

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**FAMÍLIAS COM MEMBRO DEPENDENTE A CARGO:
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR - Projeto de
desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área da Enfermagem de Saúde
Familiar**

Families with a dependent member in charge: Family
assessment and intervention - Project for the development
of specialized clinical skills in Family Health Nursing

Orientadora: Professora Ana Isabel Vilar

Coorientadora: Professora Doutora Maria José Peixoto

Autora: Andreia Moreira Santos

Porto, 2023

“A aprendizagem é uma jornada infinita, onde a humildade nos torna recetivos, a resiliência nos mantém firmes, a perseverança nos leva adiante e o amor por causas nos dá um propósito.”

Autor desconhecido

Para ti meu pai, que a tua estrela aí no céu resplandeça de orgulho

ESTE FOI SEM DÚVIDA UM CAMINHO DE GRATIDÃO...

Agradeço às professoras Ana Vilar e Maria José Peixoto pela constante disponibilidade, pelo despertar da curiosidade e pelo direcionar do caminho, o que tornou as desafios e desânimos ultrapassáveis...

Agradeço à minha tutora que se tornou muito mais do que isso, uma amiga que ganhei para a vida ...

Às famílias selecionadas durante este estágio que me permitiram entrar em suas casas e vidas contribuindo para o meu crescer enquanto enfermeira especialista em saúde familiar...

Aos meus colegas de mestrado pela partilha constante, mas sem dúvida um agradecimento especial ao “Quinteto Fantástico” pelos momentos de loucura e por nos termos sustentado quando mais ninguém o fazia...

À minha equipa, às “minhas” quatro que estiveram lá a dar a cara pela Egas Moniz quando eu não estava, à Sara, a minha amiga de sempre, que me motivaram quando só me apetecia desistir e que muitas vezes ouviram os desabafos...

À minha família, ao meu marido e filhos, obrigada por terem respeitado este meu tempo e necessidade de precisar de mais, de terem aguentado as minhas ausências e mau-feitio.

Àquele que está lá em cima a cuidar de todos nós...o meu piscar de olhos de sempre...obrigada por continuares a cuidar de mim.

RESUMO (PORTUGUÊS)

O envelhecimento populacional é um fenómeno global que tem implicações significativas nas famílias e na sociedade como um todo. Este envelhecimento acarreta um maior risco de aumento da dependência de cuidados. Muitas vezes, esses cuidados são assumidos pelas próprias famílias, que se tornam cuidadoras informais dos seus membros dependentes. Esta responsabilidade tem um impacto significativo na dinâmica familiar, na saúde, economia e bem-estar de toda a família.

O presente relatório reporta ao trabalho desenvolvido ao longo do estágio que decorreu numa USF do ACES de Gaia (de novembro de 2022 a junho de 2023). Este contexto serviu para o desenvolvimento do trabalho – Famílias com membro dependente a cargo: avaliação e intervenção familiar, tendo como objetivo demonstrar o desenvolvimento das competências clínicas comuns e específicas do enfermeiro especialista, nomeadamente cuidar a família, enquanto unidade de cuidados e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Utilizando o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial teórico e operativo do processo de avaliação e intervenção familiar, foram selecionadas 6 famílias para a prestação de cuidados especializados. A colheita de dados teve como base os instrumentos de avaliação familiar e em colaboração com as famílias foram identificadas as suas forças e recursos, bem como as necessidades de intervenção que apresentavam. Foram estabelecidos planos de cuidados individualizados para cada família, de acordo com as suas características específicas e foram utilizadas técnicas de intervenção ativa. Após intervenção foram avaliadas as mudanças de juízos diagnósticos que conduziram a ganhos em saúde familiar. No âmbito da melhoria do padrão de documentação em saúde familiar foi realizada uma formação à equipa de enfermagem sobre esta temática e outra sobre “Famílias com membro dependente - estatuto do cuidador informal” e elaborado um folheto sobre recursos comunitários.

Este processo implicou uma análise contínua das atividades implementadas, tendo sempre presente o desenvolvimento das competências acima mencionadas. Conclui-se que este processo destaca a eficácia da utilização do MDAIF em famílias com membros dependentes e que se recomenda a sua implementação por enfermeiros especialistas em saúde familiar que possam assim demonstrar ganhos em saúde contribuindo para a mudança do paradigma assistencial.

