Famílias no estágio tardio de vida e como tal é importante apresentar o processo emocional e as mudanças na unidade familiar associadas a este estadio (figura 3.) e na família Sintra.

Estágio de ciclo de vida familiar	Processo emocional de transição: princípios-chave	Mudanças de segunda ordem no <i>status</i> familiar necessárias para se prosseguir desenvolvimentalmente
6. Famílias no estágio tardio da vida	Aceitar a mudança dos papéis geracionais	<ul style="list-style-type: none"> a. Manter o funcionamento e os interesses próprios e/ou do casal em face do declínio fisiológico b. Apoiar um papel mais central da geração do meio c. Abrir espaço no sistema para a sabedoria e experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha sem superfuncionar por ela d. Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros iguais e preparar-se para a própria morte. Revisão e integração da vida

Figura 3. – Transição no desenvolvimento da família Sintra segundo Carter & McGoldrick.

Nesta fase da família seria expectável que se mantivesse os interesses próprios e/ou do casal, ainda que se acompanhasse um declínio fisiológico. Contudo, o processo evolutivo da doença do Sr. M.S, constituiu uma crise ou transição acidental no seio da mesma, a qual compreendeu alterações na dinâmica familiar, no sentido de manter a estabilidade da mesma, razão pela qual a Sr^a A.S teve de se ir adaptando às necessidades do Sr. M.S e abdicando de hábitos como o de a seguir ao almoço ir até ao centro de convívio jogar uma partida de cartas, pois o Sr. M.S necessita de supervisão constante. Para além disso, ainda que a Sr^a A.S tenha a preocupação de realizar os almoços diários para o seu filho mais novo de forma a ajudá-lo, financeiramente e na gestão de tempo, denotando-se um maior envolvimento da geração do meio na dedicação da presença e apoio aos pais, estando envolvidos nas tarefas domésticas e preocupações dos pais. Quanto à preparação para a perda de um dos cônjuges, apesar de na entrevista não ter sido possível averiguar, faria sentido na medida que a perda da Sr^a A.S no agregado familiar causa uma crise distinta em relação à perda do Sr.M.S, isto porque a Sr^a A.S é a

atual cuidadora do Sr. M.S e se eventualmente ela falecesse iria exigir uma maior readaptação familiar, com integração do Sr. M.S em casa dos filhos ou numa instituição.

Segundo (Gongora & Rolland, 2000 conforme citado por Figueiredo, 2012), pode-se considerar que a família Sintra encontra-se na fase crónica da doença, que exige mudanças no funcionamento familiar que permitam a manutenção do seu percurso co-evolutivo e a autonomia dos seus membros.

A adaptação de cada indivíduo a um problema de saúde resulta não só das suas características pessoais, mas também do contexto doméstico. As interações familiares estabelecidas em situação de stresse proveniente do problema de saúde, influenciam a evolução do problema. A reciprocidade entre a dinâmica familiar e a evolução da problemática da saúde, que neste caso se refere à doença de Alzheimer do Sr. M.S, ocorre num processo contínuo e temporal do sistema familiar. Neste sentido, pode-se aferir que a família Sintra mobiliza os seus recursos de *coping* face à situação de doença do Sr. M.S, nomeadamente os recursos de natureza relacional e afetiva.

Quanto aos vínculos, ao recorrer e analisar a Circulo Familiar de Thrower (Apêndice II), é visível que para a Sr^a A.S a pessoa com maior ligação é o marido, vivendo eles juntos, sós e um para o outro. Têm elevada relevância o filho primogénito e a esposa do filho P.S, mostrando ambos uma presença constante na vida do casal A.S e M.S. O neto R.L.S, bem como o filho P.S são presentes, mas não tão assíduos nas vidas da Sr^a A.S e do Sr.M.S, por motivos profissionais e de distância habitacional. Contudo, denota-se que a Sr^a. A.S não apresenta uma relação tão reforçada com a esposa do filho primogénito, levando a que a considere afastada deles, o que não significa que desgoste dela.

1.1.3 Dimensão funcional

No que comporta a apreciação da dimensão funcional da família Sintra, devido ao facto do Sr. M.S se encontrar em fase demencial associado à progressão da doença de Alzheimer com necessidade de ajuda da Sr^a A.S para concretizar algumas atividades de vida diárias (AVD's) aplicou-se a escala de Katz modificada para atividades de vida diárias (Apêndice III), que revelou um comprometimento moderado. Foi, também, aplicada a escala de risco de queda de Downton ao Sr. M.S (Apêndice IV), por o mesmo já ter

apresentado história de três quedas no domicílio com meio auxiliar de marcha (andarilho), a qual revelou um alto risco de queda.

Devido ao facto da Sr^a A.S ser a atual cuidadora do Sr. M.S foi aplicada a escala de sobrecarga do cuidador informal de Zarit (Apêndice V), a fim de averiguar e identificar precocemente o nível de sobrecarga da Sr^aA.S, enquanto cuidadora informal do Sr. M.S, e assim poder intervir e evitar uma crise na Família Sintra, sendo que atualmente o respetivo score foi de 16 o que indica ausência de sobrecarga. Para avaliar a coesão e adaptabilidade da família Sintra foi aplicada a escala de APGAR Familiar de Smilkstein, (Apêndice VI), traduzindo uma família altamente funcional.

1.3 Plano de cuidados e unidades de competência do enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde familiar

O plano de cuidados elaborado para a família Sintra foi realizado tendo por base as necessidades identificadas ao longo da entrevista à família e após a aplicação dos instrumentos de apreciação família, tendo a sua priorização de intervenção sido efetuada em negociação com a mesma (apêndice VII). Neste sentido foi identificado e analisado na dinâmica da família Sintra o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio, indo de encontro à unidade de competência 1.6.3 do Regulamento n.º 428/2018.

Assim sendo, o plano de cuidados foi desenvolvido junto com a família e transparece as intervenções para a resolução e prevenção de problemas, bem como para lidar com emoções difíceis, por forma a contornar crises no seio da família Sintra e a reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar em situação de transição complexa face à adaptabilidade dos reajustes de papéis familiares perante a demência do Sr.M.S e seu declínio com progressivo aumento de grau de dependência , indo, portanto, de encontro à unidade de competência 1.4.5 como expresso no Regulamento n.º 428/2018.

Para dar resposta a diversos problemas/diagnósticos foi realizada uma análise sobre os recursos quer internos, quer externos à família, necessários para atender às suas necessidades de saúde, facilitado a aquisição dos mesmos. Isto porque, a capacidade de adaptação é influenciada pelos recursos pessoais e externos, experiências anteriores e

significado atribuído aos acontecimentos (Meleis & Trangenstein, 2010). Esta aquisição de recursos foi efetuada após levantamento de direitos estatais e recursos da comunidade envolvente da família Sintra com a apresentação de diversas opções de apoio através da elaboração de folhetos para o empoderamento da família na tomada de decisões, bem como com a articulação de alguns desses recursos por intermédio da equipa multidisciplinar da UCSP, indo de encontro à unidade de competência 1.6.6 do Regulamento n.º 428/2018.

Por outro lado, para promover a capacitação da família Sintra face à sua situação familiar foram apresentadas recomendações baseadas na evidência científica, nomeadamente no que concerne às intervenções no âmbito da prevenção de quedas e na promoção da integridade cutânea, sendo, portanto evidente a unidade de competência 1.4.4 ao longo de todo o plano de cuidados elaborado para a família Sintra, com o intuito de a capacitar na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde.

Conclusão

Com a concretização deste estudo de caso real pode-se concluir que as famílias enfrentam diversas situações complexas no seu quotidiano estando sujeitas a diferentes riscos que se repercutem na sua saúde. Neste sentido, e como analisado ao longo do trabalho, a demência e a dependência de um elemento da família por si só é um fator de vulnerabilidade para as famílias, sendo que esse fator cresce quando se experenciam outras situações de vulnerabilidade concomitantemente, como o envelhecimento e a pobreza.

Deste modo a necessidade de intervenção nestas famílias torna-se imperativa e constitui um desafio para a sociedade portuguesa atual, pelo que foi muito enriquecedor a concretização deste estágio em UCSP e deste estudo de caso em particular, quer a nível do saber-saber, quer a nível do saber fazer, que me tornaram uma profissional mais empoderada o que se repercute numa maior segurança na minha prática clínica. Como tal, torna-se cada vez mais evidente que o enfermeiro especialista na área de saúde familiar é uma peça crucial nos cuidados de saúde primários e em todo o Serviço Nacional de Saúde como promotor de intervenções que dão resposta quer ao terceiro objetivo de desenvolvimento sustentável 2030 ao garantir o acesso à saúde de qualidade e promovendo o bem-estar para todos, em todas as idades, quer ao décimo objetivo de desenvolvimento ao reduzir as desigualdades, garantindo a igualdade de oportunidades independentemente da idade, sexo, raça, deficiência, etnia, origem e condição económica.

Referências Bibliográficas

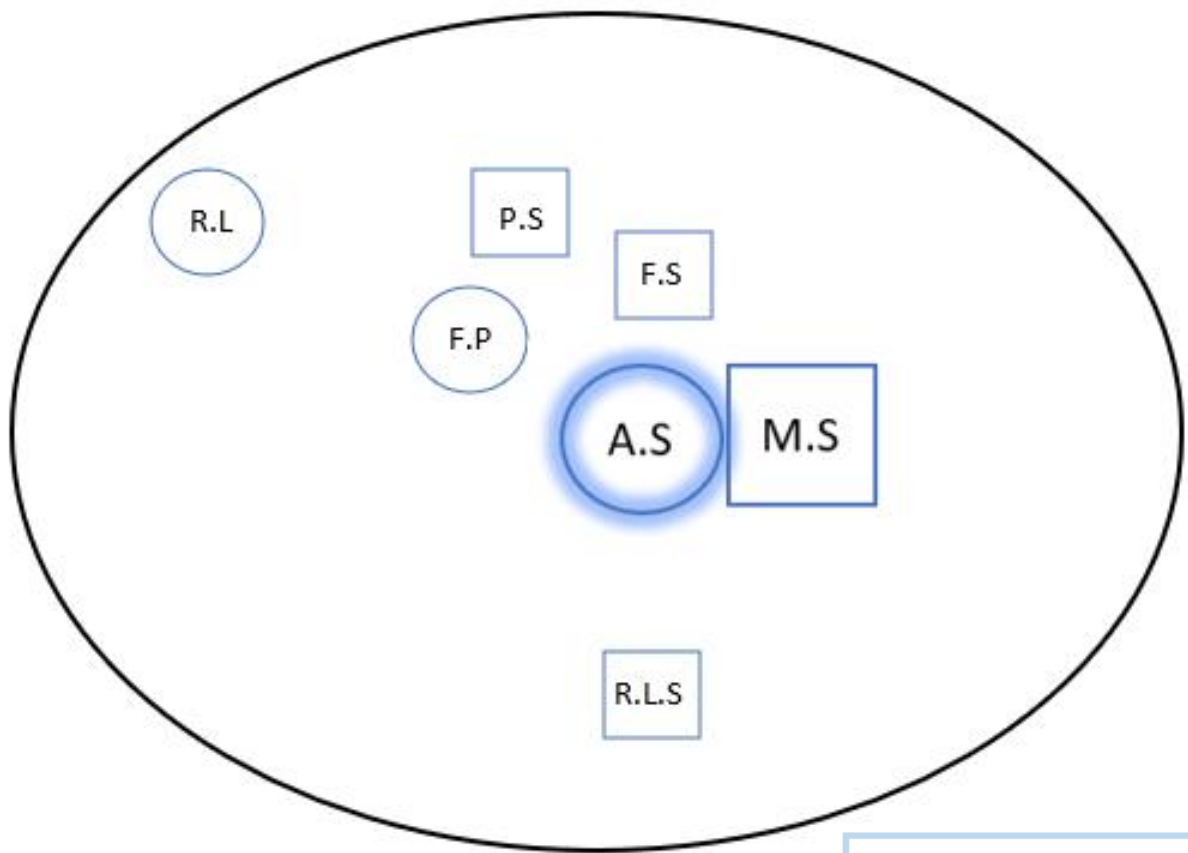
- Bairrada, P., Caniço, H., Carvalho, A., & Rodriguez, E. (2010). Novos tipos de família: plano de cuidados. Imprensa da Universidade de Coimbra;
- Bourget, M. & Cruz, M. (2010). A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Revista Saúde Sociedade São Paulo, 19(3), 605-6013;
- Bouso, R., Galera, S., & Silva, L. (2009). Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. Revista Brasileira de Enfermagem, 62(4), 530-534;
- Brum, A., & Luiz, I. (2017). Intrinsic factors for the risk of fall of the elderly at home: a descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing, 16(4);
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2020). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (7ª edição). ELSEVIER;
- Buss, P., & Filho, A. (2007). A saúde e os determinantes sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 17(1), 77-93;
- Diogo, A. & Moura, M. Prevenção de Quedas em Idosos no Domicílio [Infografia];
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lusociência: SABOOKS;
- Godinho, N. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
- Herdman, T.H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. (2021). NANDA International, Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023. (12ª edição). Thieme;
- Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2020). Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (6ª edição). ELSEVIER;
- Leahey, M & Wright, L. (2012). Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na família. (5ª edição). ROCA;
- Lei nº 428/2018 (2018). Regulamentação das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, 2ª Série (Nº135 de 16-07-2018), 19354-19359;
- Lunardi, V., & Silva, M. (2006). A concepção de família como unidade complexa. Rev. Família, Saúde e Desenvolvimento, 8(1), 64-72;
- OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD;
- Santos, E. et.al. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium*, 49, 153-171;
- <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>
- <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/multimedia/table/escala-de-katz-modificada-para-atividades-da-vida-di%C3%A1ria-avd>
- <https://ods.pt/>

Apêndices

Apêndice I – Índice de Graffar da família Sintra

CRITÉRIO	CLASSIFICAÇÃO
Profissão	Grau 4 – Sr.M.S: Empregado fabril da Fábrica do Sabugo – Operários semiqualeificados
Nível de Instrução	Grau 4 – 4ªClasse
Fontes de Rendimento Familiar	Grau 4 – Pensionista ou Reformados
Tipo de Habitação	Grau 4 – Casa modesta com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível (casa arrendada).
Local de Residência	Grau 4 – Bairro operário, zona antiga.
Classificação Social	Classe IV – Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21 – score 20 – Classe Média Baixa

Apêndice II – Círculo Familiar de Thrower realizado pela Sr^a A.S



Realizado a 15 de maio de 2023

Apêndice III – Escala de Katz modificada para atividades de vida diária do Sr. M.S

Escala de Katz modificada para atividades da vida diária (AVD)

Atividade	Item	Classificação
Comer	Leva o alimento do prato à boca sem ajuda Os alimentos podem ser preparados por outra pessoa Come sem assistência	1
	Precisa de assistência parcial ou completa para comer ou é alimentado por via intravenosa	0
Vestir	Pega as roupas de armários e gavetas, e veste sozinho roupas e casacos com fechos. Pode ter ajuda para amarrar os sapatos.	1
	Necessita de ajuda para se vestir ou precisa ser vestido	0
Tomar banho (banho de esponja, banho de banheira, chuveiro)	Toma banho sozinho ou precisa de ajuda para lavar uma parte definida do corpo, como as costas, a região genital ou um membro deficiente	1
	Precisa de assistência para lavar mais de uma parte do corpo, entrar e sair da banheira ou chuveiro, ou precisa de assistência total	0
*Transferência	Deita ou levanta-se da cama ou cadeira sem assistência (podem ser usados auxiliares mecânicos para transferência)	1
	Precisa de ajuda para passar da cama para a cadeira ou é totalmente dependente nessa transferência	0
Ir ao banheiro	Vai ao banheiro, faz as necessidades, arruma as roupas e limpa a área genital sem ajuda	1
	Precisa de ajuda para transferência até o banheiro, para limpar-se ou para usar o urinol ou vaso sanitário	0
Continência	Controle completo da bexiga e intestino (sem acidentes ocasionais)	1
	Apresenta incontinência parcial ou total, intestinal ou vesical	0

*Transferência é a única medida de mobilidade na escala AVD de Katz.

Um escore de 6 indica que o paciente é independente, 4 indica que o paciente tem comprometimento moderado e 0 indica que o paciente é muito dependente.

Katz S, Downs TD, Cash HR, et al: Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist 10(1):20-30, 1970 as modified by Try this: Best practices in nursing care to older adults, The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing, www.hartfordign.org.

Apêndice IV – Escala de Avaliação de Risco de Queda de Downton do Sr. M.S

Quedas Anteriores	Não	0
	Sim	1
Medicamentos	Nenhum	0
	Tranquilizante/Sedativo	1
	Diurético	1
	Hipotensores (não diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepressivos	1
	Outros medicamentos	1
Déficits Sensoriais	Nenhum	0
	Alterações visuais	1
	Alterações auditivas	1
	Extremidades	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulação	Normal	0
	Segura com ajuda	1
	Insegura com ou sem ajuda	1
	Impossível	1
Score		5

Baixo Risco	0-2 pontos
Médio Risco	3-4 pontos
Alto Risco	5-9 pontos

Apêndice V – Escala de sobrecarga do cuidador informal de Zarit aplicada à Sr^a A.S

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

15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?		X			
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	X				
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?		X			
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?		X			
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X				
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	X				
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	X				

Score	Sobrecarga
≤ 21	Ausência de Sobrecarga
21-40	Sobrecarga moderada
41-60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga Severa

Apêndice VI – APGAR Familiar de Smilkstein aplicada à Srª A.S

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
<p>Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional</p> <p>Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção</p> <p>Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada</p>			

Apêndice VII – Plano de Cuidados da família Sintra

DATA: 15/05/2023

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	AVALIAÇÃO
<p>Cód.00303 – Risco de queda do Sr. M.S r/c mobilidade física prejudicada associado a progressão da doença de Alzheimer e desadaptação ao meio auxiliar de marcha (andarrilho), alto risco de queda na escala de Downton e história de 3 quedas no último ano.</p>	<p>Que dentro de 1 semana a D^a A.S demonstre conhecimento em como prevenir quedas do Sr. M.S.</p> <p>Que dentro de 1 mês a casa do casal A.S e M.S apresente adaptações ao grau de dependência e mobilidade do Sr. M.S.</p>	<p><u>Domínio Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Reforçar o conhecimento da Sr^a A.S, cuidadora do Sr. M.S, de medidas preventivas e quedas no domicílio: optar por sapatos com calcanhar reforçado, presos ao pé e sola antiderrapante; remover objetos do chão, mantendo-o livre (inclusive tapetes) e no quintal manter o chão livre de folhas e flores húmida;- Reforçar a família Sintra sobre como manter o ambiente, domicílio, seguro e adaptado à mobilidade do Sr. M.S de forma a prevenir quedas com a aplicação de: barras de apoio e fitas antiderrapantes nas zonas de maior risco (junto à sanita lavatório e polibã); assento fixo no polibã; alteador de sanita; de tapete antiderrapante. <p><u>Domínio Afetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Averiguar o sentimento do Sr.M.S e da Sr^a A.S em relação às quedas do Sr. M.S e à necessidade de adaptação do seu domicílio;- Perceber como a Sr^a A.S lida com o declínio motor do Sr. M.S. <p><u>Domínio Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ajudar no ajuste do andarrilho ao Sr.M.S colocando a parte superior do mesmo alinhada com os trocânteres;- Promover a articulação com o apoio de ajudas para a substituição das borrachas dos pés do andarrilho por se apresentarem desgastadas;- Proceder a articulação entre as instituições de apoio da comunidade envolvente para prestar apoio no fornecimento de instrumentos à adaptação do domicílio para o Sr. M.S.	<p>22/05 – A D^a A.S conseguiu nomear 5 adaptações preventivas da casa, que foram negociadas com os filhos e as instituições de suporte.</p>

DATA: 15/05/2023

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	AVALIAÇÃO
<p>Cód.00044 – Integridade tecidular prejudicada do Sr. M.S r/c queda m/p ferida traumática 1x1x1cm no trocâter direito, com presença de tecido desvitalizado e granulação.</p>	<p>Que dentro de 1 semana a D^a A.S demonstre conhecimento em como promover a integridade cutânea do Sr. M.S.</p> <p>Que dentro de 2 semanas a lesão no trocâter do Sr. M.S reduza de dimensões 0.5x0.5cm.</p>	<p><u>Domínio Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Realizar ensino à Sr^a A.S sobre medidas de prevenção de agravamento da lesão: posicionamentos com alívio de pressão do trocâter dt.; manter a lesão protegida da humidade aquando dos cuidados de higiene; alimentação rica em proteína que favoreça o processo cicatricial da lesão; hidratação com 1.5-2L água/ dia e aplicar creme hidratante em toda a superfície corporal 2x/dia. <p><u>Domínio Afetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Disponibilizar tempo e abertura à esposa do Sr. M.S para expor as suas dúvidas à equipa de visita domiciliária. <p><u>Domínio Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Realizar limpeza com SF e efetuar penso da lesão com <i>Kadermin</i>, 2x/semana;- Manter vigilância e registos das características da lesão (tecidos, dimensão, cheiro, exsudado e presença de sinais inflamatórios) para averiguar a efetividade do apósito.	<p>29/05 – Realizada avaliação da lesão na região trocantérica direita, tendo a mesma reduzido para metade as suas dimensões, já não apresentando profundidade.</p> <p>A D^a A.S demonstrou conhecimentos de cuidados à manutenção cutânea.</p>

DATA: 15/05/2023

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	AVALIAÇÃO
<p>Cód.00126 - Conhecimento deficiente da família Sintra sobre os recursos comunitários e estatais de apoio à sua situação familiar r/c comprometimento moderado na escala de Katz modificada para AVD's, bem como com classe média baixa no índice de Graffar e com D^a A.S ser cuidadora informal do seu marido m/p verbalização da família de necessidade de apoio .</p>	<p>Que a D^a A.S consiga reestabelecer a ida ao centro de convívio jogar a sua partida de cartas 1x de 2 em 2 semanas.</p> <p>Que a D^a A.S dentro de 1 mês consiga adquirir o estatuto de cuidador informal.</p>	<p><u>Domínio Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Apresentar os recursos e contactos essenciais para a sua faixa etária através do folheto "É idoso ou tem algum familiar/conhecido idoso?"- Dar a conhecer a existência do estatuto de cuidador informal, através do folheto "Se cuida de um familiar ...nós cuidamos de quem cuida". <p><u>Domínio Afetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Estimular a D^a A.S a verbalizar os seus sentimentos enquanto cuidadora do Sr. M.S, seu marido;- Aplicar a escala de sobrecarga do cuidador informal de Zarit 4/4 meses à D^a A.S de forma a poder identificar precocemente e poder ajudar de forma a evitar quer crises saúde-doença da D^a A.S quer da família Sintra. <p><u>Domínio Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Mobilizar a equipa multidisciplinar em visita domiciliária: médica, enfermeira e assistente social, com objetivo de realizar reunião familiar (com filhos do casal A.S e M.S) a fim de proceder à aplicabilidade do estatuto de cuidadora informal à Sr^a A.S e a mesma poder integrar a rede de cuidadores informais da UCSP.	<p>22/05 – A D^a A.S verbaliza continuar a não conseguir ausentar-se do seu domicílio e deixar o Sr. M.S a ser supervisionado pelas vizinhas só para se ir "distrair".</p> <p>29/05 – A D^a A.S refere ter apresentado folhetos informativos aos filhos, que entretanto já estão em processo aquisição de estatuto de cuidador informal para a D^a A.S</p>

Apêndice V – Folheto “Cuida de um familiar ...nós cuidamos de quem cuida.”