Palavras-chave: enfermagem, saúde familiar, membro dependente

RESUMO (INGLÊS)

Population aging is a global phenomenon that has significant implications for families and society. This aging trend carries a higher risk of increased dependency on care. Often, these caregiving responsibilities are shouldered by families themselves, who become informal caregivers for their dependent members. This responsibility has a significant impact on family dynamics, health, finances, and overall well-being.

This report reflects the work carried out during the internship that took place at a Primary Healthcare Unit (Aces de Gaia) from November 2022 to June 2023. This context served as the backdrop for the development of the project – Families with a dependent member in charge: family assessment and intervention. The objective was to demonstrate the development of common and specific clinical skills of the specialized nurse, particularly in caring for the family as a care unit and leading and collaborating in family nursing intervention processes.

Using the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention as the theoretical and operational framework for the family assessment and intervention process, six families were selected for specialized care. Data collection was based on family assessment tools, and in collaboration with the families, their strengths and resources were identified, as well as their intervention needs. Individualized care plans were established for each family, tailored to their specific characteristics, and active intervention techniques were employed. After intervention, assessments were made to evaluate changes in diagnostic judgments that led to gains in family health.

In the scope of improving the standard of family health documentation, training sessions were conducted for the nursing team on this subject and on “Families with a dependent member – informal caregiver status.” Additionally, a brochure on community resources was created.

This process involved continuous analysis of the implemented activities, always keeping in mind the development of the competencies. It is concluded that this process highlights the effectiveness of using the MDAIF in families with dependent members, and its implementation is recommended for family nurses specialists. This contributes to health gains and contributes to a shift in the care paradigm.

Keywords: nursing, family health, dependent member

CHAVE DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

ACES – AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

ARS – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE

AVC – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

CTC – CONSELHO TÉCNICO CIENTÍFICO

DGS – DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

DM – DIABETES MELLITUS

EAM – ENFARTE AGUDO MIOCÁRDIO

EEEC – ENFERMEIRO ESPECIALISTA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

EEEMC – ENFERMEIRO ESPECIALISTA ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

EESCESF – ENFERMEIRO ESPECIALISTA SAÚDE COMUNITÁRIA ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR

EESIP – ENFERMEIRO ESPECIALISTA SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

EF – ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

HTA – HIPERTENSÃO ARTERIAL

INE – INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA

IPSS – INSTITUIÇÃO PARTICULAR SOLIDARIEDADE SOCIAL

OE – ORDEM DOS ENFERMEIROS

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

OPSS – OBSERVATÓRIO PORTUGUES SEGURANÇA SOCIAL

PIE – PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECÍFICO

PNS – PLANO NACIONAL SAÚDE

RNCCI – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

RSF – REGISTOS SAÚDE FAMILIAR

UC – UNIDADE CRÉDITO

USF – UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

VD – VISITA DOMICILIÁRIA

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	14
1.1. Contexto da Prática.....	14
1.2. Caracterização das Famílias	16
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1. Modelos Teóricos.....	19
2.2. Família, Funções e Papéis.....	24
2.3. Familiar cuidador, recursos e estatuto	27
3. DESENVOLVIMENTO DA COMPONENTE CLÍNICA.....	32
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados e a cada um dos seus membros	32
3.1.1. FAMÍLIA 1	36
3.1.2. FAMÍLIA 2	46
3.1.3. FAMÍLIA 3	55
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	64
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	70
CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	76
ANEXOS.....	82
Anexo I – Prestação de cuidados às famílias 4, 5 e 6	
Anexo II - Matriz operativa MDAIF	

Anexo III – Quadro resumo diagnóstico de situação relativo à formação “Famílias com membro dependente a cargo – Estatuto do Cuidador Informal”

Anexo IV – Planificação e avaliação imediata da formação Registos em Saúde familiar

Anexo V – Planificação da formação “Famílias com membro dependente a cargo – Estatuto do cuidador Informal”

Anexo VI – Avaliação imediata da formação “Famílias com membro dependente a cargo – Estatuto do cuidador Informal”

Anexo VII – Instrumento avaliação necessidades formativas e avaliação de conhecimentos (1º e 2º momentos avaliativos)