Deveres do Cuidador Informal

- Prestar os cuidados necessários: garantir a alimentação, higiene pessoal e da habitação, etc.;
- Promover segurança, conforto, tranquilidade e lazer;
- Comunicar com os profissionais de saúde;
- Assegurar tratamentos de saúde;
- Informar a Segurança Social em caso de mudança nas condições de acesso ao Estatuto do Cuidador Informal.

Para adquirir o Estatuto Do Cuidador Informal

Documento de Identificação válido;

Comprovativo de residência legal em Portugal;

Atestado médico da pessoa cuidada que ateste pleno uso das faculdades intelectuais ou ter Regime do Maior Acompanhado;

Consentimento da pessoa cuidada;

Ter Regulação do Exercício das Responsabilidades Parentais quando aplicável;

Pertencer ao agregado familiar.

Onde e Como fazer?

• Entregar Requerimento para reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal nos Serviços da Segurança Social Local

OU

• Preencher Formulário Digital no Portal da Segurança Social Direta: www.seg-social.pt

- Modelo CI 1 - DGSS Modelo CI 1/1
- DGSS Modelo CI 2 - DGSS Modelo CI 2/1
- DGSS Modelo CI 12 - DGSS

Em caso de dúvidas, fale connosco:

Associação Nacional de Cuidadores Informais
Rua João Anacleto Silva nº1-3º Dt
2830-083 Barreiro
Telefones: 937102684 / 962957087 / 969322255
Email: ancuidadoresinformais@gmail.com

Sede da Segurança Social
Telefone: 300 502 502
Horário de Funcionamento
De 2ª a 6ª feira: 09:00 às 18:00



Se cuida de um familiar ... nós cuidamos de quem cuida

Critérios para se ser Cuidador Informal

- Ter residência legal em Portugal;
- Ter mais de 18 anos;
- Ter condições físicas e psicológicas
- Ser marido/mulher, companheira/o ou familiar até ao 4º grau;
- Não ser titular de pensão de invalidez.

Critérios para se ser Cuidador Informal Principal

- Viver na mesma habitação que a pessoa cuidada;
- Ter a mesma morada em documento oficial (Cartão do Cidadão);
- Cuidar de forma permanente;
- Não ter emprego com salário;
- Não receber prestações de desemprego;
- Não receber ordenado pelos cuidados prestados.

Podem ser reconhecidos até 3 Cuidadores Informais não Principais por cada pessoa cuidada.

Ser Cuidador Informal

É RESILIÊNCIA...

É CUIDAR de um familiar dependente.



Ser Pessoa Cuidada

- É depender de cuidados permanentes por uma terceira pessoa;
- Pode receber prestações por dependência de 1º ou 2º grau ou subsídio por assistência à 3ª pessoa;
- Pode estar acolhida temporariamente numa instituição social ou de saúde.

Vantagens de ser Cuidador Informal

- Beneficiar de medidas de apoio;
- Beneficiar de "Descanso do Cuidador";
- Ser ajudado por uma rede de profissionais de referência;
- Aceder a grupos de autoajuda;
- Obter formação e informação especializadas;
- Obter apoio na integração no mercado de trabalho quando termina a prestação de cuidados.

Vantagens de ser Cuidador Informal Principal

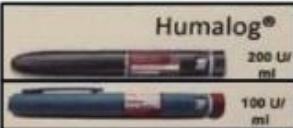
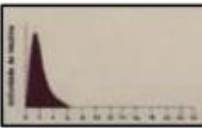
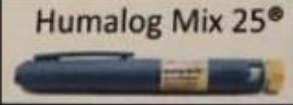
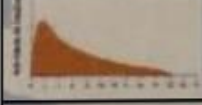


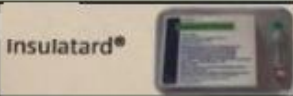
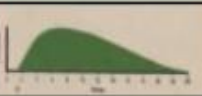
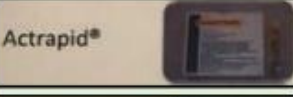

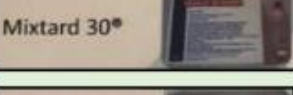

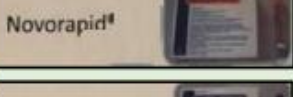
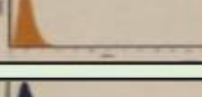
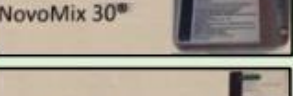

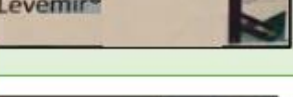

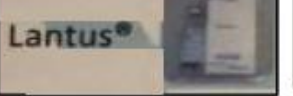

- Subsídio se elegível, dependente dos rendimentos do agregado familiar;
- Acesso a Seguro Social Voluntário.

Vantagens de ser Cuidador Informal Não Principal

- Conciliar a prestação de cuidados com emprego;
- Acesso a teletrabalho por 4 anos;
- Beneficiar do Regime de Trabalhador-Estudante;
- Legislação Laboral de Apoio

Apêndice VI– Póster com os diferentes tipos de insulina, o pico e tempo de ação de cada uma, bem como com os cuidados a ter para prevenir uma hipoglicémia.

TIPOS DE INSULINA

LILLY®			Início de Ação: 15min. Pico: 30-90min. Duração: 2-5h
			Início de Ação: 15min. Pico: 30-70min. Duração: 15h
			
NOVONORDISK®			Início de Ação: 1h:30 Pico: 4-12h Duração: 24h
			Início de Ação: 30min. Pico: 1h:30-3h:30 Duração: 8h
			Início de Ação: 30min. Pico: 2h-8h Duração: 24h
			Início de Ação: 10-20min. Pico: 1h-3h Duração: 3-5h
			Início de Ação: 10-20min. Pico: 1h-4h Duração: 24h
			Início de Ação: 80min- 2h Pico: 3h-4h Duração: 14-24h
SANOFI®			Início de Ação: 1h:30 Pico: ausência de pico Duração: 24h

A HIPOGLICÊMIA

- Quando o nível de glicose (açúcar) no sangue desce demasiado, ocorre uma hipoglicémia.
- Nesse momento, o resultado do teste ao seu nível de glicose no sangue (realizado com tiras de teste, será $\leq 70\text{mg/dl}$.

Recomendações

As causas mais frequentes da hipoglicemia são:

- Os erros de alimentação (comer menos do que o recomendado, falhar ou atrasar uma refeição);
- Aumento da atividade física (desporto ou trabalhos não habituais);
- Erros na medicação/insulina (enganos na quantidade).

Como prevenir uma hipoglicémia severa?

- Respeitar o horário e a quantidade de comida, exercício e medicação;
- Evitar diminuir os hidratos de carbono (açúcares) das refeições. E não esquecer de comer entre as refeições principais;
- Ter sempre consigo um pacote de açúcar e um documento que o identifique como diabético.

E se for durante a noite enquanto dorme?

- Se acorda com dor de cabeça, tiver suores e/ou pesadelos deve comprovar a suspeita de hipoglicémia fazendo um teste de glicemia pela madrugada;
- Nunca esquecer o suplemento antes de se deitar.

Os sintomas de uma hipoglicémia não severa podem ser:

- Tremores, suores frios, ansiedade, fome repentina, sensação de fraqueza, palpitações, formigues.

Numa hipoglicémia severa pode-se ficar inconsciente e nestes casos as pessoas mais próximas (familiares, colegas de trabalho e amigos) devem ter conhecimento da maneira como ajudar.

O que devem fazer as pessoas que o encontrem com tonturas ou inconsciente?

- Se apenas está com tonturas deve dar-lhe um copo com água, um sumo ...
- Se estiver inconsciente não deve dar-lhe nada pela boca, pois não pode engolir. Deve contactar o número de emergência e avisar que é diabético.

Quais são os Hidratos de Carbono de ação Rápida e de ação Lenta?

HC de ação RÁPIDA	HC de ação LENTA
- 1 pacote de açúcar;	- 1 copo de leite;
- ½ copo de sumo ou refrigerante com açúcar;	- 2 iogurtes;
	- 2 a 3 bolachas maria;
	- 20Gr. de pão;
	- 50Gr. de banana.

- As doses de insulina de ação longa baseiam-se no nível de glicemia em jejum e são ajustadas conforme adequado;

- No início deve ser o médico ou o enfermeiro a ajustar a dose.

Apêndice VII- Folheto sobre antidiabéticos injetáveis e cuidados na sua administração.

ANTIDIABÉTICOS

INJETÁVEIS

Permitem a melhoria do controlo glicémico e são associados a alimentação saudável, atividade física e outras medicações.



Não são substitutos da insulina.

MEDICAMENTO	CANETA	POSOLOGIA	EFEITO SECUNDÁRIO
Victoza®		Uma administração por dia: - 1ªSemana: 0.6mg; - 2ªSemana: 1.2mg; - 3ªSemana: manter 1.2mg ou passar para 1.8mg	- Vômitos; - Diarreia; - Náuseas; - Hipoglicémia.
Ozempio®		Uma administração por semana: - Durante 4 semanas: 0.25mg; - Durante 4 semanas: 0.5mg; - Seguintes: manter 0.5mg ou passar para 1mg.	- Vômitos; - Diarreia; - Náuseas; - Dor abdominal; - Obstipação.
Bydureon®		Uma administração semanal.	- Náuseas; - Diarreia; - Hipoglicémia; - Cefaleia; - No local da injeção: prurido, nódulo e eritema.
Trulicity®		Uma administração semanal.	- Náuseas; - Diarreia; - Vômitos; - Hipoglicémica; - Dor de estômago.

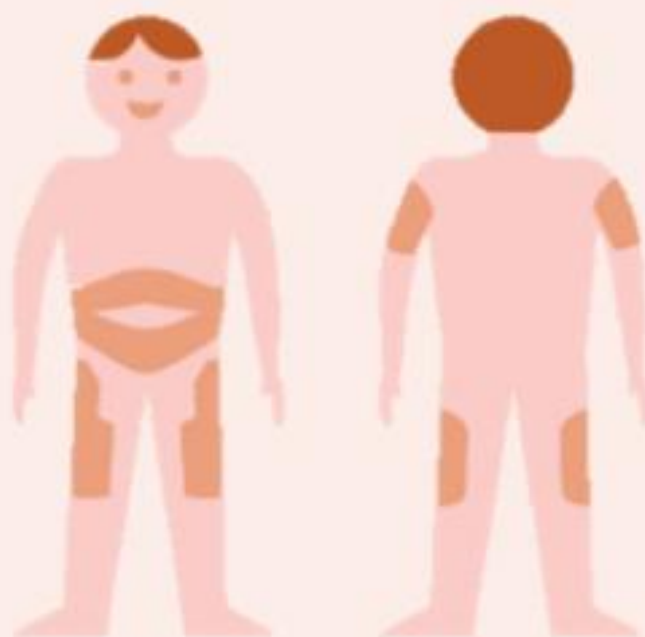


Pode ocorrer alguma perda de peso e diminuição do perímetro abdominal.



TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO

Estas injeções devem ser administradas no tecido subcutâneo, encostando o dispositivo ao corpo com o ângulo de 90°. Podem ser utilizados diferentes locais para a sua administração como o abdómen, a coxa e o braço.



CONSERVAÇÃO E ARMAZENAMENTO

- Antes de utilizar conservar no frigorífico (2°C-8°C);
- Conservar na embalagem para proteger da luz;
- Fora do frigorífico devem ser guardados a uma temperatura inferior a 30°C.

DÚVIDAS?

CONTACTE

E-mail:

Apêndice VIII– folheto intitulado “Tem diabetes? cuide dos seus pés”

Tem Diabetes?

CUIDE
DOS SEUS
PÉS ...



Julho, 2023

Em caso de dúvidas, fale conosco:

Horário de Funcionamento
De 2ª a 6ª feira: 08h:00 às 20h:00
Sábados, domingos e feriados:
Encerrado

Telefone:

Email:

O açúcar elevado
no sangue pode
afetar:



- 1. Os nervos dos pés:**
 - levando a uma perda lenta da sensação de posição, de pressão, de dor e de temperatura;
 - tornando a pele seca, sem transpiração, mais grossa e sujeita ao aparecimento de fissuras;
 - pode aparecer uma ferida sem que a pessoa se aperceba, porque não dói.

- 2. Os vasos que levam o sangue para os pés:**
 - provocando dor nas pernas ou nos pés durante a marcha;
 - pés frios, pálidos, com má circulação.

As feridas que aparecem nos pés, sem sensibilidade e com circulação de sangue deficiente, infetam facilmente e são difíceis de tratar.



1

Observe diariamente os seus pés: a planta, o calcanhar e os espaços entre os dedos, para ver se há zonas de cor diferente, bolhas, fissuras, calosidades, inchaço ... Se não lhe é possível fazê-lo, por dificuldade na posição, **use um espelho**. Se tem dificuldade de visão peça auxílio a outra pessoa.



2

Lave os pés todos os dias, durante 2-3 minutos, mas não os "ponha de molho". Use sabonete neutro e água tédida, não se esquecendo de verificar sempre a temperatura da água previamente. **Seque os pés muito bem**, em particular nas zonas entre os dedos.



3

Aplique um **creme hidratante** na planta e no dorso (não entre os dedos), massajando bem. Use uma **lima de cartão** para desgastar as unhas, movimentando-a em linha reta de um lado para o outro.



4

No verão não use sapatos sem meias. Use meias de algodão sem costuras, que não apertem nas pernas.

NUNCA ANDE DESCALCO !



5

Antes de calçar os sapatos, verifique com a mão, se não há qualquer objeto dentro deles.



6

Use sapatos confortáveis, adaptados ao seu pé, de forma que não haja zonas apertadas em que se exerça pressão excessiva. Os sapatos fechados protegem mais os pés quer de "pancadas" quer de pedras ou areias.



7

Com o frio não aqueça os pés com botija de água quente nem escalfetas.

USE MEIAS DE LÃ !



Apêndice IX- Folheto "Tem ou é familiar de alguém com incapacidade?"

Tem ou é familiar de alguém com incapacidade?

(consulte aqui os seus direitos)

• ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE DE MULTIUSOS

Prevê a atribuição de múltiplos **benefícios sociais, fiscais e económicas** aos seus detentores, consoante o grau de incapacidade.

É atribuído a **peças com deficiência** ou presença de uma **condição clínica grave**.

Podem usufruir **cidadãos reformados** ou com **atividade profissional ativa**.

Para usufruir tem que solicitar no centro de saúde da sua área de residência um requerimento de pedido de avaliação da incapacidade, dirigido ao presidente da junta médica, o qual deve ser acompanhado de relatórios médicos e exames com menos de 6 meses e seguidamente apresentar-se para avaliação em junta médica.

Consoante o grau de incapacidade atribuído pode vir a **usufruir**:

- benefícios fiscais como a prestação social para a inclusão;
- isenção de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde;
- atendimento prioritário;
- isenção de taxas e impostos como IUC e IMI,
- direito a transporte não urgente de doentes;
- devolução do valor investido em material adaptado às necessidades do utente;
- fraldas caso prescritas pelo médico de família;
- bolsas de estudo no ensino superior;
- dístico para carro que permite estacionar em lugares atribuídos a pessoas com deficiência desde que utente seja um dos ocupantes;
- entre outros.

Para começar a usufruir dos direitos do Atestado Médico de Incapacidade Multiuso deve **dirigir-se à repartição de Finanças e à Segurança Social** da sua área de residência e entregar uma cópia do atestado.



• COMPLEMENTO POR DEPENDÊNCIA

É uma prestação paga mensalmente aos **pensionistas** que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana.

A situação de dependência pode ser graduada em:

- **1.º grau** – pessoas que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana (atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal).
- **2.º grau** – pessoas que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontrem acamadas ou apresentem quadros de demência grave.

O complemento não pode acumular com:

- Rendimentos do trabalho
- Cursos de formação
- Outra prestação para o mesmo fim
- Subsídio de apoio ao cuidador informal principal.

Pode usufruir através do preenchimento do formulário **Mod.RP5027-DGSS**, o qual deve ser entregue, com os documentos nele indicados nos serviços da Segurança Social.

Os montantes do Complemento por Dependência correspondem a uma % do valor da Pensão Social e variam de acordo com o grau de dependência, do seguinte modo:

Pensionistas do Regime Geral

- 122,90€ - 50% do valor da Pensão Social - Situação de dependência do 1.º grau
- 221,21€ - 90% do valor da Pensão Social - Situação de dependência do 2.º grau.

Pensionistas do Regime Especial das Atividades Agrícolas, do Regime não Contributivo e Regimes Equiparados

- 110,61€ - 45% do valor da Pensão Social - Situação de dependência do 1.º grau
- 208,92€ - 85% do valor da Pensão Social - Situação de dependência do 2.º grau.

**Em caso de dúvida fale com o/a seu /sua
Médico(a) e Enfermeiro(a) de Família**

Contacto:

E-mail:



Apêndice X– Revisão *scoping* intitulada “A relação entre netos adolescentes e avós a coabitarem”

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

Estágio com relatório

A relação entre netos adolescentes e avós a
coabitarem: Scoping Review

Flávia Sofia de Jesus Lopes


Lisboa
outubro 2023



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

Estágio com relatório

A relação entre netos adolescentes e avós a
coabitarem: Scoping Review

Flávia Sofia de Jesus Lopes



Professora Regente: Maria de Fátima Moreira Rodrigues

Professora Orientadora: Maria Emília Brito

Lisboa
outubro 2023

INDICE

Introdução	3
1. Scoping Review	4
1.1 <i>Background</i>	5
1.2 Metodologia	6
1.3 Critérios de inclusão e exclusão	6
1.4 Estratégias de pesquisa e critérios de inclusão	6
1.5 Extração de resultados	8
1.6 Discussão de resultados	13
1.7 Conclusões	15
1.8 Implicações para a pesquisa	16
1.9 Extração para a prática	16
Referências Bibliográficas	17

APÊNDICES

Apêndice i – Estratégia de pesquisa na plataforma *EBSCO HOT*

Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório que integra o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar é elaborada uma *Scoping Review* dentro do projeto - O impacto da coabitação na relação entre avós e netos adolescentes: Intervenção do Enfermeiro de Família - com o objetivo de mapear a informação existente sobre a relação entre netos e avó(s) a coabitarem.