Anexo VIII - Folheto recursos comunitários

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1 - Pirâmide etária da USF	15
Figura 2 - Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação de acordo com MDAIF	21
Figura 3 - Genograma família 1	36
Figura 4 - Ecomapa família 1	38
Figura 5 - Focos de atenção avaliados segundo a matriz operativa do MDAIF na família 1.....	39
Figura 6 - Genograma família 2	47
Figura 7 – Ecomapa família 2	47
Figura 8 - Focos de atenção avaliados segundo a matriz operativa do MDAIF na família 2	48
Figura 9 - Genograma família 3	55
Figura 10 - Ecomapa família 3	56
Figura 11 - Focos de atenção avaliados segundo a matriz operativa do MDAIF na família 3 ...	57

ÍNDICE DE QUADROS:

QUADRO 1 - Unidades de competências e critérios de avaliação da segunda competência específica do EESCESF do Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros	64
---	----

INTRODUÇÃO

O conceito de Saúde Familiar (SF) e Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) tem sido alvo de grande atenção e desenvolvimento nos últimos anos. A SF entende o estado de saúde da família como unidade, incluindo o impacto da saúde de um membro familiar na família e nos membros individuais (NLM, 2021). Está “associada à capacidade da família em desenvolver as suas funções, apresentando uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros” (Figueiredo, 2012, p. 49) como citado em (Silva, 2021).

A ESF é um “campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico” (Figueiredo, 2012, p. 3). Constituindo-se como o processo de cuidar da saúde das famílias podendo ter como objetivo a família como contexto, como um todo, como um sistema ou como um componente da sociedade. (Hanson, 2005).

Cuidar a família no âmbito da ESF requer do Enfermeiro Especialista Saúde Comunitária na área da Enfermagem Saúde Familiar (EESCESF) uma prática favorecedora do empoderamento da família, invertendo o modelo assistencial centrado apenas na cura de doenças (Moimaz, Fadel, Yarid, & Diniz, 2011). É crucial avançar no campo profissional em direção a modelos que priorizem a teoria de enfermagem, com ênfase na promoção de processos adaptativos e intencionais. Isso consiste na busca por compromissos e corresponsabilidades entre os profissionais de saúde e família, envolvendo esta última na procura de soluções para os seus problemas e capacitando-a no desenvolvimento de estratégias que facilitem a tomada de decisões autónomas (Silva, 2021).

No âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo 2022/2023, foi proposta a elaboração de um relatório da unidade curricular. Este relatório reflete a atividade realizada no estágio do módulo I e no estágio do módulo II que decorreram de 28 de novembro de 2022 a 23 de junho de 2023, com um total de 510h, correspondendo a um total de 45 ECTS.

Partindo da caracterização de 60 famílias do ficheiro das famílias do enfermeiro Tutor em que 52% eram constituídas por famílias nucleares e 17% das mesmas apresentavam dependentes no seu agregado familiar, sendo que apenas 2 destas famílias beneficiavam de visita domiciliária por parte do seu enfermeiro de família foi surgindo a seleção do tema.

A USF apresenta percentagem de dependência de idosos 23,04 % superior à média nacional que é de 22,3% (Pordata, 2021) e na amostra avaliada, dentro das famílias nucleares, 75% das mesmas eram compostas por casais idosos, com filhos adultos que na sua grande maioria já não pertenciam ao mesmo agregado.

A Unidade de Saúde Familiar (USF) em 2022 identificou como necessidade de melhoria a prestação de cuidados a utentes dependentes tendo para tal estabelecido um plano assistencial integrado nesta área de cuidados.

Assim surge o tema deste relatório - avaliação e intervenção em famílias com membro dependente a cargo com um total de sete famílias selecionadas para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESCESF. Os critérios para a seleção das famílias para a prestação de cuidados especializados foram: famílias com membro dependente a cargo e subsistema conjugal presente; residência dentro da área de abrangência da USF; grau de dependência moderado a grave avaliado segundo a escala de Barthel.

Este relatório tem como objetivos gerais: demonstrar o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e o desenvolvimento de competências específicas de enfermagem especializada na área de Saúde Familiar, nomeadamente cuidar a família, enquanto unidade de cuidados e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, reconhecendo situações complexas e formular respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar (Regulamento n.º 428/2018, OE) bem como dar resposta a um processo avaliativo.