As *Scoping Review* são revisões sistemáticas da literatura que têm como objetivo mapear os conceitos fundamentais que sustentam uma área de pesquisa e são conduzidas seguindo um protocolo que desempenha um papel fundamental na definição dos objetivos e métodos da revisão (Munn et al., 2022). Sendo que, a metodologia usada foi a desenvolvida pelo The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2022: Methodology for JBI Scoping Reviews.

Esta *Scoping Review* dá resposta aos objetivos gerais definidos no âmbito do desenvolvimento de competências de mestre, competências comuns do enfermeiro especialista e de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de especialização de enfermagem de saúde familiar para cuidar de famílias, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, nomeadamente no que se refere à promoção da relação positiva entre neto(s) adolescente(s) e avó(s) dependente(s) a coabitarem, de forma a liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Neste sentido, esta *Scoping Review* é organizada primeiramente por um *background* sobre a temática em pesquisa e posteriormente por uma explicitação da metodologia utilizada, onde são explorados critérios de inclusão e exclusão, estratégias de pesquisa com demonstração do diagrama de fluxo PRISMA (2020), bem como de uma tabela adaptada do Manual do Joanna Briggs Institute (2020) de extração de resultados e discussão dos mesmos, terminando com as conclusões e subsídios para a prática de enfermagem de saúde familiar.

1. Scoping Review

Título: A relação entre netos adolescentes e avós a coabitarem: *scoping review*.

Resumo: Tanto os avós como os netos são membros individuais da família e concomitantemente são interdependentes de outros familiares numa influência contínua e recíproca de uns sobre os outros, sendo, portanto, a adoção de uma perspetiva de sistema familiar crucial para compreender as mudanças na relação avós-netos a coabitarem, de forma a identificar problemas e melhor dirigir os cuidados de enfermagem de saúde familiar a este tipo de famílias multigeracionais.

Informação dos Autores

BRITO, Emília¹; LOPES, Flávia²; PINHEIRO, Ana³.

¹Professora Adjunta do Departamento de Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), emilia.brito@esel.pt;

²Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte-Hospital Santa Maria (CHULN-HSM) e Mestranda na ESEL do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, flavia@campus.esel.pt;

³Enfermeira na Unidade de Saúde Familiar (USF) Tapada do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Sintra e Mestranda na ESEL do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, ana.pinheiro@campus.esel.pt.

Objetivo: Identificar as relações dos netos adolescentes com os avós quando coabitam.

Método: Realizamos uma revisão da literatura baseada no referencial do *Joanna Briggs Institute*, utilizando o acrónimo **PCC** (população, conceito e contexto) (Grant, M. J., & Booth, A. 2009), como resposta à questão de revisão: Quais as relações entre avós e netos adolescentes a coabitarem. Visto esta temática ser pouco estudada, não foi realizada filtragem temporal, obtendo na amostra final de artigos, 2005 como ano referente à publicação mais antiga e 2022 como ano referente à publicação mais recente. Para identificação dos estudos relevantes, foram realizadas buscas em diversas bases de dados, através da plataforma EBSCOhost, nomeadamente na *CINAHL* (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature), na *MEDLINE* (Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica) e na *Psychology and Behavioral Sciences Collection* usando os descritores: *grandparents*; *adolescents*, *coresidence*, *household* e *relationship*, que foram combinados com os operadores OR e AND.

Resultados: Os resultados da pesquisa são apresentados mediante o diagrama de fluxo PRISMA 2020. Sendo que de um total de 51 artigos identificados obteve-se uma amostra final de 6 artigos incluídos para revisão, que concluem que a coabitação entre avós e netos é uma mais-valia para o desenvolvimento psico-emocional das crianças e adolescentes.

Conclusão: Derivado das múltiplas alterações socioeconómicas e familiares que a sociedade portuguesa atravessa, será cada vez mais frequente a coabitação entre netos adolescente e avós saudáveis ou doentes, sendo, portanto, premente a intervenção do enfermeiro de família neste tipo de famílias, por forma a prevenir problemas ou a ajudá-las a superar dificuldades.

1.1 Background

Segundo o Eurostat, Portugal é um dos 27 estados-membros que tem a menor proporção de pessoas com 65 ou mais anos a viverem sozinhas – cerca de 21,2%, sendo também o país onde, em 2020, cerca de 30,4% dos idosos viviam em outros tipos de agregado familiar, para além dos unipessoais e de díade nuclear (Eurostat, 2021). A incitação e apoio continuado das famílias alargadas, enquanto cuidadoras é, portanto, um caminho alternativo à institucionalização maciça de idosos, constituindo uma solução menos dispendiosa para recursos públicos escassos e sujeitos a custos de oportunidade elevados, uma vez que, quer as reformas dos idosos, quer o salário da população ativa portuguesa encontram-se cada vez mais precários (Carneiro et al, 2012).

Neste sentido, ao ser cada vez mais frequente a inserção dos idosos nos agregados familiares dos filhos torna-se crucial a realização da *scoping review* para permitir identificar as relações de netos adolescentes que coabitam com os avós, de forma a fornecer subsídios para uma prática baseada em evidências e desta forma, a melhorar os cuidados às famílias multigeracionais deste género.

Para além disso, é ainda, de constatar que a nível socioeconómico, Portugal, tem vivido muitas mudanças como espelhadas no relatório de 2022 da pobreza e exclusão social, o qual faz referência a um aumento de risco de pobreza ou exclusão social em 12% face ao inquérito anterior, o que corresponde a mais 256 mil pessoas, colocando Portugal no 8º país da União Europeia a apresentar maior proporção de população a viver vulnerabilidade social e económica, o que leva a que muitas famílias tenham que regressar a casa dos seus pais, agora já avós, por impossibilidade de se autossustentarem (Observatório de Luta contra a Pobreza, 2022), tornando, igualmente este um dos motivos que leva ao aumento da frequência da relação de netos com avós a coabitarem.

É certo, que muito já se sabe sobre os benefícios de uma boa relação entre netos e avós que não coabitam, nomeadamente: na diminuição de prevalência da depressão quer nos avós quer nos netos (Moorman & Stokes, 2014); no atenuar de problemas

emocionais e comportamentais das crianças em prol de uma maior agilidade cognitiva (Burn & Szoeki, 2015); na visão das crianças e adolescentes sobre os idosos (Flamion et al., 2017); e no aumento da longevidade dos avós e no sentirem-se saudáveis com uma aprendizagem única e mútua (Hilbrand et al., 2017). Contudo, poucos são os estudos que referem o intercâmbio energético da relação dos netos com os avós quando coabitam.

1.2 Metodologia

Adotou-se a metodologia PCC previamente à construção da questão de investigação, em que a população, conceito e contexto se traduzem em: **P** –avós e netos adolescentes; **C** – relação; **C**– casa* (coabitar ou agregado familiar). Assim sendo, desenvolveu-se a seguinte questão de investigação: Quais as relações entre avós e netos adolescentes a coabitarem?

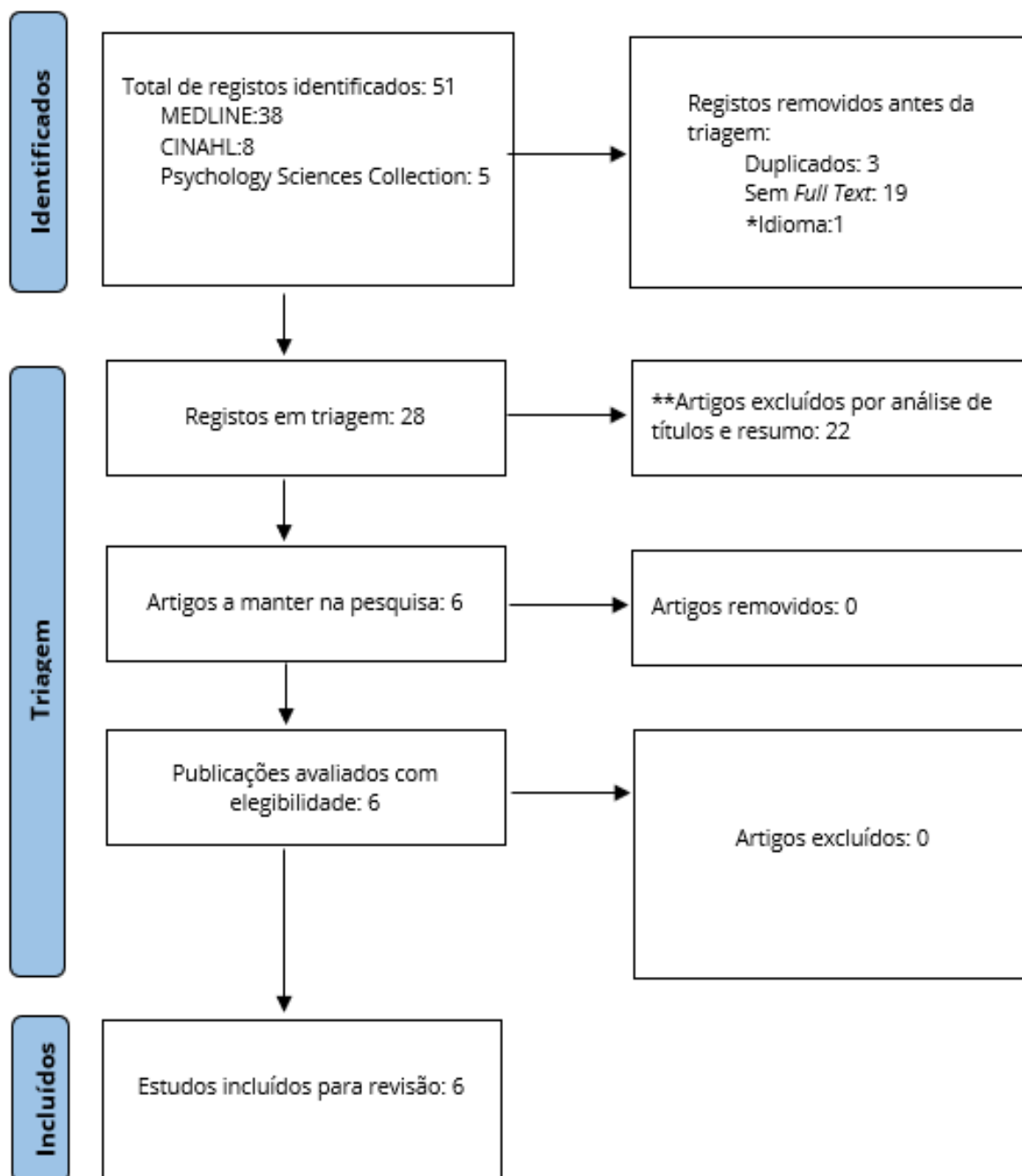
1.3 Critérios de inclusão e exclusão

Para seleccionar a leitura dos artigos científicos a analisar, de modo a dar resposta à pergunta de investigação, foram incluídos somente artigos com texto integral disponíveis e que se apresentassem nos idiomas de inglês, francês, português e espanhol. Os critérios de exclusão referem-se a estudos sem referência de grau parentesco de avós e netos e da relação entre eles a coabitarem. Visto esta temática ser pouco estudada, não foi realizada filtragem temporal, obtendo na amostra final de artigos, 2005 como ano referente à publicação mais antiga e 2022 como ano referente à publicação mais recente.

1.4 Estratégia de pesquisa e critérios de inclusão

A pesquisa desenvolveu-se em 3 etapas, em que na primeira, foram realizadas pesquisas livres no Google Scholar e EBSCO Host para identificar possíveis descritores de pesquisa, e na segunda foram concretizadas as pesquisas nas bases de dados científicas, tendo sido seleccionadas as seguintes: MEDLINE, CINAHL e *Psychology and Behavioral*

SciencesCollection, utilizando os descritores identificados na primeira etapa: *grandparents*; *adolescents*, *coresidence*, *household* e *relationship*, que foram combinados com os operadores OR e AND (Apêndice 1). Posteriormente foram aplicados filtros para restringir a pesquisa somente aos idiomas português, inglês, francês e espanhol.



*Filtragem por idioma, sendo somente selecionados artigos publicados em inglês, francês, português e espanhol;

**Análise de título e resumo por 2 investigadores

Após a seleção dos artigos, realizou-se a remoção de duplicados e aplicaram-se critérios de exclusão com base na leitura do título e resumo, tendo a mesma lista final de artigos sido submetida a análise por 2 investigadores. Na terceira etapa, foram analisados os restantes estudos selecionado na íntegra, bem como as suas referências bibliográficas. Assim sendo, de um total de 51 artigos identificados, 3 estavam duplicados, 19 não apresentavam texto na íntegra e 1 não estava publicado nos idiomas usados na filtragem, tendo sido, portanto, 28 artigos submetidos a análise de título e resumo por 2 investigadores, o que resultou na exclusão de 22 artigos, obtendo-se uma amostra final de 6 artigos incluídos para revisão, tal como apresentado no Diagrama de fluxo PRISMA (2020).

1.5 Extração dos resultados

A extração dos resultados foi realizada por meio de uma tabela adaptada do Manual do Joanna Briggs Institute (2020), contendo informações sobre: Autor(es); Título; Ano de publicação; País de origem; Objetivos; Metodologia; Fontes de pesquisa; Interpretação desenvolvida; Nível de evidência e contributos para a questão de revisão. Foram organizados por ordem de data de publicação, do mais antigo para o mais recente.

<p>Título da Revisão scoping: A relação entre netos adolescentes e avós a coabitarem: <i>scoping review</i>.</p> <p>Questão: Quais as relações entre avós e netos adolescentes a coabitarem?</p> <p>Critérios de inclusão (PCC):</p> <p style="padding-left: 20px;">População: Avós e netos adolescentes</p> <p style="padding-left: 20px;">Conceitos: Relação</p> <p style="padding-left: 20px;">Contexto: Casa*</p> <p>*Coabitar/Agregado Familiar</p>
<p>Autores: Hamilton, H.</p>
<p>Título: Extended families and adolescent well-being</p>
<p>Ano de publicação: 2005</p>
<p>País de origem: Estados Unidos da América</p>
<p>Objetivos: Examinar a associação entre o bem-estar dos adolescentes e a presença de outros adultos, que não os pais, no agregado familiar.</p>
<p>Metodologia/métodos: Estudo longitudinal</p>
<p>Características dos participantes: A amostra é constituída por adolescentes que residem com os pais e pelo menos um adulto não parental. Os adultos não parentais incluem avós, tias, tios, primos e outros parentes.</p>

Interpretação desenvolvida:

A presença dos avós no agregado familiar está associada a menos comportamentos desviantes e menos sintomas depressivos. A presença de outros adultos, como tias, tios e outros parentes está associada a mais sintomas depressivos, mas a menos comportamentos desviantes.

Nível de evidência Alcançado (se aplicável): NA

Contributos para a questão de revisão:

Os adultos não parentais, como os avós, podem influenciar diretamente o bem-estar dos adolescentes, sendo seus mentores ou pais substitutos; mas também indiretamente através da prestação de apoio emocional necessário aos pais. Para além disso, os adultos não parentais, como os avós, podem reduzir o risco emocional para os adolescentes, aumentando os recursos disponíveis quer para os pais, quer para os filhos, como se constata por exemplo nas famílias monoparentais em que a privação de recursos tende a ser mais elevada, sendo que nestes casos os avós, por exemplo, tendem a ser uma importante fonte de rendimento extra e alojamento gratuito, entre outros. Contudo, a coabitação pode aumentar a probabilidade dos adultos não parentais interferirem na criação dos filhos podendo causar difusão das responsabilidades parentais e afetar, assim, as crianças em casa. Para além disso, os adultos não parentais, podem também ser uma fonte de stress e não aumentar os recursos do agregado familiar, como é o caso de ambos apresentarem divergência nos estilos parentais, ou de os adultos parentais, como os avós, necessitarem de cuidados devido a doença, o que retira recursos valiosos aos adolescentes como dinheiro, tempo, espaço e privacidade.

Autores: Tompkins, C.

Título: Who Will Care for the Grandparents? Exploring Relationships Between Grandparents and Grandchildren.

Ano de publicação: 2007

País de origem: Estados Unidos da América

Objetivos: Explorar a relação de cuidado a longo prazo entre avós e netos que vivem em agregados familiares chefiados por avós.

Metodologia/métodos: Estudo qualitativo

Características dos participantes: 20-30 díades avós-netos com agregados chefiados por avós. Dois netos (ambos com 17 anos) e uma bisneta (17 anos), bem como avós com 51, 63 e 77 anos. Todos afro-americanos.

Interpretação desenvolvida:

Os netos que vivem em agregados familiar chefiados por avós incluem estilos parentais inadequados;
Sentimento de responsabilidade e de “retribuição” de cuidado quando os avós precisarem de serem cuidados.

Nível de evidência Alcançado (se aplicável): NA

Contributos para a questão de revisão:

É importante que os profissionais de saúde continuem a avaliar a disponibilidade e a adequação dos membros da família para prestarem cuidados informais aos idosos. Os netos têm sido chamados de “geração ignorada” para problemas familiares. É, portanto, necessário avaliar os cuidadores disponíveis de idosos frágeis, precisando, talvez, de perguntar, também, sobre netos disponíveis, não “pulando” esta geração. E havendo netos disponíveis é importante determinar se eles são capazes de realizar tarefas de cuidados.

Autores: Celdrán, M.; Villar, F. & Triadó.C.
Título: When Grandparents Have Dementia: Effects on Their Grandchildren's Family Relationships
Ano de publicação: 2012
País de origem: Espanha
Objetivos: Identificar mudanças na vida dos adolescentes e nas relações familiares quando um avô/ó apresenta demência.
Metodologia/métodos: Estudo misto
Características dos participantes: Netos residentes em Barcelona. 145 adolescentes (89 meninas e 56 meninos) de 106 famílias com idades entre os 14 e os 21 anos, em que viviam com os pais e 31 deles viviam também com os avós que sofriam de demência. Os avós eram portadores de demência e tinham idades compreendidas entre os 67 e os 96 anos.
Interpretação desenvolvida: <ul style="list-style-type: none"> - O estudo mostra que se os avós com demência se mudassem para casa dos netos, os adolescentes sofreriam alterações nas suas atividades diárias e na sua experiência de cuidar dos avós; - Os adolescentes mostraram mudanças positivas principalmente na relação com os pais, reconhecendo a influencia que os pais têm no relacionamento com os avós com demência; - Os adolescentes vivenciaram uma relação mais próxima com o(a) companheiro(a) do(a) avô(ó) com demência; - Nos agregados multigeracionais, em que os netos adolescentes coabitam com avós com demência, o quotidiano deles é diferente do dos pares que não têm estas condições nos seus agregados, apresentando alterações nas rotinas, relações familiares, e até mesmo na distribuição do espaço no lar. Para além disso, estes netos estão mais conscientes do processo demencial e de deterioração dos avós, bem como do stress que o cuidador principal sofre, estando mais envolvido nas tarefas do cuidado, o que os leva a estarem mais diretamente expostos ao stress diário de lidar com esta realidade e continuar com as suas atividades diárias normativas (atividades escolares, namoro, amizades, entre outros). Para além disso, o apoio instrumental e social que recebem dos pais pode vir a ser reduzido à medida que estes assumem uma maior responsabilidade no cuidado do familiar com demência. Portanto, os netos adolescentes que coabitam com avós com demência precisarão de se adaptar a mais mudanças da sua vida e deverão investir mais esforços para lidar com o cenário de cuidado. - Os netos adolescentes que vivem com avós com demência referem que embora não fossem os cuidadores principais, o seu papel de cuidador auxiliar muitas vezes entra em conflito com a necessidade de autonomia, liberdade e independência da família, que os adolescentes necessitam. Contudo, salientam como fator positivo em relação aos seus pares que não vivem na mesma realidade, o facto de aprenderem coisas que os seus pares não aprendem, tornando-os mais responsáveis e, por conseguinte, com maior amadurecimento, maior maturação face aos outros pares. - Os netos sentiram-se mais próximos do(a) avô/ó saudável (companheiro(a) do(a) avô/ó com demência), tendo aumentado a frequência de contato e proximidade emocional, oferecendo apoio quer emocional, quer instrumental, o que o ajuda a aliviar parte do stress relacionado com a prestação de cuidados. Contudo, este aspeto manifestou-se mais diminuído quando os netos atingem a adolescência.
Nível de evidência Alcançado (se aplicável): NA

Contributos para a questão de revisão:

O adolescente, devido ao seu período de vida, enfrenta tarefas desafiadora de desenvolvimento, tais como mudanças físicas, construção de identidade e/ou uma redefinição das suas relações com os pares e pais, o que pode tornar a adolescência uma fase da vida particularmente stressante. O stress causado pelas transições normativas associada à adolescência podem ser amplificadas pela presença de doença dos avós e por todas as modificações nas rotinas e atividades que a família como um todo é obrigada a assumir para cuidar do seu familiar.