O índice de envelhecimento aumentou em Portugal entre 2011 e 2019, passando de 127,6 para 163,2 idosos por cada 100 jovens e a esperança de vida à nascença aumentou 4,5 anos nas duas últimas décadas, sendo de 81,1 anos no triénio 2018-2020 (PNS 2021-2030, DGS).

Segundo Bento, (2021, p. 1) "As mais recentes projeções demográficas colocam Portugal como o sexto país mais envelhecido do mundo e apontam para que, em 2080, Portugal seja o país europeu com maior peso dos "muito idosos" no conjunto da população, com as pessoas acima dos 80 anos a representar 16,1% da população."

Ao mesmo tempo, também se verifica um aumento significativo dos índices de dependência dos idosos, nomeadamente de 26,8% em 2008 para 36,8% em 2021. Assim como do índice de dependência total, que aumentou de 50,1% em 2008 para 57% em 2021 (PORDATA, 2021).

Portugal encontra-se assim confrontado com um envelhecimento demográfico em que as pessoas idosas apresentam baixos níveis de saúde e bem-estar, o que se reflete em elevados índices de dependência para o autocuidado (Despacho nº 12427/2016, 2016).

A dependência no autocuidado, podendo interessar a diferentes disciplinas do conhecimento, tem para a enfermagem um interesse particular. Sendo o autocuidado foco de atenção central da Enfermagem, os EESCESF estão na linha da frente dos cuidados às famílias com membros dependentes, pelo que é essencial conhecer as suas características e necessidades de cuidados. Vivenciar o processo de envelhecimento na família, em concreto pelos filhos, é de extrema riqueza, no entanto, constitui um desafio a ser vivido por todos os elementos da família. O EESCESF deve procurar assumir-se como um facilitador na superação deste desafio pela família, na medida em que acompanha, de forma contínua, estes elementos ao longo do ciclo vital familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os modelos teóricos usados como referência para a sustentação dos cuidados prestados às famílias como clientes foram o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Wright & Leahey, 2009), o Modelo de Resiliência, Stresse, Ajustamento e Adaptação Familiar (McCubin e McCubin, 1993) e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012) do qual foi usada a sua matriz operativa na prestação de cuidados às famílias, sendo que, para a prestação de cuidados individuais a cada um dos membros da família estes cuidados foram sustentados na teoria das transições de Meleis (2010).

O presente documento está dividido nos seguintes capítulos: caracterização do contexto clínico, enquadramento teórico da temática abordada, apresentação dos casos/ famílias estudadas e as atividades que demonstram o desenvolvimento das competências do EESCESF, análise reflexiva acerca dos contributos para o desenvolvimento de competências e por uma síntese final.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

No decorrer do próximo capítulo descreve-se o contexto onde decorreu o estágio de uma forma mais detalhada, bem como proceder à caracterização das sessenta famílias que levaram ao estabelecimento da temática escolhida.

1.1 Contexto da prática clínica

A USF onde decorreu o estágio, situa-se na área administrativa da ARS Norte. As suas instalações foram inauguradas em 2018, sendo toda a parte assistencial desenvolvida no rés-do-chão do edifício que é partilhado com outra USF. O primeiro andar compreende armazéns, sala de reuniões, vestiários e cafetaria.

A sua equipa é composta por 8 médicos, 8 enfermeiros (2 EESIP, 1EEEC, 1EEEMC) e 4 secretários clínicos. Como método de trabalho apresentam o método do enfermeiro de família. Os enfermeiros apresentam mais de 300 a 400 famílias nas suas listas (preconizado pela Ordem dos enfermeiros), não funcionando por área geográfica, mas sim por lista partilhada.

O seu modelo de funcionamento é o modelo A, sob alçada do Despacho Normativo nº10/2007, de acordo com o Decreto-Lei 73/2017 de 16 de agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF. As USF modelo A estabelecem um regime de contrato-programa anualmente com a ARS que corresponde à prestação de cuidados de saúde primários à população inscrita, com um grande enfoque na promoção da saúde, prevenção de doenças e gestão de doenças crónicas. Apresentam autonomia na escolha da equipa de profissionais que a constitui bem como, na gestão de recursos e na organização dos serviços que prestam. São sujeitas a avaliação de desempenho anual que avaliam os objetivos a que se propuseram anteriormente através do Índice de Desempenho Global (IDG). A sua coordenadora é médica e o conselho técnico é composto por um médico e por um enfermeiro, constituindo juntamente com o conselho geral

(composto por todos os profissionais da USF) os órgãos de gestão da USF, cumprindo o Decreto-Lei acima mencionado.