Se o avô com demência tiver de se mudar para a casa dos netos para receber cuidados mais contínuos a perturbação da vida familiar é mais grave, uma vez que esta coabitação pode alterar fundamentalmente a dinâmica familiar ou mesmo o espaço e a privacidade que cada membro da família desfrutava anteriormente.

Sabe-se que a relação entre filhos -pais muda ao longo da adolescência, tendo sido descrito o aumento de conflitos com os pais, para além de a proximidade da relação pais-filhos poder ser afetada nesta fase. Pelo que coabitar com avós doentes pode ser visto como um extra por parte dos netos adolescentes.

Quando os avós têm demência, alguns estudos salientam que os pais podem melhorar a relação entre os netos e os avós, fornecendo informações sobre a doença e apoio para ajudar os netos a compreenderem o comportamento dos avós ou dando conselhos sobre como interagir de forma mais eficaz com os avós. Contudo, se os pais não falam abertamente sobre a doença do avô/ó ou impedem os netos de interagir com os avós (por vezes como forma de os proteger do sofrimento) podem de facto piorar a relação entre eles.

As mudanças referidas pelos adolescentes que coabitam com avós com demência também são identificadas quando comparados com adolescentes que coabitam com avós saudáveis.

Autores: Levetan, J. & Wild, Lauren

Título: The implications of maternal grandmother coresidence and involvement for adolescent adjustment in South Africa

Ano de publicação: 2016

País de origem: África do Sul – Cidade do Cabo

Objetivos: Examinar o envolvimento das avós maternas que coabitam com os netos e seus pais em comparação com o dos avós que não coabitam.

Metodologia/métodos: Quantitativo

Características dos participantes: 384 adolescentes de todas as turmas do 8º e 9º ano de duas escolas secundárias públicas. Restrito a adolescentes africanos de cor escura.

Interpretação desenvolvida:

- Embora os avós que coabitam com os seus netos estejam mais propensos a servir como figura de autoridade para os seus netos em comparação com os avós que não coabitam com os seus netos, o nível global de envolvimentos dos avós não deferiu nos agregados familiares de 2 gerações e 3 gerações. Os avós podem ir viver com os seus filhos devido às suas próprias necessidades de saúde ou financeiras e, nestes casos, assumir um papel mais de auxiliar.

Nível de evidência Alcançado (se aplicável): NA

Contributos para a questão de revisão:

Embora não tenham sido encontradas associações significativas entre a coabitação dos avós e o ajustamento dos adolescentes, é notória a sua contribuição independente para a diminuição dos problemas de internalização dos adolescentes.

Autores: Akhtar, P.; Malik, J. & Begger, S.
Título: The Grandparents' Influence: Parenting Styles and Social Competence among Children of Joint Families
Ano de publicação: 2017
País de origem: Paquistão
Objetivos: Examinar o efeito moderador da proximidade emocional com os avós na relação entre estilos parentais e a competência social dos filhos.
Metodologia/métodos: Quantitativo
Características dos participantes: 297 indivíduos (99 mães, 99 pais, 99 adolescentes) que vivem em sistema familiar constituído por três gerações (avós, pais e netos) com pelo menos um filho de 13 a 18 anos.
Interpretação desenvolvida: - No decorrer do desenvolvimento psicossocial, a proximidade emocional dos filhos com os avós serve como salvaguarda contra condições familiares negativas. - As crianças que são emocionalmente próximas dos avós, geralmente discutem com eles as suas preocupações. E os avós, por sua vez, proporcionam apoio social e emocional às crianças, o que preenche algumas das lacunas na comunicação entre pais e filhos.
Nível de evidência Alcançado (se aplicável): NA
Contributos para a questão de revisão: Apoia o modelo sócio-ecológico e os conceitos de sistemas familiares que propõem que as interações com outros membros da família que não a família imediata (ou seja, pais ou irmãos) estão relacionadas com um melhor ajustamento da criança e adolescente.

Autores: Zevallos – Roberts,E.; Cunningham, K.; Adhikari, R.; Thapa, B. & Sear, R.
Título: Beyond the mother-child dyad: Is coresidence with a grandmother associated with adolescent girls' family planning knowledge?
Ano de publicação: 2022
País de origem: Nepal
Objetivos: Comparar o conhecimento sobre planeamento familiar de raparigas adolescentes em agregados familiares com e sem avó residente.
Metodologia/métodos: Quantitativo
Características dos participantes: Raparigas adolescentes solteiras que residissem com a avó.
Interpretação desenvolvida: - As adolescentes que coabitam com avós são significativamente mais velhas e mais escolarizadas: mais de dois terços (68,2%) das adolescentes a coabitarem com avós iniciaram o ensino secundário, em comparação com 59,5% das adolescentes que não vivem com uma avó; - Adolescentes que moravam com avó tendiam a ter um agregado familiar maior: apenas 18.8% das adolescentes que viviam com a avó viviam num agregado familiar pequeno/médio (2-5membros), em comparação com 57,2% dos adolescentes que viviam sem avó; - Adolescentes que moravam com a avó tendiam a viver em agregados chefiados por homens:62,4% versus 48,1%; - Adolescentes que vivem com avós têm significativamente mais conhecimento sobre pelo menos um método contraceutivo (63,0% versus 42,4%).
Nível de evidência Alcançado (se aplicável): NA

Contributos para a questão de revisão:

No Nepal e em outros contextos do Sul da Ásia, a associação positiva entre a coabitação de avós com netas adolescentes e o conhecimento destas sobre contraceptivos modernos apoia o papel das avós na promoção e transmissão de conhecimentos sobre cuidados de saúde às mulheres mais jovens do agregado familiar, podendo, portanto, as avós terem um papel de conselheiras das adolescentes e serem consideradas como veículo difusor de informação eficaz, especialmente no que diz respeito à saúde reprodutiva das netas adolescentes. Seria interessante investigar a relação das avós que coabitam com netas adolescentes na sociedade ocidental por forma a averiguar se as avós seriam um veículo facilitador e eficaz de difusão de informação e conhecimento sobre cuidados de saúde reprodutiva às suas netas adolescentes.

1.6 Discussão de resultados

Um estudo publicado em 2005 nos Estados Unidos com o objetivo de analisar a associação entre o bem-estar dos adolescentes e a presença de outros adultos, que não os pais, no agregado familiar, revela que a presença dos avós no agregado familiar está associada a menos comportamentos desviantes e a menos sintomas depressivos (Hamilton, 2005). Neste sentido, os adultos não parentais, como os avós, podem influenciar diretamente o bem-estar dos adolescentes, sendo seus mentores ou pais substitutos; mas também indiretamente através da prestação de apoio emocional necessário aos pais. Para além disso, estes adultos não parentais, como os avós, quando constituem parte do agregado familiar, podem reduzir o risco emocional dos adolescentes, aumentando os recursos disponíveis quer para os pais, quer para os filhos (Hamilton, 2005). Tal se pode constatar, por exemplo, nas famílias monoparentais em que a privação de recursos tende a ser mais elevada, levando nestes casos, os avós, a serem uma importante fonte de rendimento extra e alojamento gratuito. Contudo, a coabitação pode aumentar a probabilidade dos adultos não parentais interferirem na criação dos filhos podendo causar difusão das responsabilidades parentais e afetar, assim, as crianças em casa (Hamilton, 2005). Para além disso, os adultos não parentais, podem também ser uma fonte de stress e não aumentar os recursos do agregado familiar, como é o caso de apresentarem divergência nos estilos parentais com a figura paternal, ou de necessitarem de cuidados, uma vez que, desta forma, retiram recursos valiosos aos adolescentes como dinheiro, tempo, espaço e privacidade (Hamilton, 2005).

Neste sentido, um outro estudo desenvolvido em 2016 na África do Sul com o objetivo de determinar o envolvimento das avós maternas que coabitam com os netos e

seus pais, defende que embora os avós que coabitam com os seus netos estejam mais propensos a servir como figura de autoridade em comparação com os avós que não coabitam com os seus netos, o nível global de envolvimento dos avós não deferiu nos agregados familiares de duas gerações e três gerações, isto porque os avós podem ir viver com os seus filhos devido às suas próprias necessidades de saúde ou financeiras e, nestes casos, assumir um papel mais de auxiliar (Akhtar et al., 2017). Contudo, é notória a contribuição da coabitação com os avós para a diminuição de problemas internos dos adolescentes, facilitando-lhes, assim, a incorporação inconsciente de padrões, ideias, atitudes, valores e personalidade (Akhtar et al., 2017). Esta ideia é, também, corroborada por um estudo feito no Nepal e publicado em 2022, em que é evidente um maior conhecimento das adolescentes que vivem com avós sobre pelo menos um método contraceptivo em comparação com as que não vivem com avós (63,0% versus 42,4%), apoiando, desta forma, o papel das avós como conselheiras das adolescentes e veículo difusor de informação eficaz, especialmente no que diz respeito à saúde reprodutiva das netas adolescentes (Cunningham et al., 2022).

Em contrapartida, sabe-se através de um estudo realizado nos Estados Unidos da América e publicado em 2007, que os netos que vivem em agregados familiar chefiados por avós e vêm de estilos parentais inadequados, em que os pais estão presos por crimes ou têm problemas com drogas, apresentam um maior sentimento de responsabilidade e de necessidade de “retribuição” de cuidados aos avós, quando estes precisarem de serem cuidados. Como tal, é importante que os profissionais de saúde continuem a avaliar a disponibilidade de todos os membros da família para prestarem cuidados informais aos idosos, precisando, talvez, de perguntar, também, sobre netos disponíveis, não “pulando” esta geração (Tompkins, 2007).

Já no que se refere à coabitação de netos, na fase da adolescência, com avós com demência, um estudo efetuado em Espanha e publicado em 2012 salienta que embora os adolescentes não fossem os cuidadores principais, o seu papel de cuidador auxiliar muitas vezes entrava em conflito com a necessidade de autonomia, liberdade e independência da família, que os adolescentes necessitam (Celdrán et al., 2012). Contudo, referiam como fator positivo em relação aos seus pares que não vivem a

mesma realidade, o facto de aprenderem coisas que os seus pares não aprendiam, tornando-os mais responsáveis e, por conseguinte, com maior amadurecimento, maior maturação face a estes últimos. Este estudo mostra, que se os avós com demência se mudassem para casa dos netos, os adolescentes sofreriam, alterações nas suas atividades diárias e na sua experiência de cuidar dos avós, apresentando alterações nas suas rotinas, relações familiares, e até mesmo na distribuição do espaço no lar (Celdrán et al., 2012). Estariam, também, mais conscientes do processo demencial e da deterioração dos avós, bem como do stress que o cuidador principal sofre, estando mais envolvidos nas tarefas do cuidado, levando-os, desta forma, a estarem mais diretamente expostos ao stress diário de lidar com esta realidade e continuarem com as suas atividades diárias normativas (atividades escolares, namoro, amizades, entre outros). Para além disso, o apoio instrumental e social que recebem dos pais pode vir a ser reduzido à medida que estes assumem uma maior responsabilidade no cuidado do familiar com demência (Celdrán et al., 2012). Portanto, os netos adolescentes que coabitam com avós com demência precisarão de se adaptar a mais mudanças da sua vida e deverão investir em mais esforços para lidar com o cenário de cuidado, sendo crucial a intervenção do enfermeiro de família nestes tipos de famílias.

1.7 Conclusões

Derivado das múltiplas alterações socioeconómicas e familiares que a sociedade portuguesa atravessa, será cada vez mais frequente a coabitação entre netos adolescente e avós saudáveis ou doentes.

Quando os netos coabitam com os avós saudáveis estes podem tornar-se numa vantagem na definição de personalidade e definição de valores dos netos, bem como um recurso direto e indireto à família. Contudo, pode ser um fator negativos quando difere dos estilos parentais dos pais.

Quando os netos coabitam com os avós doentes é notório que os adolescentes apresentem uma maior responsabilidade e amadurecimento psico-emocional. Porém,

esta realidade gera mais stress ao adolescente na gestão das suas atividades diárias normativas. Sendo, assim, premente a intervenção do enfermeiro de família nestes tipos de famílias por forma a prevenir problemas ou a ajudá-las a superar dificuldades.

1. 8 Implicações para a pesquisa

No que se refere a limitações da pesquisa realizada, esta apresenta algumas, nomeadamente relativamente ao número limitado de bases de dados utilizadas e ao facto de não ter definido limite temporal das publicações por se tratar de uma questão pouco explorado, levando a incluir estudos considerados antigos, o que também indica a necessidade de se desenvolver mais pesquisas nesta área, a fim de obter uma compreensão mais abrangente e aprofundada sobre o tema das relações entre netos adolescentes e avós a coabitarem. Para além disso, os artigos analisados abordaram populações distintas e podem não corresponder diretamente ao contexto português, o que limita a aplicabilidade dos resultados.

1.9 Implicações para a prática

Os resultados obtidos a partir desta *scoping review* não devem ser considerados como base única para decisões clínicas ou recomendações práticas, mas sim como ponto de partida para futuras investigações nesta área, uma vez que o seu objetivo é mapear e sintetizar o conhecimento existente de forma abrangente, sem uma avaliação crítica da qualidade dos estudos incluídos.

Referências Bibliográficas

- Akhtar, P., Malik, J. A., & Begeer, S. (2017). The grandparents' influence: Parenting styles and social competence among children of joint families. *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 603–611. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0576-5>.
- Burn, K & Szoeki, C. (2015). Is grandparenting a form of social engagement that benefits cognition in ageing? *Maturitas*, 80(2), 122-125; <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.017>.
- Carneiro, R., Chau, F., Fialho, J.A., Sacadura, M.J., & Soares, C. (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. *Povos E Culturas*, (16), 13-32. <https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2012.8899>.
- Celdrán, M., Villar, F., & Triadó, C. (2012). When Grandparents Have Dementia: Effects on Their Grandchildren's Family Relationships. *Journal of Family Issues*, 33(9), 1218-1239. <https://doi.org/10.1177/0192513X12443051>.
- Cunningham, K., Sear, R., Adhikari, R., Thapa, B., & Zevallos- Roberts, E. (2022). Beyond the mother-child dyad: Is coresidence with a grandmother associated with adolescent girls' family planning knowledge? *PLOS ONE*, 17(3), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265276>.
- Eurostat. (2021, outubro 6). *Ageing Europe*. União Europeia. <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/>.
- Flamion, A., Missotten, P., Marquet, M., & Adam, S. (2017). Impact of Contact With Grandparents on Children's and Adolescents' Views on the Elderly. *Child Development*, 90(4), 1155- 1169. <https://doi.org/10.1111/cdev.12992>.
- Hamilton, H. A., (2005). Extended families and adolescent well-being. *Journal of adolescent health*, 36, 260-266. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.02.022>.
- Hilbrand, S., Coall, D., Gerstorf, D., & Hertwig, R. (2017). Caregiving within and beyond the family is associated with lower mortality for the caregiver: A prospective study.

Evolution and Human Behavior, 38 (3), 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2016.11.010>.

Joanna Briggs Institute. (2020). The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2020: Methodology for JBI scoping reviews. <https://joannabriggs.org/>.

Levetan, J. & Wild, L. (2016). The implications of maternal grandmother coresidence and involvement for adolescent adjustment in South Africa. *International Journal of Psychology*, 51(5), 356-365. <https://doi.org/10.1002/ijop.12178>.

Moorman, S. M., & Stokes, J. E. (2016). Solidarity in the grandparent–adult grandchild relationship and trajectories of depressive symptoms. *The Gerontologist*, 56(3), 408-420. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu056>.

Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C.M., Peters, M., & Tricco, A.C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI Evidence Synthesis*, 20(4), 950-952. <https://doi.10.11124/JBIES-21-00483>.








Observatório nacional de luta contra a pobreza. (2022). *Pobreza e exclusão social em Portugal: relatório 2022*. EAPN Portugal. <https://www.eapn.pt/wp-content/uploads/2022/10/Pobreza-e-Exclusao-Social-em-Portugal-2022-REAPN05.pdf>.

OECD. (2019). *Economic Policy Reforms 2019: going for growth*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/18132723>.

Tompkins, C. (2007). Who Will Care for the Grandparents? Exploring Relationships Between Grandparents and Grandchildren. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(5), 19-22. <https://doi.org/10.3928/02793695-20070501-06>.

Apêndices

Apêndice I – Estratégia de Pesquisa na plataforma *EBSCO HOT*

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
<input type="checkbox"/>	S7  S1 AND S2 AND S5 AND S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (51) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S6  S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (161,343) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S5  relationship	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (3,233,866) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S4  household	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (161,044) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S3  coresidence	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (466) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S2  adolescents	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (2,586,179) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S1  grandparents	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (8,287) Ver Detalhes Editar

Apêndice XI– Estudo de investigação intitulado “Percepção do(s) neto(s) adolescente(s) sobre a coabitação com o(s) seu(s) avó(s) dependente(s)”.

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

Estágio com relatório

Perceção do(s) neto(s) adolescente(s) sobre a
coabitação com o(s) seu(s) avó(s) dependente(s)

Flávia Sofia de Jesus Lopes

Lisboa
janeiro 2024

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

Estágio com relatório

Perceção do(s) neto(s) adolescente(s) sobre a
coabitação com o(s) seu(s) avó(s) dependente(s)

Flávia Sofia de Jesus Lopes

Orientadora: Professora Doutora Maria Emília Campos de Brito

Lisboa
janeiro 2024

INDICE

Introdução	3
1. Estado de arte	5
2. Metodologia	6
2.1 Objetivos	6
2.2 População e amostra	6
2.3 Recolha de dados: aplicação de questionário	8
2.4 Considerações éticas	9
3. Apresentação de resultados	10
3.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes	10
3.2 Perceção dos adolescentes sobre a relação com os avós com que coabitam	10
3.3 Nível de dependência dos avós	12
3.4 Análise correlativa entre a perceção dos adolescentes sobre a relação com os avós com que coabitam e o nível de dependência dos avós	12
3.5 Análise da relação atual entre avós e netos adolescentes	13
4. Discussão de resultados	14
Considerão finais	16
Referências Bibliográficas	17

ANEXOS

Anexo I – Parecer ARSLVT

Anexo II – índice de Barthel versão validada pela Professora Doutora Fátima Araújo em 2007.

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário aplicado aos adolescentes.

Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório que integra o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar é elaborada um estudo de investigação dentro do projeto - O impacto da coabitação na relação entre avós e netos adolescentes: Intervenção do Enfermeiro de Família - com o objetivo de identificar a perceção dos netos adolescentes em relação à coabitação com os seus avós dependentes.

Este estudo surge porque muito já é sabido sobre os benefícios de uma boa relação entre netos e avós que não coabitam, nomeadamente: na diminuição de prevalência da depressão quer nos avós quer nos netos (Moorman & Stokes, 2014); no atenuar de problemas emocionais e comportamentais das crianças em prol de uma maior agilidade cognitiva (Burn & Szoeki, 2015); na visão das crianças e adolescentes sobre os idosos (Flamion et.al, 2017); e no aumento da longevidade dos avós, bem como no sentirem-se saudáveis com uma aprendizagem única e mútua (Hilbrand et al, 2017). Contudo, poucos são os estudos que referem o intercambio energético da relação com os netos quando os avós dependentes coabitam no seio da família com filhos adolescentes. E num país, como Portugal, que é o 8º país da União Europeia a apresentar maior proporção de população vulnerável em função de fatores socio-económicos, em que muitas famílias tendem a regressar a casa dos seus pais, agora já avós, por impossibilidade de se autossustentarem (Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza, 2022), torna-se crucial o estudo da perceção dos netos adolescentes sobre a coabitação com os seus avós. Sabendo, também, que é desde a fase das famílias com filhos adolescentes que se iniciam as preocupações com as fragilidades da geração mais velha e surge a necessidade de organizar apoio e os devidos cuidados para os pais idosos (Paúl & Ribeiro, 2012) e que cada vez é mais frequente a inserção dos idosos nos agregados familiares dos filhos por carências económicas dos próprios idosos que apresentam reformas cada vez mais precárias. Esta coabitação dos avós que se tornaram frágeis e incapazes de se autocuidarem, com os netos adolescentes tende a ser um fenómeno cada vez mais atual. Para além de que, na Unidade de Saúde Familiar acresce a identificação desta problemática como necessidade pois, com 13852 utentes inscritos

apresenta um índice de envelhecimento bastante elevado, de aproximadamente 200% (BI-CSP, 2023).

Neste sentido, desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo, transversal para dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual a perceção do(s) neto(s) adolescente(s) sobre a coabitação com o(s) seu(s) avó(s) dependente(s)?