Funciona das 8-20h em dias úteis e apresenta como alternativas assistenciais o Atendimento Complementar das 20-23h em dias úteis e das 8-20h aos sábados, domingos e feriados, bem como o serviço de urgência do hospital de referência.

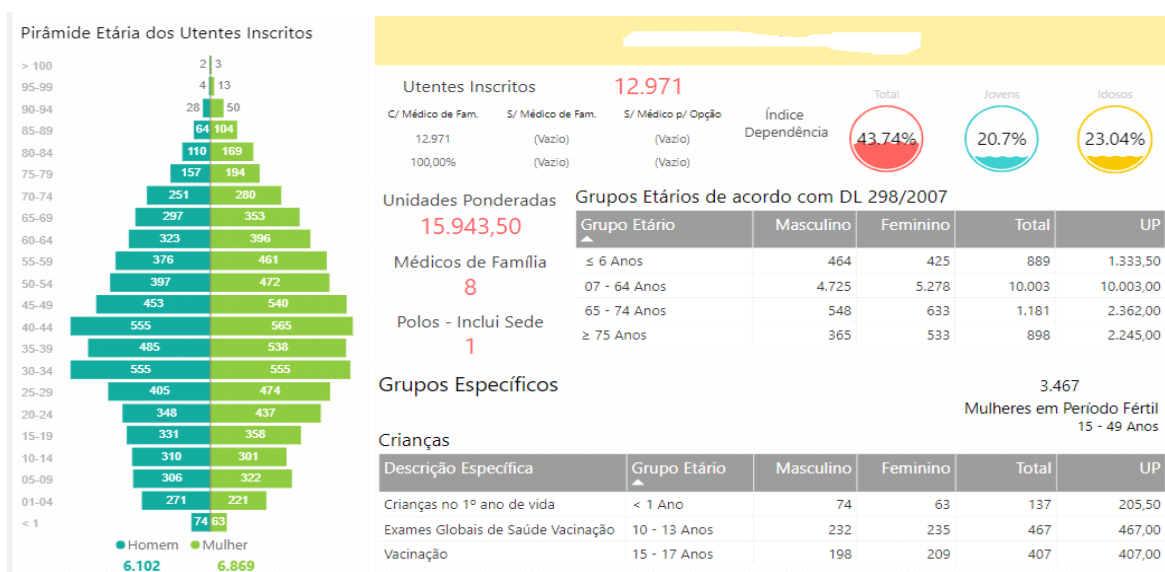
De acordo com o Regulamento Interno da USF de 2018, apresenta como visão prestar cuidados de excelência, capaz de otimizar os recursos disponíveis, garantindo em toda a região serviços com padrões de qualidade técnico-profissional e diferenciação, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação e têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na unidade, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

Tem como área de abrangência freguesias essencialmente urbanas, com grande densidade populacional, mas com crescimento do parque habitacional de forma descontrolada e essencialmente em altura apresentando alguns bairros sociais.

A maioria da população trabalha no sector secundário e terciário e apresenta como serviços de transportes públicos para a USF apenas duas linhas da MGC estando escassamente servida de transportes públicos.

A análise da pirâmide abaixo apresentada, reflete a presença de maior número de idosos (idade superior 65 anos) em detrimento de crianças, permitindo classificar esta população como envelhecida o que corrobora a aposta nos cuidados a este tipo de população e a quem deles cuida.

Figura 1 – Pirâmide etária da USF



Fonte: BI- CSP 11/2022

A USF possui 12971 utentes inscritos, com listas de cerca de 1600/1700 utentes por médico/enfermeiro. Apresenta uma percentagem de dependência de idosos de 23,04 %, superior à média nacional que é de 22,3% (Pordata, 2021) e apresenta um índice de dependência total de 43,7%, sendo o total nacional de 56,6% (INE, 2020).

Em 2022, a USF contratualizou 60 % de visitas domiciliárias de enfermagem a utentes dependentes e, tendo ficado aquém do inicialmente definido, houve necessidade de implementar um plano de auditoria interna e posteriormente um processo assistencial integrado com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados bem como ao alinhamento do que contratualmente foi definido.

1.2 Caracterização das famílias

A enfermeira RM, tutora deste estágio, apresenta uma lista de 1689 utentes que corresponde a 671 famílias, tendo-me sido solicitado a caracterização de 60 famílias deste ficheiro.

Para a caracterização destas famílias usei a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e procurei avaliá-las nas dimensões estrutural (composição da mesma, vínculos e sistemas mais amplos, classe social e aspetos relacionados com o seu contexto ambiental), e de desenvolvimento, relacionada com a fase do ciclo vital definida por Relvas (2000) em que a família se encontra (Figueiredo, 2012) utilizando como recursos o contato telefónico e consultas presenciais com as famílias ou alguns dos seus elementos.

Assim, mais de 50% eram famílias nucleares (homem e mulher ou casal do mesmo sexo legalmente casados ou não, com filhos biológicos ou adotados) (Figueiredo, 2012) e encontravam-se na fase 5 do ciclo vital de acordo com Relvas – Família com filhos adultos (Relvas, 2000).

A escala de Graffar avalia as condições socioeconómicas das famílias (profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto e localização da habitação), sendo estas características importantes como modeladores do sistema de crenças e valores das famílias (Wright & Leahey, 2011) bem como, por exemplo, as famílias com baixo estatuto socioeconómico estão associadas a défices de acesso a recursos materiais, sociais e de saúde. Esta escala foi adaptada à população portuguesa em 2001 por Fausto Amaro (Figueiredo, 2012). Segundo esta escala, as famílias analisadas, relativamente à classe social 75 % das famílias dividiam-se entre classe média e média baixa. No que diz respeito ao tipo de habitação, 75%

correspondia ao grau 3 e 4 (Escala de Graffar) o que se explica por um elevado número de famílias residir em bairros sociais.

O subsistema conjugal é o mais presente (65%) e 6,7% das famílias estavam a passar por transições desenvolvimentos (gravidez) e 13,3% situacionais. 78% das famílias apresenta em pelo menos um dos seus membros doenças crónicas sendo as cardiovasculares (HTA, DM) as mais prevalentes com uma percentagem de 60%.

Das famílias que apresentam dependentes no seu agregado familiar (17%), apenas 2 recebem visita domiciliária de enfermagem de forma estruturada, por parte do enfermeiro de família, pois são utentes que apresentam úlceras de pressão. Para esta equipa de enfermagem a visita domiciliária de carácter não curativo não constituía uma rotina.

Cerca de 90% das famílias apresentava como rede social a família extensa com a qual contava em momentos de necessidade (não sendo na sua maioria o contato diário).

Aplicando os critérios definidos para seleção das famílias para prestação de cuidados de enfermagem especializados - famílias com membro dependente a cargo e subsistema conjugal presente - ao ficheiro do enfermeiro Tutor, inicialmente tinha 14 famílias que cumpriam os critérios definidos na temática. Foram excluídas 7 famílias: 2 famílias que residiam fora da área de abrangência da USF e as outras 5 famílias devido ao membro da família dependente apresentar um grau de dependência ligeiro avaliado através da escala de Barthel (escala desenvolvida em 1965 por Mahoney e Barthel e que avalia o grau de independência funcional de uma pessoa na realização das atividades de vida diária) pois o critério era ter graus de dependência moderados a severo.

Assim, a seleção de famílias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados que permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas foi constituída por 7 famílias.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística em 2021, a população com 65 ou mais anos representava cerca de 22% do total da população portuguesa, sendo que em 2030, este número será o dobro do número das pessoas com menos de 15 anos e atingirá quase o triplo em 2050 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022). Com o aumento da esperança média de vida e o aumento da vulnerabilidade dos mais idosos, a probabilidade de estes virem a ser dependentes de terceiros, é cada vez mais recorrente (Doran, Hutchinson & Brown, 2015). Contudo, as políticas de saúde e sociais não têm conseguido dar resposta e são, cada vez mais, as famílias as responsáveis pelos cuidados informais aos seus membros dependentes (Relatório anual da Segurança social, 2019).