Como tal, este trabalho é organizado primeiramente pelo estado de arte sobre o fenómeno em estudo em Portugal e posteriormente pela metodologia do estudo de investigação onde são abordados os seus objetivos, como se procedeu para chegar à população e constituição da amostra, bem como à recolha de dados, sendo, também, evidente como se deu resposta às questões éticas envolvidas no estudo. Por fim são apresentados os resultados e sua discussão com base num confronto dos achados do presente estudo e o apresentado/defendido por alguns autores. Terminando com as considerações finais onde são apresentadas sugestões de investigação futura sobre o presente fenómeno em estudo.

1. Estado de arte

Portugal tem assistido a um aumento dos agregados familiares de avós com três gerações, uma vez que à medida que a esperança média de vida aumenta, a convivência entre gerações estende-se, sendo possível a coabitação entre avós, netos e até bisnetos. Para além disso, devido às alterações que o conceito de família tem vindo a sofrer, às mudanças sociais e à entrada da mulher no mercado de trabalho os avós têm cada vez mais importância como principais cuidadores dos netos (Albuquerque, 2011 & Sequeira, 2014).

Um estudo realizado em 2013 em colaboração com o King's College London, a Beth Johnson Foundation e a Fundação Calouste Gulbenkian revela que em Portugal, os avós asseguram uma grande parte dos cuidados prestados aos seus netos pois, as prestações sociais pagas aos pais e às mães que ficam em casa são limitadas e há pouca oferta de estruturas formais de acolhimento de crianças e poucas oportunidades das mães trabalharem a tempo parcial. Sendo que as mães que trabalham fazem-no frequentemente durante mais de 40 horas por semana e uma vez que há pouca oferta de estruturas formais de acolhimento de crianças a preços acessíveis, existe uma maior dependência dos cuidados prestados pelas avós.

Portanto, um possível benefício da coresidência para as gerações mais jovens de um agregado multigeracional é a utilização de cuidados fornecidos pelos avós, sendo de salientar que apesar de ser na região norte de Portugal que a coresidência com avós é mais comum, a proporção de avós que coresidem e cuidam dos netos é maior na região de Lisboa (Albuquerque, 2011).

Contudo, a formação de agregados familiares multigeracionais pode ser determinada não só pelas necessidades das gerações mais jovens, apesar de corresponderem à maior parte das situações de coresidência, mas também pelas necessidades da geração mais velha (Albuquerque, 2011). Como tal, e sendo as necessidades das gerações mais velhas um dos fatores determinantes que leva à formação de agregados familiares multigeracionais é importante analisar a perceção dos netos adolescentes sobre a coabitação com os seus avós dependentes, surgindo o presente estudo investigativo sobre esse fenómeno. Para além disso, a necessidade de estudo deste fenómeno surge, também, pela escassa informação atual sobre o mesmo a nível de Portugal.

2. Metodologia

De forma a dar resposta à questão de investigação foi conduzido um estudo quantitativo, descritivo, transversal onde se pretendeu analisar a perceção dos netos adolescentes sobre a coabitação com os avós dependentes das famílias inscritas na USF. Os estudos quantitativos pretendem não só identificar e analisar tendências atuais, como também, a determinação de indicadores, através de instrumentos de recolha de dados, geralmente questionários, que permitem relacionar diferentes variáveis que são habitualmente descritivas, tal como acontece no presente estudo de investigação (Mussi et al., 2020).

2.1 Objetivos

Objetivo Geral: Caracterizar o tipo de relação que o(s) neto(s) adolescente(s) têm com o(s) avó(s) dependente(s) com que coabitam;

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a nível a nível sociodemográfico os adolescentes que coabitam com avós;

- Identificar obstáculos na relação entre neto(s) adolescente(s) e o(s) avó(s) dependente(s) que coabitam;

2.2 População e Amostra

A população foi selecionada através da análise da listagem de uma USF da área metropolitana de Lisboa retirada da plataforma *E-Vacinas* de adolescentes vacinados entre 2004 e 2013 (apresentam entre 10 e 19 anos) e que, posteriormente, no sistema de registo *SClinic* apresentavam um agregado familiar composto por 3 gerações.

Para melhor definir a população a incluir no estudo e de forma a não enviesar resultados da investigação foram aplicados **critérios de exclusão** nomeadamente: a exclusão de famílias emigrantes (de outras nacionalidades para além da portuguesa) pela influência cultural e famílias com avós independentes após a aplicação do índice de Barthel, tendo sido utilizado para o presente estudo a versão validada pela Professora Doutora Fátima Araújo em 2007 (Apêndice I).

O índice de Barthel (IB) é um instrumento que avalia o grau de dependência para a realização de 10 atividades básicas de vida (AVD) baseado no grau de funcionalidade nomeadamente: Higiene pessoal (A1); Tomar banho (A2); Vestir (A3); Alimentar (A4); Levantar-se da cama/cadeira (A5); subir e descer escadas (A6); Andar/Deslocar-se (A7); Controlo da função intestinal (A8); Controlo da função urinária (A9); Ir à casa de banho (A10). Na versão validada para a população portuguesa pela Professora Doutora Fátima Araújo em 2007 a pontuação da escala varia de 0-20 em que a pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as AVD e a máxima de 20 equivale a independência total para as mesmas AVD (Araújo et al., 2007).

Neste sentido, os **critérios de inclusão** passarão por incluir adolescentes a coabitarem com os pais e um ou mais avós dependentes, cuja aplicação do índice de Barthel apresenta como resultado ≤ 19 .

Assim sendo, dos 592 registos, aproximadamente 81% foram excluídos por: constituírem registos repetidos do mesmo adolescente (o adolescente ter sido vacinado mais que uma vez no período de 2004 a 2013); estarem registados sem agregado familiar associado; apresentarem nacionalidade diferente da portuguesa e não pertencerem a agregados familiares com avós.

Neste sentido, dos 115 adolescentes obtidos após cruzar os dados com o sistema de registo *SCLinic* e posterior validação por contacto telefónico da atual constituição do agregado familiar, bem como da aplicação do Índice de Barthel aos avós quando estes faziam parte do agregado familiar, apenas 10 adolescentes viviam com pais (pai e/ou mãe) e avós com Índice de Barthel ≤ 19 .

A **modalidade de recrutamento** foi via *correio ctt* com o envio do questionário para os adolescentes preencherem, após contacto telefónico prévio com os pais onde foi validado o grau de dependência do avô/ó(s) do adolescente através da aplicação da escala de Barthel, tendo sido, portanto, somente enviados questionários aos adolescentes que coabitam com avó(s) que apresentem um índice de Barthel ≤ 19 .

Por fim, foi enviado o questionário aos 10 adolescentes e rececionados 5, que foram depositados na caixa de recolha de questionários alocada na sala de espera da respetiva USF onde decorreu o estudo, numa ida oportuna à USF por parte do próprio adolescente ou algum membro do seu agregado familiar.

Como tal, a amostra em estudo são 5 adolescentes de uma população de 10, sendo, portanto, este o número total de questionários recebidos. A falta de entrega de 5 dos 10 questionários foi multifatorial devendo-se, essencialmente, ao facto de ter sido aplicado num curto período de tempo e, ainda, esse período coincidir com semanas de avaliações letivas dos adolescentes, bem como pelas próprias características que definem a adolescência.

2.3 Recolha de dados: aplicação de questionário

Sendo um estudo quantitativo, foi utilizado um questionário como forma de recolha de dados, o qual foi previamente validado pela professora e enfermeira orientadoras e alvo de um pré-teste. O questionário está dividido em 3 partes: uma primeira parte relativa à caracterização sociodemográfica do adolescente (idade, sexo, escolaridade, nº de elementos do agregado familiar); a segunda parte relativa à perceção do adolescente sobre a relação com o(s) avó(s) a coabitarem, incorporando a escala de significados de Grã-parentalidade (versão netos) – SGP - N, adaptada para a população portuguesa por Cunha & Matos em 2010; e a terceira e última parte composta por uma questão fechada referente à relação atual com o(s) avó(s) em coabitação (ex. Sentes que, desde que começaste a viver junto com o(s) teu(s) avó(s) dependente(s) a tua relação com ele(s) mudou? Sim / Não e se sim porquê?) (Apêndice II).

A ESGP - N é um instrumento de autorrelato em que a grande mais-valia é permitir aceder à perspetiva dos netos em relação às díades de avós e netos (Peixoto, 2015). A sua utilização no presente estudo torna-se pertinente, uma vez que traduz a perspetiva dos netos adolescentes sobre a relação deles com os avós com que coabitam.

Esta escala é constituída por itens de forma a aceder às várias dimensões e tipologias que a literatura associa à grã-parentalidade, pelo que há itens que se referem a cuidados substitutos, à proximidade emocional, à participação nas normas, à mediação, à ligação ao passado e à ajuda requerida (Triadó et al., 2005). Neste sentido, distribui-se por 7 dimensões: Compreensão Mútua/Confiança (D1), Cuidador (D2), Desfrutar da Relação (D3), Ligação ao Passado (D4), Distância (D5), Mediação (D6) e Indulgência (D7) (Peixoto, 2015). Cada item está ancorado numa escala do tipo Likert, variando em 5 pontos (desde 1 – nunca - até 5 – sempre). Contudo, alguns itens são invertidos, ou seja,

apresentam-se de forma negativa, como são o caso dos referentes à dimensão Distância (D5). Desta forma, a indicação “nunca”, neste tipo de itens, indica um nível alto, ao passo que “sempre” indica um nível baixo. Esta inversão permite que sejam evitados padrões de respostas automáticas que podem surgir em instrumentos que demorem algum tempo a responder (Triadó & Villar, 2002; Triadó et al., 2005).

2.4 Considerações éticas

Para a concretização do presente estudo de investigação foram realizados todos os procedimentos éticos quer a nível dos participantes com o Assentimento e Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, que por envolver jovens adolescentes com idades entre os 10-19 anos foi, igualmente, requerido aos seus pais ou tutores legais, quer ao nível da autorização dos autores dos instrumentos utilizados, nomeadamente a escala de significados de Grã-parentalidade (versão netos) – SGP - N, adaptada para a população portuguesa por Cunha & Matos em 2010 e o índice de Barthel validado para a população portuguesa pela Professora Doutora Fátima Araújo em 2007. Foram, também, solicitados pareceres a todas as entidades envolvidas no estudo, tendo sido atribuído parecer favorável no dia 24 de novembro de 2023 com a referência 5872/CES/2023, por parte da Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Anexo I) após envio do protocolo de investigação onde consta, também, os pareceres igualmente favoráveis do Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e da Coordenadora da USF.

3. Apresentação de resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados descritivos, dos dados obtidos através dos questionários. Como tal inicialmente são expostas as características sociodemográficas dos adolescentes que participaram no estudo, seguidamente é apresentada a percepção dos adolescentes da relação com os avós com que coabitam e é descrito o nível de dependência dos avós, terminando com a correlação entre ambos.

3.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

Os adolescentes que responderam ao questionário, 3 eram do sexo masculino e 2 eram do sexo feminino. Apresentavam uma média de idades de 16 anos, sendo que o adolescente mais novo tinha 11 anos e o mais velho tinha 18 anos de idade, havendo 2 questionários preenchidos por adolescente de 11 anos, traduzindo este a moda em relação às idades dos adolescentes que responderam ao questionário.

Tendo em conta a idade e a escolaridade, todos os adolescentes que compõem a amostra estão a cumprir a escolaridade sem retenções, o que sugere a inexistência de relação entre insucesso escolar com agregados familiares aumentados por coabitação com avós, mesmo que estes se apresentem com grau de dependência.

Quanto ao agregado familiar, 3 dos 5 adolescentes residiam com os pais e 2 só com mãe, não tendo sido referido a coabitação só com o pai em nenhum questionário.

Para além disso, foi evidente que 4 dos 5 adolescentes que compõe a amostra começaram a residir com os avós nos seus três primeiros anos de vida, havendo somente um adolescente que começou a residir com os avós aos 7 anos de idade. Foi, também notório que 4 dos 5 adolescentes apresentavam 2 dos 4 avós no seu agregado familiar atual. É evidenciado, ainda, que 3 dos 5 adolescentes que responderam ao questionário apresentavam dois ou mais irmãos e residiam com dois avós.

3.2 Percepção dos adolescentes sobre a relação com os avós com que coabitam

Ao analisar os questionários no que se refere à interpretação dos itens da ESGP-N respondidos pelos adolescentes que coabitam com os seus avós, pode-se constatar, através dos dados traduzidos no Gráfico 1, que as dimensões Desfrutar da Relação (D3), Cuidar (D2) e Ligação ao Passado (D4) são as que são melhor cotadas por parte dos adolescentes, sendo, portanto, as dimensões mais representativas da díade avós-netos a

coabitarem, bem como a dimensão Distância (D5), que apesar de apresentar pouca representatividade graficamente por esta dimensão ser constituída por itens redigidos na forma negativa, a interpretação deve ser feita inversamente, ou seja, o baixo *score* em que é cotada esta dimensão traduz um nível elevado de representatividade desta dimensão. Usando um dos itens utilizados para avaliar esta dimensão como exemplo, quando a classificação é de 1(nunca) ou 2 (ocasionalmente) à afirmação: o meu/minha avô/avó é demasiado antiquado para me compreender, esta classificação traduz uma perspetiva positiva e não negativa como seria de esperar por representar um valor mais baixo na escala de *likert*.

Assim sendo e em contrapartida, as dimensões Compreensão Mútua/Confiança (D1) e de Mediação (D6) são menos representativas na perspetiva dos adolescentes na sua relação com os avós com que coabitam.

Em relação à dimensão Indulgência (D7) a pouca diferença expressiva nas classificações dos seus itens segundo a escala de *likert* leva a que não a possamos extrair uma conclusão quanto à sua representatividade na díade netos-avós a coabitarem na perspetiva dos adolescentes participantes neste estudo.

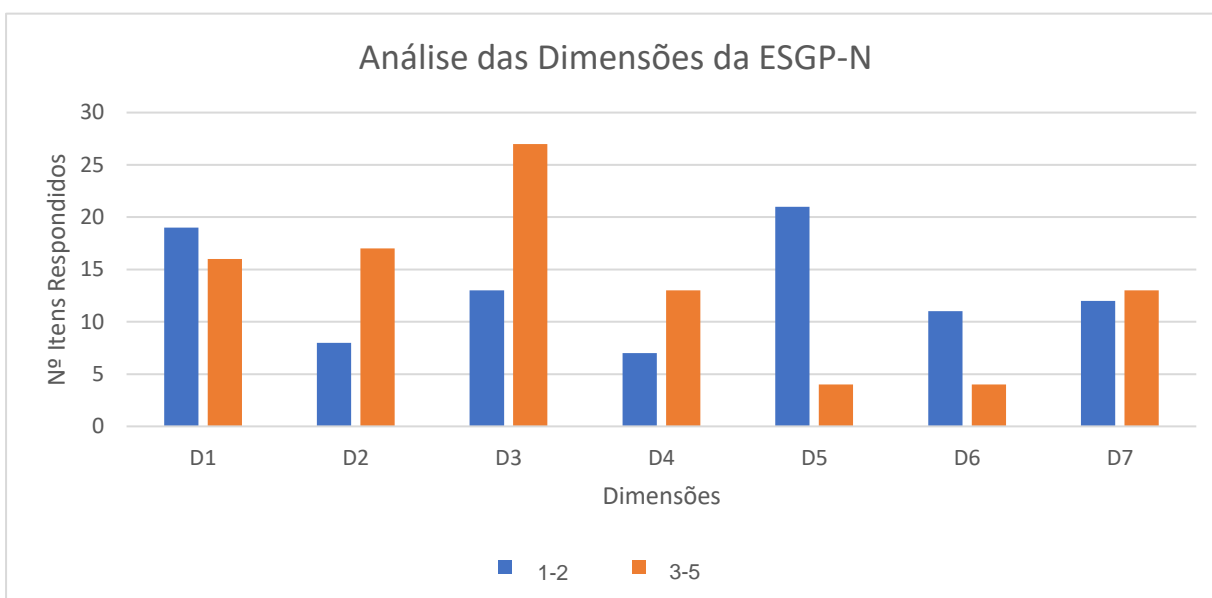


Gráfico 1: Representatividade das dimensões da Escala de SGP-N

3.3 Nível de dependência dos avós

Assim sendo, com a aplicação do IB constatou-se que 4 adolescentes residiam com avós com grau de dependência moderada (13-19) e 1 adolescente residia com avô/ó com grau de dependência grave (9-12) (Araújo et.al, 2007). Tendo sido obtido um IB mais elevado de 17 e mais baixo de 11.

Para além disso, através da representação do Gráfico 2 é evidente que as atividades em que todos os avós apresentam algum grau de dependência são: vestir-se (A3), subir e descer as escadas (A6) e andar/Deslocar-se (A7). Havendo, porém, uma pequena representatividade de avós com dependência em todas as atividades com exceção ao nível do controlo da função intestinal em que todos são independentes.

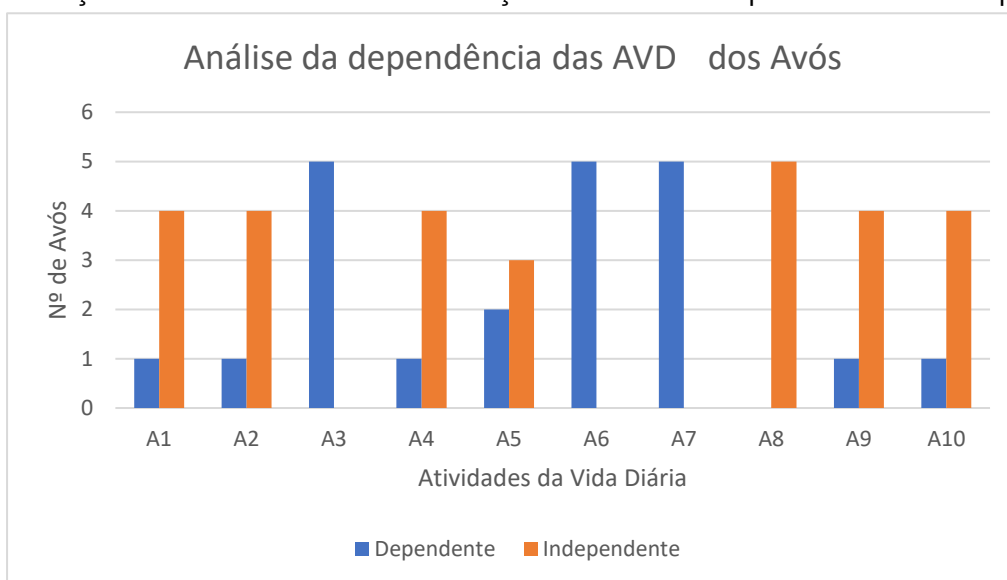


Gráfico 2: Representatividade da dependência dos avós nas diferentes AVD

3.4 Análise correlativa entre a percepção dos adolescentes sobre relação com os avós com que coabitam e o nível de dependência dos avós

Para analisar as dimensões da escala de SGP-N e o índice de Barthel foram considerados os valores correlacionais com valores de coeficiente de *pearson* superiores a 0,4 positivo ou negativo, por traduzirem uma correlação moderada a muito forte, a fim de evitar o enviesamento de conclusões e de forma a que estas possam ser representativas da população. Esta correlação foi obtida através do número de vezes que os participantes reponderam ≥ 3 na escala de *likert* (Bastantes vezes, Muitas vezes). E assim sendo, ao analisar a Tabela 1 podemos constatar que quanto maior o IB: mais

representativa é a dimensão 2 (Cuidar) da escala de SGP-N, ou seja, quanto mais independente os avós mais os netos se sentem cuidados por eles; e menos representativa são as dimensões 3 e 6 de desfrutar da relação e de mediação da escala de SGP-N, ou seja, quanto mais independente forem o(s) avô(s) menos os netos sentem que desfrutam da relação com os avós, e que menor é o papel de mediador dos avós na relação deles com os pais.

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	IB
D1	1	0,147442	-0,58977	0,375	0,534522	-0,13363	0,367484	0,311805
D2	0,147442	1	0,23913	0,516047	-0,7093	-0,31524	0,374352	0,669894
D3	-0,58977	0,23913	1	0,516047	-0,51227	0,669894	0,472866	-0,4466
D4	0,375	0,516047	0,516047	1	-0,13363	0,534522	0,868599	-0,13363
D5	0,534522	-0,7093	-0,51227	-0,13363	1	0,285714	0,107143	-0,30952
D6	-0,13363	-0,31524	0,669894	0,534522	0,285714	1	0,642857	-0,78571
D7	0,367484	0,374352	0,472866	0,868599	0,107143	0,642857	1	-0,07143
IB	0,311805	0,669894	-0,4466	-0,13363	-0,30952	-0,78571	-0,07143	1

Tabela 1: Apresentação correlativa entre IB e as diferentes dimensões da ESGP-N

3.5 Análise da relação atual entre avô/ó e neto(a) adolescente

No que se refere à questão fechada relacionada com a relação entre avô/ó e neto(a) adolescente, todos os 5 participantes consideram que a relação não teve alteração nem com o aumento da dependência dos avós com que coabitam, nem com o início da coabitação com os avós, pois segundo eles sempre se lembram de viver com os avós, e eles sempre fizeram parte do agregado familiar.

4. Discussão de resultados

O presente estudo está em consonância com todos os autores que abordaram o fenômeno da coabitação dos avós e netos, bem como com estudos já realizados, uma vez que defende que agregados familiares mais numerosos, com três ou mais filhos têm mais tendência a incluir os avós e nenhum dos adolescentes ter apresentado retenção de escolaridade evidenciando, assim, a importância dos avós que coabitam com os netos como suporte acrescido nos cuidados dos netos, sendo, inclusive, a dimensão cuidar da escala de Grã- parentalidade percebido pelos adolescentes como uma das mais representativas da díade avós e netos a coabitarem.

Na perspectiva de Diniz (2018), depois dos pais, os avós são os principais mediadores dos netos, sendo esta relação de mediação erradamente interpretada pelo senso comum como uma relação permissiva, livre das responsabilidades mais cruciais e do carácter punitivo, tal como comprovado pela baixa relevância com que os adolescentes consideraram a dimensão mediação na díade avós e netos, que tem, também, como consequência a baixa representatividade da dimensão compreensão mútua. Estando, portanto, a coresidência dos netos com os avós associado a menos comportamentos desviantes e à incorporação inconsciente de padrões, ideias, atitudes, valores e personalidade (Hamilton, 2005 & Akhtar et al., 2017). Sousa (2005), salienta, ainda, que os avós têm um presente, um passado e um futuro e os netos têm um presente e constroem o futuro, o que leva os avós a atribuir aos netos uma janela privilegiada para o passado da família e da comunidade, constituindo-os como uma memória viva do passado, em que junto deles os netos podem aceder à história da história deles e da família, sendo o mesmo, também, evidente no presente estudo com a dimensão distância percebida como relevante por parte dos adolescente na díade avós e netos, que por conseguinte leva, também, à valorização da dimensão desfrutar da relação.

Segundo Hamilton (2005) e Albuquerque (2011), a presença da coresidência entre avós e netos está mais associado a situações de coabitação apenas com uma das figuras parentais dos netos, sendo maioritariamente a mãe, uma vez que a mulher, ainda, está associada a um papel tradicional de cuidadora. Contudo, no presente estudo somente 2 dos 5 participantes residiam em famílias monoparentais femininas e os restantes 3

participantes residiam com ambas as figuras parentais. Para além disso, o facto de no presente estudo a maioria dos agregados serem constituídos por ambas as figuras parentais vem contrariar o pressuposto por Hamilton em 2005, que associa a predominância da coresidência dos avós e netos a famílias monoparentais como forma de suporte financeiro, podendo, portanto, evidenciar outra necessidade familiar primordial, que não a financeira para motivar a coresidência entre netos e avós, como a necessidade de cuidar quer das gerações mais velhas, quer das gerações mais novas. Sendo inclusive, segundo Albuquerque (2011), estes agregados multigeracionais classificados como com maiores dificuldades financeiras, fundamentando a necessidade de intervenção do enfermeiro de família numa perspetiva multidimensional a este tipo de famílias, com por exemplo disponibilização de apoios da comunidade e estatais.

Em relação ao nível de dependência dos avós os 4 de 5 participantes a residirem com avó/ô(s) com grau de dependência moderado, em que as atividades de vida diárias que se apresentavam com maior limitação foram as associadas à mobilidade e motricidade como vestir-se, o subir e descer as escadas e o andar/deslocar-se, juntamente com a resposta negativa de todos os adolescente à questão referente à possibilidade de alteração na relação com os avós com o aumento do grau de dependência, vêm fundamentar que estes avós, ainda, apresentam o papel de cuidadores destes netos, como já foi defendido anteriormente. Contudo, como se trata de netos adolescente, este papel de cuidador não se requer tão intenso, uma vez que os próprios netos pela fase de desenvolvimento já vão adquirindo autonomia e independência, o que lhes confere, também, um papel de cuidador supervisor dos avós, diminuindo-lhes os riscos de acidente. Neste sentido, a relação de coresidência de avós e netos é uma relação de cuidar bidirecional, que, também, confere segurança à geração intermédia, denominada de geração *sandwich*. Assim sendo, o enfermeiro de família é essencial para identificar os recursos e redes de apoio familiares capacitando-as a fazer um uso dos mesmos de forma eficaz e eficiente, como envolver e capacitar os netos adolescentes no cuidar dos avós com que coresidem, uma vez que no Decreto-Lei nº101/06 é enaltecida a importância do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com situações de dependência das gerações mais velhas (Figueiredo, 2012)

Considerações finais

Tendo por base os 5 questionários respondidos e os objetivos do estudo foi possível caracterizar a nível sociodemográfico os adolescentes que coabitam com avós e identificar obstáculos na relação entre neto(s) adolescente(s) e o(s) avó(s) dependente(s) que coabitam. Neste presente estudo pode-se, então, constatar que a inclusão dos avós é mais frequente em famílias nucleares do que em famílias monoparentais, sendo que quando incluídos neste tipo de famílias foram com a presença da figura materna. Foi, também, predominante a coresidência de netos adolescentes com avós a partir dos 3 primeiros anos de vida, sendo que atualmente todos os adolescentes residiam com 2 dos 4 avós no seu agregado familiar. Para além disso, foi, ainda, evidente, que os agregados familiares mais numerosos, com três ou mais filhos, tinham mais tendência a incluir os avós.

Já no que se refere à percepção dos adolescentes sobre a relação com os avós com que coabitam, pôde-se identificar no presente estudo que a compreensão mútua e confiança, bem como a percepção dos avós como seus mediadores foram os principais obstáculos identificados nesta relação de netos adolescentes e avós a coabitarem. Ao passo que o desfrutar da relação e a ligação ao passado, bem como a percepção de se sentirem cuidados pelos avós foram os benefícios identificados nesta díade avós e netos a coabitarem. Sendo, ainda, possível constatar, no presente estudo, que quanto maior o nível de dependência dos avós com que os netos adolescentes coresidem menor é a percepção dos netos de serem cuidados pelos avós, contudo tendem a desfrutar mais da relação com eles e a sentir que os avós exercem mais o papel de mediador na relação deles com os pais.

Assim sendo, de modo geral, os resultados obtidos foram ao encontro do que já existe previamente na literatura, sendo, contudo necessário continuar a investigar este fenómeno visto ser cada vez mais atual e serem escassos os estudos recentes sobre o mesmo. Dentro deste fenómeno que é a coresidência entre avós e netos, seria interessante explorar a percepção dos netos adolescentes a coabitarem com avós a partir da segunda infância, e/ou com avós com grau dependência grave ou severo. Para além disso, fica a sugestão de estudar o fenómeno da coresidência entre avós e netos em meio rural e em meio urbano.

Referências Bibliográficas

- Akhtar, P., Malik, J. A., & Begeer, S. (2017). The grandparents' influence: Parenting styles and social competence among children of joint families. *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 603–611. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0576-5>.
- Albuquerque, P.C. (2011). Grandparents in multigenerational households: the cases of Portugal. *European Journal of Ageing*, 8(3), 189-198. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0196-2>.
- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J.L. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66. <http://hdl.handle.net/10362/95522>.
- BI CSP (2023). Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>.
- Burn, K & Szoeki, C. (2015). Is grandparenting a form of social engagement that benefits cognition in ageing? *Maturitas*, 80(2), 122-125; <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.017>.
- Diniz.R. (2018). Escuta dos Avós: A avosidade, o vínculo, e o tempo. *Revista Portal de Divulgação*, 56(8),56-59. <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/718/781>.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência: SABOOKS.
- Flamion, A., Missotten, P., Marquet, M., & Adam, S. (2017). Impact of Contact With Grandparents on Children's and Adolescents' Views on the Elderly. *Child Development*, 90(4), 1155- 1169. <https://doi.org/10.1111/cdev.12992>.
- Gessa, G., Glaser, K., Montserrat, E.R., Price, D., & Tinker, A. (2013). *A prestação de cuidados pelos avós na Europa: as políticas familiares e o papel dos avós na prestação de cuidados infantis*. Grandparents Plus. <https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2014/04/a-prestacao-de-cuidados-pelos-avos-na-europa.pdf>.

- Hamilton, H. A., (2005). Extended families and adolescent well-being. *Journal of adolescent health*, 36, 260-266. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.02.022>.
- Hilbrand, S., Coall, D., Gerstorf, D., & Hertwig, R. (2017). Caregiving within and beyond the family is associated with lower mortality for the caregiver: A prospective study. *Evolution and Human Behavior*, 38 (3), 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2016.11.010>.
- Lei nº101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, I Série (Nº109 de 06-06-2006), 3856-3865. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>.
- Matos, P.M., & Cunha, B. (2010, fevereiro 4-6). *Relações Intergeracionais: Significados de Adolescentes sobre Avós e Idosos*. [Comunicação Oral]. Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Minho – Portugal. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21487/2/85625.pdf>.
- Moorman, S. M., & Stokes, J. E. (2016). Solidarity in the grandparent–adult grandchild relationship and trajectories of depressive symptoms. *The Gerontologist*, 56(3), 408-420. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu056>.
- Mussi, R., Mussi, L., Assunção, E., & Nunes, C. (2020). Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamento, aproximações e possibilidades. *Revista Sustinere*. 7(2), 414-430. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2019.41193>.
- Observatório nacional de luta contra a pobreza. (2022). *Pobreza e exclusão social em Portugal: relatório 2022*. EAPN Portugal. <https://www.eapn.pt/wp-content/uploads/2022/10/Pobreza-e-Exclusao-Social-em-Portugal-2022-REAPN05.pdf>.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. (1ª edição). Lidel.
- Peixoto, R.J. (2015). *A relação entre avós e netos. efeitos no desenvolvimento vocacional, na construção de significados de trabalho e no auto-conceito académico*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Institucional da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/102445>.
- Sequeira, M.S. (2014). *Avós e netos: uma relação intergeracional na perspetiva dos avós* [Tese de Mestrado]. Instituto Politécnico de Portalegre.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14237/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Marlene%20Sousa%20Sequeira.pdf>.

Sousa, L. (2005). Avós e netos: uma relação afectiva, uma relação de afectos. *Povos E Culturas*, (10), 39-50. <https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2005.8806>.

Triadó, C. & Villar, F. (2002). Las relaciones entre abuelos y nietos: un estudio exploratorio sobre el rol del abuelo. <https://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo10/abuelo.htm>.

Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Osuna, M. J., & Pinazo, S. (2005). The meaning of grandparenthood: do adolescent grandchildren perceive the relationship and role in the same way their grandparents do? *Journal of International Relationships*, 3(2), 101-121. https://doi.org/10.1300/J194v03n02_07.

Anexos

Anexo II – Parecer ARSLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Flávia Lopes

flavia@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

5872/CES/2023

Assunto: Perceção do(s) neto(s) adolescente(s) sobre a coabitação com o(s) seu(s) avó(s) dependente(s).

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

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,

1
p O Conselho Directivo



LAURA SILVEIRA

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

Anexo II – índice de Barthel versão validada pela Professora Doutora Fátima Araújo em 2007.

Índice de Barthel	Pontuação
<p>A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoa</p> <p>1 Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho.</p> <p>0 Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.</p>	
<p>B. Atualmente, consegue tomar banho:</p> <p>1 Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro</p> <p>0 Não consegue tomar banho sozinho</p>	
<p>C. Atualmente, consegue vestir-se:</p> <p>2 Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores).</p> <p>1 Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar).</p> <p>0 Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.</p>	
<p>D. Atualmente, consegue alimentar-se:</p> <p>2 Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho.</p> <p>1 Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.</p> <p>0 Não consegue alimentar-se sozinho</p>	
<p>E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho?</p> <p>3 Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade.</p> <p>2 Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física).</p> <p>1 Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira.</p> <p>0 Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.</p>	
<p>F. Atualmente, consegue subir e descer escadas</p> <p>2 Consegue subir e descer escadas</p> <p>1 Precisa de ajuda para subir e descer escadas.</p> <p>0 Não consegue subir ou descer escadas</p>	
<p>G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se</p> <p>3 Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.).</p> <p>2 Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa.</p> <p>1 Consegue andar sozinho em cadeira de rodas.</p> <p>0 Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.</p>	
<p>H. Atualmente, tem controlo na função intestinal</p> <p>2 Controla bem esta função.</p> <p>1 Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes.</p> <p>0 Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.</p>	
<p>I. Atualmente, controla a função urinária</p> <p>2 Controla bem esta função ou está algaliado e substitui os sacos.</p> <p>1 Perde urina acidentalmente.</p> <p>0 Não controla a urina ou está algaliado e precisa de alguém para substituir os sacos.</p>	
<p>J. Atualmente, consegue ir à casa de banho</p> <p>2 Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho.</p> <p>1 Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho.</p> <p>0 Não consegue ir à casa de banho sozinho.</p>	
PONTUAÇÃO FINAL	

Apêndices

Apêndice I – Questionário aplicado aos adolescentes.

Perceção do(s) neto(s) adolescente(s) sobre a coabitação com o(s) seu(s) avó(s) dependente(s)

Instrumento para recolha de dados

(Este questionário será preenchido pelo adolescente)

Questionário nº: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____ Sexo: M F Ano de Escolaridade: _____

Nº Elementos do Agregado Familiar: _____

Vives com os teus pais? SIM

Não Só com a mãe: Só com o pai:

Tens irmão? SIM Quantos? _____

Não

Com quantos avó(s) vives? 1 2 3 4

Há quanto tempo ele(s) vive(m) contigo? _____

ESCALA DE SIGNIFICADOS DE GRÃ-PARENTALIDADE (VERSÃO NETOS) - SGP - N

(Cunha & Matos, 2010)

As afirmações que se seguem referem-se à relação que tinhas com o teu avô/avó, que atualmente habita contigo e necessita de ajuda (se tiveres mais do que um nestas condições preenche em prol do que tens melhor relação). Reflete em que medida são verdadeiras ou se, pelo contrário se referem a factos que ocorreram poucas vezes ou nunca. Assinala com um círculo ou com uma cruz a opção que melhor se adequar. Assinala apenas **UMA** resposta para cada frase.

1	2	3	4	5
Nunca	Ocasionalmente	Bastantes vezes	Muitas vezes	Sempre

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. O/A meu/minha avô/avó dá-me/dava-me dinheiro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Quando os meus pais não estavam, era o meu/minha avô/avó que assumia essas funções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. O meu/minha avô/avó vinha até minha casa para estar comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Contava ao meu/minha avô/avó os meus problemas e preocupações. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. O meu/minha avô/avó contava-me histórias sobre a nossa família. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. O meu/minha avô/avó aconselhava-me sobre as decisões que eu tinha de tomar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. O meu/minha avô/avó ajudava-me nas tarefas escolares e noutros assuntos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Para mim visitar o meu/minha avô/avó era mais uma obrigação do que um prazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. O meu/minha avô/avó avisava-me das coisas que me podiam prejudicar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Quando discutia com os meus pais, o meu/minha avô/avó intercedia a meu favor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. O meu/minha avô/avó partilhava comigo os seus problema e preocupações. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Perceção do(s) neto(s) adolescente(s) sobre a coabitação com o(s) seu(s) avó(s) dependente(s)

1	2	3	4	5
Nunca	Ocasionalmente	Bastantes vezes	Muitas vezes	Sempre

12. O meu/minha avô/avó fazia-me companhia quando estava sozinho.	1	2	3	4	5
13. Acompanhava o meu/minha avô/avó a eventos sociais e culturais. (<i>ex: festas, romarias, cinema, teatro, etc.</i>)	1	2	3	4	5
14. Conversava com o meu/minha avô/avó sobre interesses em comum.	1	2	3	4	5
15. Quando os meus pais não estavam, o meu/minha avô/avó vinha ter comigo.	1	2	3	4	5
16. O meu/minha avô/avó contava-me histórias sobre quando os meus pais eram novos.	1	2	3	4	5
17. Quando tinha de tomar uma decisão importante, pedia ao meu/minha avô/avó a sua opinião.	1	2	3	4	5
Quando os meus pais me ralhavam, o meu/minha avô/avó tentava fazer com que eles me ouvissem e compreendessem.	1	2	3	4	5
18. Quando o meu/minha avô/avó me dava um conselho, não dava importância ao que ele diz.	1	2	3	4	5
19. Quando ficava doente o meu/minha avô/avó ficava preocupado comigo.	1	2	3	4	5
20. Contava coisas ao meu/minha avô/avó que não tinha coragem para contar aos meus pais.	1	2	3	4	5
21. O meu/minha avô/avó ralhava-me quando dizia ou fazia coisas que pareciam mal.	1	2	3	4	5
22. O meu/minha avô/avó permitia-me coisas que os meus pais não me permitiam.	1	2	3	4	5
23. Quando me aborrecia com os meus pais, o meu/minha avô/avó dava-lhes razão.	1	2	3	4	5
24. O meu/minha avô/avó não me ralhava, mesmo que fizesse coisas que lhe desagradassem.	1	2	3	4	5
25. O meu/minha avô/avó não compreendia muitas das coisas que eu gostava e gosto.	1	2	3	4	5
26. O meu/minha avô/avó achava que os meus pais eram muito permissivos.	1	2	3	4	5
27. O meu/minha avô/avó preocupava-se mais comigo do que eu com ele.	1	2	3	4	5
28. Quando o meu/minha avô/avó não percebia algo, pedia-me para lhe explicar.	1	2	3	4	5
29. Sentia-me bem quando estava com o meu/minha avô/avó.	1	2	3	4	5
30. O meu/minha avô/avó contava-me o que faziam as pessoas da sua geração quando tinham a minha idade.	1	2	3	4	5
31. O meu/minha avô/avó dava-me presentes.	1	2	3	4	5
32. O meu/minha avô/avó achava-me parecido com ele quando tinha a minha idade.	1	2	3	4	5
33. Respeito o meu/minha avô/avó.	1	2	3	4	5
34. Contava ao meu/minha avô/avó como estavam a correr os estudos ou o meu trabalho.	1	2	3	4	5
35. O meu/minha avô/avó é demasiado antiquado para me compreender.	1	2	3	4	5
36. O meu/minha avô/avó ensinou-me coisas importantes para a vida.	1	2	3	4	5

ATUALMENTE (Referente à relação que apresentas com o/a avô/avó em que te baseaste para responder as questões anteriores)

Sentes que, desde que começaste a viver junto com o(s) teu(s) avó(s) dependente(s) a tua relação com ele(s) mudou?

NÃO

SIM Porquê? _____

Obrigado(a) pela tua colaboração e tempo disponibilizado.

Se tiveres dúvidas sobre o estudo podes contactar-me: flavia@campus.esel.pt

Apêndice XII- Folheto “ És adolescentes e tens um avô/ó a viver contigo?”

Lembras-te daquelas tardes em que os teus avós te iam buscar à escola porque os teus pais não podiam e te faziam aquele lanche maravilhoso?



Lembras-te daquelas atividades que só fazias com os avós e que adoravas?



Lembras-te daqueles dias em que os teus pais chegavam tarde do trabalho e os teus avós te adormeciam?



Lembras-te daquelas festas da escola que os teus pais não podiam ir e os teus avós estiveram lá?



Lembras-te dos sorrisos que os teus avós te proporcionaram?



Agora podes ser tu a dar-lhes **BEM-ESTAR, CONFORTO** e a fazê-los **S**  **RRIR**

E-mail:

FALE CONNOSCO

Horário de Funcionamento
De 2ª a 6ª feira: 08h:00 às 20h:00
Sábados, domingos e feriados:
Encerrado

Telefone:

**ÉS
ADOLESCENTE**

...

**E TENS UM(A)
AVÔ(Ó) A
VIVER
CONTIGO?**



Janeiro, 2024

COMO?

COMO?

COMO?

COMUNICAÇÃO

- Falar sobre histórias e memórias quer da vossa relação, quer da família;
- Partilhar os teus sucessos, bem como os teus medos e dificuldades;
- Falar sobre programas de televisão de interesse de ambos (ex. telenovelas);
- Falar sobre notícias da atualidade quer locais, nacionais ou mundiais.

(proporcionar jornais ou revistas e convívios com a família)

ATIVIDADES LÚDICAS



- Jogos de cartas, dominó, damas e xadrez;
- Palavras cruzadas, sopa de letras e sudoku e encontra as diferenças.

(proporcionar livros de atividades ou tablet com aplicações destes jogos e, neste caso, fornecer instruções de utilização)

COMPANHIA

INTERAÇÃO

UNIÃO

FAMÍLIA



- Ajudar os pais nas tarefas domésticas como: colocar a mesa, organizar refeições, arrumar o quarto, estender a roupa, levar o lixo, etc.

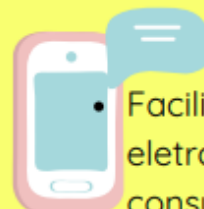


ENVOLVER NA DINÂMICA FAMILIAR

- Realizar as compras de supermercado;
- Acompanhar quando necessário e possível os irmãos a consultas.



ENVOLVER NO ESTADO DE SAÚDE



- Facilitar o acesso às receitas eletrónicas e marcações de consultas através do telemóvel ou internet;



- Deslocar à farmácia para levantar os fármacos dos avós;



- Envolver-se no regime terapêutico dos avós, como apresentar estratégias facilitadoras da sua adesão (ex. construir uma tabela com a distribuição dos fármacos pelas refeições principais), a fim de evitar erros terapêuticos;



- Envolver-se nos cuidados de bem-estar e conforto como por ex.: pentear, fazer barba, cuidar das unhas (manicure e pedicure), hidratar a pele com creme hidratante, perfumar, etc.



Apêndice XIII– Estudo de Caso intitulado: Quando o adolescente transita dos cuidar dos avós para o cuidar dos pais.

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

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**ESTUDO DE CASO: quando o adolescente transita do
cuidar dos avós para o cuidar dos pais**

Flávia Sofia de Jesus Lopes

**Lisboa
janeiro 2024**



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

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**ESTUDO DE CASO: quando o adolescente transita do
cuidar dos avós para o cuidar dos pais**

Flávia Sofia de Jesus Lopes



Professora Orientadora:
Prof^a. Dr^a Maria Emília Campos de Brito

Lisboa
janeiro 2024

Lista de figuras e tabelas

Figura 1. – Genogramas da família Giroflé-Giroflá.

Figura 2. – Representação da rede de apoio externas à família Giroflé-Giroflá.

Figura 3. – Índice de Graffar Adaptado aplicado à família Giroflé-Giroflá.

Figura 4. – Transição no desenvolvimento da família Giroflé-Giroflá segundo Wright & Leahey.

Figura 5. – Círculo Familiar de Thrower aplicado ao Gaspar.

Figura 6. – Índice de Barthel aplicado à D^a Celeste.

Figura 7. – Índice de Barthel aplicado ao Sr. Sócrates.

Figura 8. – Escala de sobrecarga do cuidador de Sequeira (2007) aplicada à Olívia

Figura 9. – Escala de readaptação social de Holmes e Rahe aplicada à família Giroflé-Giroflá

Figura 10. – Resultado da Escala de FACES II aplicada à família Giroflé-Giroflá

Figura 11. – Modelo Circumplexo de Olson aplicada à família Giroflé-Giroflá

INDICE

Introdução	4
1. A História da Família Giroflé-Giroflá	5
1.1 Avaliação familiar	6
1.1.1 Dimensão Estrutural: interna, externa e contexto	6
1.1.2 Dimensão de desenvolvimento	9
1.1.3 Dimensão funcional	11
1.2 Plano de Cuidados da família Giroflé-Giroflá	13
Conclusão	18
Referências Bibliográficas	19

APÊNDICES

Apêndice I – Escala de FACES II aplicada à família Giroflé-Giroflá.

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa foi realizado um estudo de caso de uma família que integra as características do projeto desenvolvido que se intitula o impacto da coabitação dos avós e netos adolescentes: intervenção do enfermeiro de família. Este estudo tem com o objetivo geral desenvolver um processo de cuidados de enfermagem personalizado à família em questão, por forma, não só a colocar em prática os subsídios da *scoping review* e do estudo de investigação, mas, também, em conjunto com a família ajudar a encontrar estratégias para os problemas existentes e/ou possíveis que deste fenómeno advém. Não sendo, contudo, descorada a intervenção de outros problemas que surjam aquando da aplicação dos diferentes instrumentos de apreciação familiar e da avaliação das diferentes dimensões da família com base no Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF). Como tal, pretende-se como objetivos específicos: analisar os principais riscos de saúde da família que a torna vulnerável e elaborar um plano de cuidados personalizado e negociado com a família tendo por base a nomenclatura NANDA.

A família sobre o qual o meu estudo de caso recai é uma família numerosa constituída por três gerações. A seleção da família teve por base a necessidade continuada de cuidados prestados à mesma e os diversos contactos efetuados na sequência dos múltiplos eventos ocorridos aquando do meu estágio em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF),

Neste sentido, a estrutura do trabalho passa primeiramente por apresentar a história da família Giroflé-Giroflá, sendo que para salvaguardar os valores éticos e o sigilo dos membros da família foram, quer o nome da família, quer os nomes de cada elemento que a constitui traduzidos em nomes das personagens do programa Jardim da Celeste. Seguidamente é exposta e traduzida a avaliação e apreciação da família em questão, sendo posteriormente apresentado o plano de cuidados personalizado e previamente negociado com a família. Por fim, são discutidas as considerações finais e apresentadas as referências bibliográficas.

1. A História da Família Giroflé-Giroflá

A família Giroflé-Giroflá é uma família alargada em que a avó Celeste (77 anos) reside com o seu filho Sócrates (49 anos) e a sua nora Olívia (44 anos), bem como com os seus três netos: o Gaspar (19 anos), o Xavier (15 anos) e o Ernesto (12 anos).

A D^a Celeste tinha tido um internamento hospitalar recente por um choque séptico tendo tido como intercorrência nesse internamento um acidente vascular cerebral isquémico que lhe deixou sequelas essencialmente motoras. Na altura do primeiro contacto com a família, em outubro de 2023, a avó Celeste encontrava-se acamada, totalmente dependente nas atividades de vida diárias (AVD) e com necessidade de cuidados de enfermagem a uma úlcera por pressão que apresenta na região sacrococcígea. Nesta mesma altura o Sr. Sócrates começa com um quadro de deterioração cognitiva com evolução para síndrome demencial precoce de etiologia em investigação, ficando o mesmo incapacitado de trabalhar e a usufruir de baixa médica, sendo que o mesmo era gestor de vendas de *stand* de automóveis. Com o degradar da condição de saúde do Sr. Sócrates e com o grau de dependência e necessidade constante de cuidados da D^a Celeste, a Olívia que ainda trabalhava como empregada doméstica em alguma casas, teve que abandonar esses trabalhos, o que levou a uma queda abrupta de rendimentos, com inclusive, história de abandono da terapêutica anti-diabética por parte do Sr. Sócrates por ser dispendiosa e com necessidade de recorrer ao banco alimentar.

Com as inúmeras consultas do Sr. Sócrates, que se encontrava em estudo nas diversas especialidades médicas, a Sr^a Olívia que o acompanhava às consultas, começou a necessitar de ajuda pelo que o papel do enfermeiro de família passou por capacitar os netos adolescentes nos cuidados à avó e restantes elementos da família Giroflé-Giroflá.

Entretanto em dezembro de 2024 a D^a Celeste foi reinternada por pneumonia nosocomial com insuficiência respiratória global tendo falecido e em janeiro de 2024 o Sr. Sócrates tem o diagnóstico de quadro parkinsoniano por paralisia supranuclear progressiva apresentando-se espástico com predomínio nos membros inferiores, rigidez de punhos e assimetria da marcha com rotação da perna direita, estando dependente de cuidados de terceiros.

1.1 Avaliação familiar

A avaliação da família Giroflé-Giroflá é realizada utilizando o MCAIF, uma vez que assenta numa abordagem multidimensional, mas também incorpora princípios de cibernética, comunicação e mudança, compreendendo três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2012).

As subcategorias a serem exploradas foram selecionadas com base não só, na informação recolhida através de entrevista com o Gaspar e consulta do processo informático dos elementos da família, como também nos critérios de priorização de intervenção.

1.1.1 Dimensão estrutural: interna, externa e contexto

Interna

A família alargada é uma família em que cohabitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais para além de progenitores e filhos e a família nuclear é a típica família com uma só união entre adultos e um só nível de descendência, ou seja, pai e mãe e o(s) seu(s) filho(s) (Caniço et al., 2010). Neste sentido, a família Giroflé-Giroflá, durante o meu período de contato com ela, assistiu, com o falecimento do elemento da geração mais velha, à transição de uma família alargada constituída por três gerações para uma família nuclear, numerosa, como se consegue constatar com a análise dos genogramas (figura 1). Segundo a Associação Portuguesa de Famílias Numerosas (APFN) (2022), uma família numerosa é aquela em que o agregado familiar é constituído por três ou mais filhos, ou seja, é aquela que contribui para que a média nacional seja superior à de dois filhos por casal.

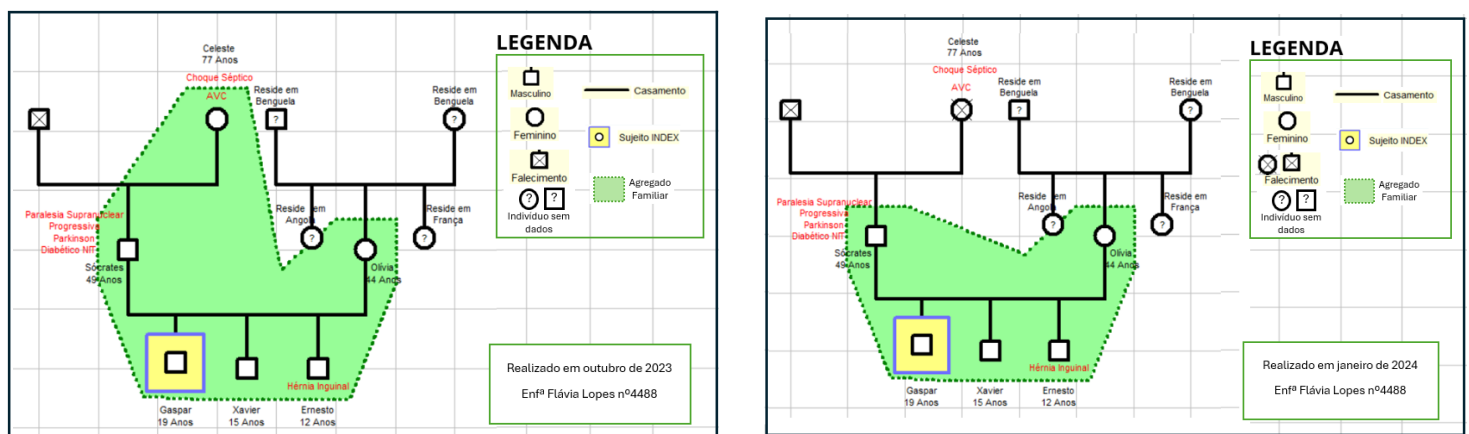


Figura 1. - Genogramas da família Giroflé-Giroflá.

Quanto aos subsistemas da família Giroflé-Giroflá, é formada pelo sistema conjugal entre o Sócrates e a Olívia, o sistema maternal da Olívia para com os seus filhos e pelo sistema fraternal entre os 3 irmãos, o Gaspar, o Xavier e o Ernesto. Denota-se que o sistema conjugal é baseado num apoio incondicional por parte da Olívia ao seu marido, que está a atravessar um processo de saúde/doença que se tende a prolongar e a agravar ao longo do tempo. Para além disso, o sistema parental é atualmente representado essencialmente pelo sistema maternal, uma vez que o Sr. Sócrates apresenta uma degradação física e psíquica associado ao processo de doença, que o impossibilita de exercer as funções ao papel de pai. Contudo, é de notar que o filho mais velho, o Gaspar, refere que quando o pai apresenta alteração comportamental com discurso agressivo associado ao seu processo de doença, este não consegue demonstrar um tom assertivo para com ele, pois sente que está a quebrar o respeito ao seu pai, respeito este que era a base da relação que o pai/filhos e vice-versa. Como tal, no que diz respeito aos limites e fronteiras, na família Giroflé-Giroflá estes são definidos pela educação e respeito no seio familiar tendo em conta a hierarquia cronológica da família, em que independentemente do estado de saúde e capacidade as gerações mais novas mantêm sempre o respeito pelas gerações mais velhas. Para além disso, emerge na família Giroflé-Giroflá o valor da união familiar, estando todos a par da situação familiar e de cada elemento que a constitui, tentando ajudar da forma que se sentem capazes e com conhecimento.

Externa

Família Extensa

O Gaspar referiu o apoio esporádico de duas primas da parte do pai. Contudo, apesar destas primas residirem na área metropolitana de Lisboa moram longe, trabalham, e têm a família delas, não podendo estar mais presentes para os ajudar.

Para além destas primas, o Gaspar referiu uma tia, irmã da mãe, que reside em França, que após conversa com a Olívia, se dispôs a recebê-lo em França de forma a proporcionar-lhe estudos e um futuro promissor. Contudo, depois dele estar lá e já ter perdido o ano letivo em Portugal, após 6 meses viu-se trocado por uma prima (filha da outra tia que reside em Angola), uma vez que a tia de França só poderia receber um dos

sobrinhos pelas condições habitacionais obrigatórias emanadas pelo estado (1 quarto por cada criança) e ela não podia ter filhos, mas sempre sonhara ter tido uma filha. Neste sentido, o Gaspar regressou a Portugal com um sentimento de rejeição, Segundo o Gaspar, que após relatar esta história tinha os olhos repletos de lágrimas, quer a sua relação, quer a dos seus pais com a tia de França nunca mais foi uma relação baseada na confiança, terminando dizendo “sabe enfermeira, nós percebemos que só podemos contar somente connosco” (sic).

Sistema mais amplos

No que se refere a instituições de referência, como se pode constatar na figura 2., referente a uma representação figurativa das redes de apoio externas à família Giroflé-Giroflá, que para além do Banco Alimentar como já referido anteriormente, toda a equipa da USF são um

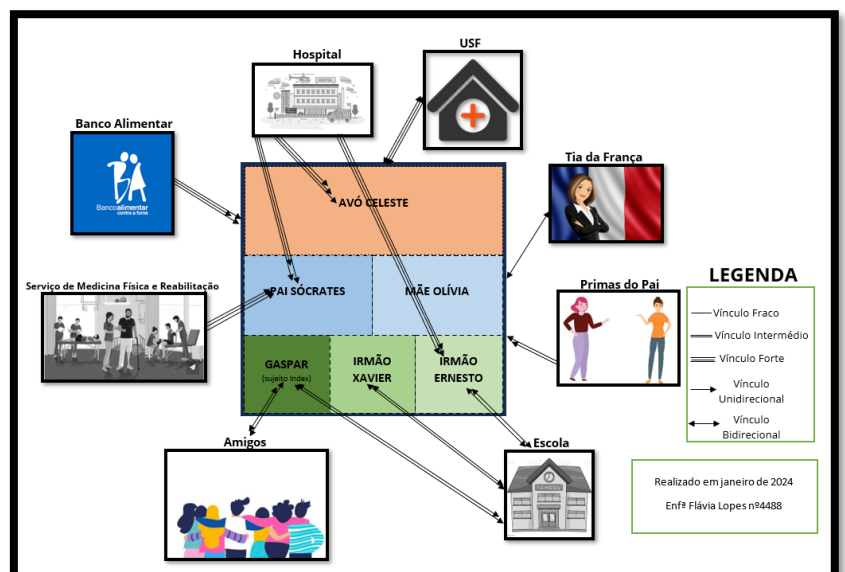


Figura 2. – Representação da rede de apoio externas à família Giroflé-Giroflá.

grande suporte, mostrando sempre disponibilidade para qualquer problema que surja à família Giroflé-Giroflá, tendo, segundo o Gaspar, sido um apoio no caso da avó e agora do pai. Para além da USF, o Hospital é, também, uma referência de apoio, pois é onde o pai é acompanhado na sua doença e onde vai 3x/semana realizar fisioterapia ao serviço de medicina física e reabilitação (sic). Para além disso, é no Hospital que o Gaspar refere que o irmão Ernesto é seguido e vai ser operado à hérnia inguinal.

A relação com a escola é boa apesar de o Gaspar referir que, por vezes, tem de faltar por ter de acompanhar os irmãos ou o pai a alguma consulta, por forma de ajudar a mãe Olívia, quando tem eventos de saúde ou outros necessários de acompanhamento sobrepostos. No que se refere às consultas na USF, segundo o Gaspar denota-se uma atenção à situação familiar e flexibilidade no agendamento para um período pós aulas.

Quanto a amigos, o Gaspar refere ter amigos na escola e relacionar-se bem. Contudo, o Gaspar diz que “eles não entendem as responsabilidades que tenho, porque vivem

outra realidade que não a minha” (sic), reforçando que não gosta de falar das coisas de casa com os amigos. “Os amigos são bons para conviver e divertir” (sic).

Contexto

A família Giroflé-Giroflá tem uma origem multicultural, sendo a família paterna portuguesa e a família materna angolana.

No que se refere à classe social a família Giroflé-Giroflá encontra-se na Classe Média Baixa apresentando um score de 19 no Índice de Graffar (figura 3.).

A habitação é um apartamento num r/c, que é pequena para uma família numerosa, o Gaspar partilhava quarto com os seus dois irmãos para a avó ter um quarto somente para ela.

Constata-se casa com boas condições de higiene, aquando das visitas domiciliarias.

CRITÉRIO	CLASSIFICAÇÃO
Profissão	Grau 3 – Sr. Sócrates era gestor de vendas de um <i>stand</i> de automóveis
Nível de Instrução	Grau 3 – 12ºano de escolaridade
Fontes de Rendimento Familiar	Grau 5 – Subsídio de doença – Baixa médica do Sr. Sócrates
Tipo de Habitação	Grau 4 – Casa modesta com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível (casa arrendada).
Local de Residência	Grau 4 – Bairro, zona antiga.
Classificação Social	Classe IV – Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21 – score 19 – Classe Média Baixa

Figura 3. – índice de Graffar Adaptado aplicado à família Giroflé-Giroflá.

1.1.2 Dimensão de desenvolvimento

Segundo Wright & Leahey (2012), a família Giroflé-Giroflá encontra-se a viver o quarto estadio do ciclo vital da família, Famílias com filhos adolescentes e como tal é importante apresentar o processo emocional e as mudanças na unidade familiar associadas a este estadio (figura 4.).

Estágio de ciclo de vida familiar	Processo emocional de transição: princípios-chave	Mudanças de segunda ordem no status familiar necessárias para se prosseguir desenvolvimentalmente
4. Famílias com adolescentes	Aumentar a flexibilidade dos limites da família para incluir a independência dos filhos e as fragilidades dos avós	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mudança do relacionamento pais-filho para permitir ao adolescente entrar e sair do sistema 2. Reenfoque das questões conjugais de meia-idade e carreira 3. Começar a mudar no sentido de cuidar da geração mais idosa

Figura 4. – Transição no desenvolvimento da família Giroflé-Giroflá segundo Wright & Leahey.

Nesta fase da família seria expectável que a família Giroflé-Giroflá aumentasse a flexibilidade dos limites para incluir a independência dos filhos, bem como a fragilidade dos avós. Contudo, o estado de saúde da avó Celeste, bem como o processo de doença do Sr. Sócrates trouxe desafios à família Giroflé-Giroflá, e responsabilidades a todos os outros elementos que a constituem, levando a um crescimento e maturidade quer do Gaspar, do Xavier e do Ernesto. Contudo, estes adolescentes pelas responsabilidades vividas acabam por não ter liberdade para testar limites em prol de evidenciar a sua independência.

A Olívia ao estar focada nos eventos de saúde/doença da D^a Celeste e do Sr. Sócrates há uma descentralização do seu papel parental, o que mais tarde pode levar a adoção de comportamentos de risco por parte destes três adolescentes. Porém, em entrevista com o Gaspar foi percebido que este papel educativo é adotado pelo mesmo em relação aos seus dois irmãos.

Neste sentido, quanto aos vínculos, ao recorrer e analisar a Circulo Familiar de Thrower (figura 5.), é visível que para o Gaspar a pessoa com maior ligação é a mãe e era a avó Celeste. Os seus irmãos também se apresentam junto a ele, mas ligeiramente mais distantes do que a mãe e a avó paterna, o que pode ser explicado pela função educacional que este adotou perante os irmãos e por alguns desentendimentos que daí resultem. O pai Sócrates apresenta-se quase ao mesmo nível que os avós maternos que se encontram em

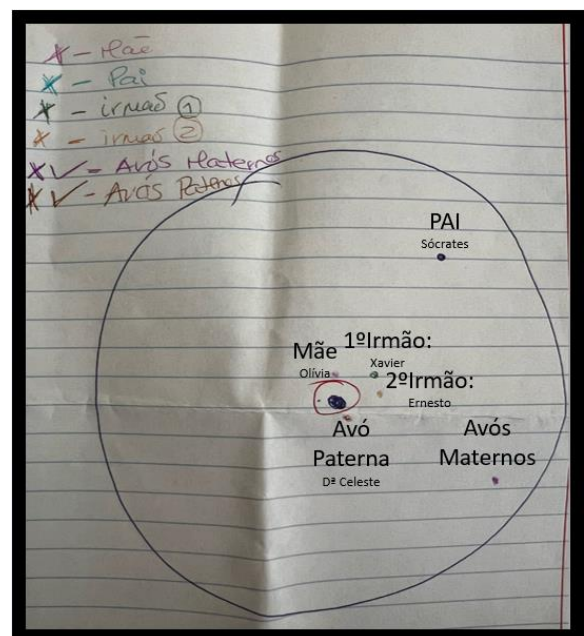


Figura 5. - Círculo Familiar de Thrower aplicado ao Gaspar.

Angola, ou seja, que quase não têm contacto. Esta representação pode estar associada ao facto de o pai se apresentar com alterações comportamentais, com discurso por vezes agressivo, sendo que o Gaspar não consegue distinguir o que é consequência da evolução do processo de doença e o que é reação de revolta, dizendo, inclusive, que “tentam fazer de tudo por ele e ele ainda é bruto connosco” (sic).

1.1.3 Dimensão funcional

Esta avaliação aborda duas categorias fundamentais no funcionamento da família: a instrumental e a expressiva (Wright & Leahey, 2012).

Categoria Instrumental

No que comporta a apreciação da categoria instrumental da família Giroflé-Giroflá, devido ao facto do D^a Celeste e do Sr. Sócrates necessitarem de ajuda da Sr^a Olívia para concretizarem as atividades de vida diárias (AVD) aplicou-se o Índice de Barthel (figura 6.) que revelou um score de 3 quando aplicado à D^a Celeste e de 12 quando aplicado ao Sr. Sócrates, apresentando-se, portanto, a D^a Celeste totalmente dependente e o Sr. Sócrates com dependência grave (Araújo et al., 2007).

Índice de Barthel	Pontuação
A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal 1 Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho. 0 Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.	0
B. Atualmente, consegue tomar banho: 1 Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0 Não consegue tomar banho sozinho	0
C. Atualmente, consegue vestir-se: 2 Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores). 1 Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar). 0 Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.	0
D. Atualmente, consegue alimentar-se: 2 Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho. 1 Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0 Não consegue alimentar-se sozinho	0
E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? 3 Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade. 2 Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física). 1 Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira. 0 Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.	0
F. Atualmente, consegue subir e descer escadas 2 Consegue subir e descer escadas 1 Precisa de ajuda para subir e descer escadas. 0 Não consegue subir ou descer escadas	0
G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se 3 Consegue andar (com ou sem bengala, andariço, canadiana, etc.). 2 Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa. 1 Consegue andar sozinho em cadeira de rodas. 0 Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.	0
H. Atualmente, tem controlo na função intestinal 2 Controla bem esta função. 1 Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes. 0 Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.	2
I. Atualmente, controla a função urinária 2 Controla bem esta função ou está algaliado e substitui os sacos. 1 Perde urina acidentalmente. 0 Não controla a urina ou está algaliado e precisa de alguém para substituir os sacos.	1
J. Atualmente, consegue ir à casa de banho 2 Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho. 1 Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho. 0 Não consegue ir à casa de banho sozinho.	0
PONTUAÇÃO FINAL	3

Figura 6. – Índice de Barthel aplicado à D^a Celeste.

Índice de Barthel	Pontuação
A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal 1 Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho. 0 Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.	1
B. Atualmente, consegue tomar banho: 1 Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0 Não consegue tomar banho sozinho	0
C. Atualmente, consegue vestir-se: 2 Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores). 1 Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar). 0 Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.	1
D. Atualmente, consegue alimentar-se: 2 Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho. 1 Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0 Não consegue alimentar-se sozinho	1
E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? 3 Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade. 2 Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física). 1 Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira. 0 Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.	1
F. Atualmente, consegue subir e descer escadas 2 Consegue subir e descer escadas 1 Precisa de ajuda para subir e descer escadas. 0 Não consegue subir ou descer escadas	1
G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se 3 Consegue andar (com ou sem bengala, andariço, canadiana, etc.). 2 Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa. 1 Consegue andar sozinho em cadeira de rodas. 0 Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.	2
H. Atualmente, tem controlo na função intestinal 2 Controla bem esta função. 1 Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes. 0 Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.	2
I. Atualmente, controla a função urinária 2 Controla bem esta função ou está algaliado e substitui os sacos. 1 Perde urina acidentalmente. 0 Não controla a urina ou está algaliado e precisa de alguém para substituir os sacos.	2
J. Atualmente, consegue ir à casa de banho 2 Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho. 1 Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho. 0 Não consegue ir à casa de banho sozinho.	1
PONTUAÇÃO FINAL	12

Figura 7. – Índice de Barthel aplicado ao Sr. Sócrates.

Neste sentido, e devido ao facto da Sr^a Olívia ser a atual cuidadora principal do Sr. Sócrates foi aplicada a escala de sobrecarga do cuidador informal de Sequeira (2007), a fim de averiguar e identificar o seu nível de sobrecarga e poder intervir em função desse score, o qual se apresenta de 45 e, portanto, sem sobrecarga (figura 7.). Contudo, é de

notar que está muito próximo de desenvolver sobrecarga ligeira, uma vez que o mesmo se caracteriza por um score de 46 a 56.

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

Nº	Item	Nunca	Quase nunca	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	X				
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?			X		
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	X				
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?			X		
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?		X			
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?			X		
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	X				
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o			X		

Figura 8. – Escala de sobrecarga do cuidador de Sequeira (2007) aplicada à Olívia

ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES & RAHE

Nº	Acontecimento	Valor médio	Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do cônjuge	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim de escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições ou horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	39	35	Mudança de actividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de actividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança do nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alteração nº discussões c/cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	43	Pequenas transgressões à lei	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			

Score >150: 50% de probabilidade de ter um problema de saúde num futuro próximo;

Score >300: 90% de probabilidade de ter um problema de saúde num futuro próximo.

LEGENDA

○ - Nível de Stress Familiar- SCORE TOTAL: 194, tendo 50% de probabilidade de desenvolver um problema de saúde num futuro próximo

Figura 9. – Escala de readaptação social de Holmes e Rahe aplicada à família Giroflé-Giroflá.

Para além disso, foi aplicada a Escala de readaptação social de Holmes e Rahe, por forma a identificar o nível de stress familiar e a probabilidade de desenvolver problemas de saúde num futuro próximo, que revelou um score de 194 e, portanto, superior a 150, mas inferior a 300, o que indica que a família Giroflé-Giroflá apresenta 50% de probabilidade de desenvolver um problema de saúde num futuro próximo (figura 8.).

Categoria Expressiva

Para avaliar a categoria expressiva da família Giroflé-Giroflá foi avaliada a coesão e adaptabilidade através da Escala de FACES II (Apêndice I), a qual revelou uma família caótica ligada, contudo com forte tendência em se tornar uma família flexível separada (figura 9.). Neste sentido, e aplicado o Modelo Circumplexo de Olson a família Giroflé-Giroflá é uma família de meio-termo (figura 10.).

LEGENDA escala de FACES II:

Coesão			Adaptabilidade		
8	80 74	Emaranhada	8	70 65	Caótica
7	73 71		7	64 55	
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível
5	64 60		5	49 46	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada
3	54 51		3	42 40	
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida
1	34 15		1	29 15	

Figura 10. – Resultado da Escala de FACES II aplicada à família Giroflé-Giroflá

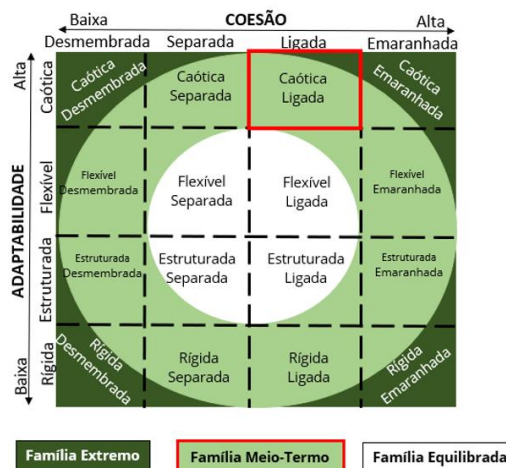


Figura 11. – Modelo Circumplexo de Olson aplicada à família Giroflé-Giroflá

1.2 Plano de cuidados da família Giroflé-Giroflá

Perante a avaliação da família segundo o MCAIF e tendo em conta as necessidades prioritárias de intervenção verbalizadas pela família emergem diagnósticos essencialmente ao nível das dimensões desenvolvimento e funcional, quer a nível da categoria instrumental, quer a nível da categoria expressiva.

Neste sentido, o plano de cuidados elaborado para a família Giroflé-Giroflá foi realizado tendo por base a taxonomia NANDA e as necessidades identificadas ao longo dos diferentes contactos com família, através da observação, escuta ativa e após a aplicação dos instrumentos de apreciação família anteriormente apresentados. A priorização de intervenção foi efetuada em negociação com a mesma. Para tal, foi identificado e analisado junto com a família Giroflé-Giroflá a dinâmica familiar, e o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, por forma a promover as adequadas relações de apoio e restaurar a homeostasia familiar, tendo resultado o seguinte plano de cuidados:

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	AVALIAÇÃO
<p><i>Cód.00062</i> - Risco de tensão no papel de cuidado r/c score de 45 na Escala de sobrecarga do cuidador, que indica estar muito próximo da sobrecarga ligeira.</p> <p><i>Cód.00294</i> - Autogestão ineficaz da saúde da família Giroflé-Giroflá r/c com eventos de saúde da D^a Celeste e do Sr.Sócrates m/p Escala de readaptação social de Holmes e Rahe ter revelado 50% de desenvolverem problemas de saúde num futuro próximo e por a escala de sobrecarga do cuidador aplicado à Olívia indicar estar muito próxima da sobrecarga ligeira.</p> <p><i>Cód.00184</i>- Preparação para uma melhor tomada de decisão r/c os cuidados da D^a Celeste m/p verbalização de necessidade de apoio nos cuidados por parte da Olívia e um score de 45 na Escala de sobrecarga do cuidador, que indica estar muito próximo da sobrecarga ligeira.</p> <p><i>Cód.00262</i> – Preparação para uma melhor literacia em saúde r/c necessidade de informação de apoios para os cuidados da D^a Celeste e de outros recursos para a família Giroflé-Giroflá m/p verbalização de desconhecimento e desejo em obter informação sobre todos os apoios e recursos que têm ao dispor, bem como navegar no sistema de saúde para ter acesso a eles.</p>	<p>Que o Gaspar desempenhe funções de cuidador auxiliar.</p> <p>Que a Sr^a Olívia e o Gaspar apresentem conhecimento sobre os recursos de apoio da comunidade.</p> <p>Que a Sr^a Olívia consiga adquirir o estatuto de cuidadora informal.</p> <p>Que seja atribuído ao Sr. Sócrates comece a usufruir dos benefícios do Atestado Médico de Incapacidade de Multiusos e do Complemento por Dependência.</p>	<p><u>Domínio Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os recursos de apoio da comunidade e contactos essenciais através do folheto “Tem ou conhece alguém com necessidade de apoio? Consulte aqui os apoios que a comunidade tem para oferecer”; - Dar a conhecer a existência do estatuto de cuidador informal, através do folheto “Se cuida de um familiar ...nós cuidamos de quem cuida”; - Dar a conhecer apoios estatais como o Atestado Médico de Incapacidade de Multiusos e do Complemento por Dependência através do folheto “Tem ou é familiar de alguém com incapacidade?”; - Capacitar o Gaspar de conhecimento para desempenhar um papel de cuidador indireto ou auxiliar através do folheto “És adolescente e tens um avô/ó a viver contigo?”; <p><u>Domínio Afetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular a Sr^aOlívia a verbalizar os seus sentimentos enquanto cuidadora da D^a Celeste e do Sr. Sócrates; - Referenciar a Sr^a Olívia e o Gaspar para apoio psicológico do ACES; - Aplicar a escala de sobrecarga do cuidador de 3/3 meses à Sr^a Olívia de forma a poder identificar precocemente sentimentos e manifestações de sobrecarga e poder intervir evitando, desta forma, crises saúde-doença da Sr^a Olívia e por conseguinte da família Giroflé-Giroflá. <p><u>Domínio Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Referenciar à Assistente Social do ACES. 	<p>17/11 – A família Giroflé-Giroflá já apresentava conhecimentos em relação aos apoios da comunidade já beneficiando de apoio domiciliário por parte da Santa Casa.</p> <p>Iniciou processo de aquisição do Complemento por dependência para o Sr. Sócrates, bem como do estatuto de cuidadora informal para a Sr^a Olívia.</p> <p>O neto Gaspar demonstrou estar responsável por acompanhar os restantes irmãos nas consultas na USF o que alivia a sobrecarga da mãe Olívia.</p>

DATA: 03/11/2023

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	AVALIAÇÃO
<p>Cód.00257 – Síndrome do idoso frágil da D^a Celeste r/c déficit de autocuidado no banho, e em se vestir; mobilidade física comprometida secundária ao AVC; e isolamento social m/p se encontrar acamada com Índice de Barthel de 3.</p>	<p>Que o neto Gaspar se apresente capacitado de promover cuidados à avó Celeste.</p> <p>Que a Sr^a Olívia seja capaz de tomar decisão em relação à seleção dos recursos de apoio para os cuidados à D^a Celeste.</p>	<p><u>Domínio Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Validar os conhecimentos da Sr^a Olívia referentes aos cuidados à pessoa totalmente dependente no que se refere aos cuidados: de higiene, alimentar e posicionamento; - Capacitar os netos de estratégias promotoras de bem-estar da avó através do folheto “És adolescente e tens um avô/ó a viver contigo?”; - Informar de recursos existentes na comunidade de apoio nos cuidados à pessoa totalmente dependente através do folheto “Tem ou conhece alguém com necessidade de apoio? Consulte aqui os apoios que a comunidade tem para oferecer”. <p><u>Domínio Afetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Averiguar os sentimentos da Sr^a Olívia e do Gaspar em relação à situação de saúde da D^a Celeste. <p><u>Domínio Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar visita domiciliária 2x/semana à D^a Celeste e promover o envolvimento dos membros da família Giroflé-Giroflá nos cuidados à D^a Celeste, com ensinamentos demonstrativos; - Referenciar para apoio de Assistente Social do ACES; 	<p>17/11 – A família Giroflé-Giroflá apresentava apoio domiciliário para cuidados de higiene por parte da Santa Casa e demonstravam conhecimento dos cuidados de bem-estar à D^a Celeste.</p> <p>Contudo a avó Celeste acabou por ser reinternada em dezembro de 2023, onde acabou por falecer.</p>

DATA: 03/11/2023

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	AVALIAÇÃO
<p>Cód.00046 - Integridade da pele prejudicada da D^a Celeste r/c internamento prolongado em situação crítica m/p úlcera por pressão (UPP) 3x3 com presença de tecido desvitalizado e necrótico na região sacro-coxígea.</p>	<p>Que a D^a Olívia e o neto Gaspar demonstrem conhecimento em como promover a integridade cutânea da D^a Celeste.</p>	<p><u>Domínio Cognitivo:</u> - Realizar ensino à Sr^a Olívia sobre medidas de prevenção de agravamento da lesão: promoção de alternância de decúbitos no leito no máximo 3/3h.; manter a lesão protegida da humidade; alimentação hiperproteica e hipercalórica que promova a regeneração tecidual; hidratação com 1.5-2L água/ dia e aplicar creme hidratante em toda a superfície corporal 2x/dia.</p> <p><u>Domínio Afetivo:</u> - Disponibilizar tempo e abertura à esposa do Sr. M.S para expor as suas dúvidas à equipa de visita domiciliária.</p> <p><u>Domínio Comportamental:</u> - Realizar limpeza com SF e efetuar penso da lesão com desbridante autolítico 2x/semana; - Manter vigilância e registos das características da lesão (tecidos, dimensão, cheiro, exsudado e presença de sinais inflamatórios) para averiguar a efetividade do apósito.</p>	<p>17/11 - A lesão por pressão da região sacro-coxígea da D^a Celeste apresentava-se mais limpa com 70% de tecido viável e já somente 30% de tecido inviável.</p> <p>Contudo a avó Celeste acabou por ser reinternada em dezembro de 2023, onde acabou por falecer.</p>

DATA: 20/12/2023

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	AVALIAÇÃO
<p>Cód.00302 – Risco de Luto Desaptativo do Gaspar r/c falecimento da avó paterna e estar a vivenciar várias crises em simultâneo.</p>	<p>Que o Gaspar consiga verbalizar os seus sentimentos em relação à perda da avó.</p>	<p><u>Domínio Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Determinar sentimentos em relação à situação de perda;- Monitorizar as relações familiares atuais, bem como a rede de suporte. <p><u>Domínio Afetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Realizar uma escuta ativa;- Estabelecer uma relação de confiança;- Dar espaço para expressar as suas emoções;- Referenciar para apoio de psicologia. <p><u>Domínio Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Envolver pessoas significativas, como a mãe Olívia.	<p>10/01/2024 – O Gaspar apresentava-se com rosto triste e fechado quando abordado o tema de perda da avó, tendo respostas fechadas, que manifestou a necessidade de apoio diferenciado de psicóloga do ACES. Aceitou apoio e foi referenciado.</p>

Conclusão

Com a concretização deste estudo de caso, que se refere a uma família com as características do projeto, foi possível identificar como nesta família o neto adolescente pode se tornar um cuidador direto e indireto da avó com algumas estratégias que puderam retirar a sobrecarga da cuidadora principal, podendo esta família atravessar os eventos críticos que lhe surgiram mais empoderada. Para além disso, foi evidente que a presença do enfermeiro de família faz a diferença em famílias a atravessar situações complexas, como a relatada neste estudo de caso, pois são um elemento crucial em quem a família confia os seus problemas para em conjunto chegarem à melhor solução, quer com recurso a apoios internos ou externos. Para tal, foi evidente que uma avaliação estruturada com base num modelo de avaliação familiar, como o MCAIF, e com recurso à aplicação de instrumentos de apreciação familiar, torna-se, ainda mais crucial em famílias em situação complexa como a família Giroflé-Giroflá, uma vez que leva ao conhecimento profundo da mesma e dos seus possíveis/reais problemas, que por conseguinte permite direcionar a intervenção mais adequada a cada família cuidada.

Referências Bibliográficas

- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J.L. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66. <http://hdl.handle.net/10362/95522>.
- Bairrada, P., Caniço, H., Carvalho, A., & Rodriguez, E. (2010). *Novos tipos de família: plano de cuidados*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Bourget, M. & Cruz, M. (2010). A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. *Revista Saúde Sociedade São Paulo*, 19(3), 605-6013. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300012>.
- Bouso, R., Galera, S., & Silva, L. (2009). Aplicação do Modelo de Calgary para avaliações de famílias de idosos na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 530-534. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400006>.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2020). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. (7ª edição). ELSEVIER;
- Camacho, P. P., León, N. C., & Silva M. I. (2009). Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson en adolescentes. *Rev enferm Herediana*, 2(2), 80-85. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2009/febrero/Olson.pdf>.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência: SABOOKS.
- Godinho, N. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Hanson, S.M.H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Herdman, T.H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. (2021). *NANDA International, Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023*. (12ª edição). Thieme;
- Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2020). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. (6ª edição). ELSEVIER.
- Leahey, M & Wright, L. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na família*. (5ª edição). ROCA.
- <https://www.apfn.com.pt/faq.php>.

Apêndices

Apêndice I – Escala de FACES II aplicada à família Giroflé-Giroflá

	1 – Quase nunca	2 – De vez em quando	3 – Às vezes	4 – Muitas vezes	5 – Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					x
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					X
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	x				
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					X
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.		x			
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.		x			
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					x
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					x
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.			x		
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.			X		
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					X
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					x
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					X
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, com família.		x			
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					X
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.				X	
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.			X		
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.		x			
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.				x	
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.				X	
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.				x	
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.		x			
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.		x			
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.				x	
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.				x	
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					x
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	x				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	x				
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.			x		
TOTAL	COESÃO		Score:60 - Ligada		
	ADAPTABILIDADE		Score:55 – Caótica		

Observação: os itens com X são cotados inversamente. Para o score da **coesão** entram os itens:1,3,5,7,9,11,13,15,17,19,21,23,25,27,29,30. Para o score da **adaptabilidade** entram os itens:2,4,6,8,10,12,14,16,18,20,22,24,26,28.

Apêndice XIV– Avaliação do projeto através da aplicação *mentimeter*.

Join at menti.com use code 8674 1400

Mentimeter

Qual a sua opinião do Projeto?

15 responses

essencial
relevante
oportuna
pertinente
atual
muito bom
limitado
interessante
importante
inovador
difícil colaboração



novembro, 2023

Join at menti.com | use code 4152 7039

Mentimeter

Qual a sua opinião em relação aos resultados obtidos e às atividades desenvolvidas em estágio?

21 responses

resultados bem adquiridos
boa sorte no teu futuro
fenomenal e pertinente
agradecimento
oportuno
muito pertinente
excelente
pertinente
muito bom
interessante
ótimo
surpreendente
dedicação
pertinentes
elucidativo
óptimo trabalho desenvolvidado
ajustado



fevereiro, 2024