A evolução das sociedades atuais, os novos modelos de família e o aumento da esperança média de vida, conduzem a alterações inevitáveis nas famílias, obrigando-as a uma reorganização e adaptação constantes, o que conduz a situações de instabilidade, provocando desequilíbrios na coesão e adaptabilidade da estrutura familiar. (McCubin & McCubin, 1993)

Estas modificações levam as famílias a ter necessidade de intervenções de enfermagem qualificadas, de forma a promover ou ajudar a restabelecer o equilíbrio familiar. A dependência é definida como a:

“Situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Decreto-Lei n.º 101/2006, pág. 3857).

A dependência de um membro da família impacta o sistema familiar como um todo, pois implica a mudança nas dinâmicas familiares (nos papéis desempenhados por cada um dos seus membros e nas relações existentes entre si, o que pode causar necessidades de ajustamentos), o aumento do *stress* familiar (devido ao aumento das solicitações principalmente ao(s) membro(s) cuidador(es)), alterações na comunicação (por necessidade de comunicação mais frequente sobre cuidados ou tomada de decisões), adaptação a novas prioridades (mudança das atividades e objetivos familiares tendo como objetivo o bem-estar do membro dependente) e o impacto financeiro (aumento das despesas e dependendo da condição

financeira familiar, pode gerar dificuldades financeiras) (Boss, 2000; McCubbin & McCubbin, 1993). Contudo, esta mesma dependência tem impacto distinto nos membros da família de forma individual: sobrecarga de tarefas e gestão emocional, no caso dos cuidadores com risco acrescido de sobrecarga por limitações físicas e pela exigência do cuidado, se o cuidador for um idoso; sentimentos de frustração, perda de independência, dignidade e diminuição de autoestima se estivermos perante o membro dependente assim como sentimentos de ansiedade e confusão provocados pela mudança de rotinas familiares, caso existam crianças ou outros membros idosos na família (Wright & Leahey, 2011).

Nos seguintes subcapítulos serão abordados os modelos teóricos que serviram de base para a prestação de cuidados à família como o MDAIF e o Modelo de resiliência e adaptação familiar de McCubbin & McCubbin (1993) bem como, a teoria das transições de Meleis na qual foi baseada a prestação de cuidados individual e conceitos importantes para o desenvolvimento da temática como papéis e funções familiares, familiar cuidador, recursos e estatuto do cuidador informal.

2.1 – Modelos teóricos que sustentam a prática

Os modelos teóricos de enfermagem são fundamentais, não apenas para a prática clínica, mas também para o desenvolvimento e definição da profissão de enfermagem como um todo, pois constituem guias essenciais que ajudam os enfermeiros a entender, planejar e executar cuidados com elevados padrões de qualidade.

Porque este trabalho é desenvolvido no âmbito do desenvolvimento de competências em enfermagem de saúde familiar, importa fazer referência aos modelos que permitem aos enfermeiros que trabalham com famílias operacionalizar os cuidados que prestam às mesmas. Assim abordarei o Modelo de Calgary de Avaliação e o de Intervenção Familiar e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, modelo escolhido para o trabalho desenvolvido com as famílias durante o estágio. O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (2009) tem como referências teóricas o pós-modernismo, a teoria geral dos sistemas, a cibernética, a teoria da comunicação humana, a teoria da mudança e a biologia da cognição. Foi criado por Wright & Leahey, enfermeiras canadianas, professoras de Enfermagem na

Universidade de Calgary. Permite perceber a família como um sistema, identificar os problemas de saúde, os recursos e meios para os enfrentar e os apoios comunitários disponíveis, possibilitando assim uma orientação para intervenção na família (Wright & Leahey, 2011). Avalia a família em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada uma dessas dimensões integra várias categorias e subcategorias que, no seu conjunto, permitem a avaliação sistêmica da família numa perspectiva dinâmica e de continuidade. O Modelo de Calgary de Intervenção familiar é uma estrutura organizada para a concetualização do relacionamento entre as famílias e o enfermeiro, com o objetivo de efetuar mudanças e promover o funcionamento familiar nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2011). As intervenções visam promover, melhorar, ou sustentar, o funcionamento familiar em um ou nos três domínios, pois a alteração de um deles pode afetar os outros.

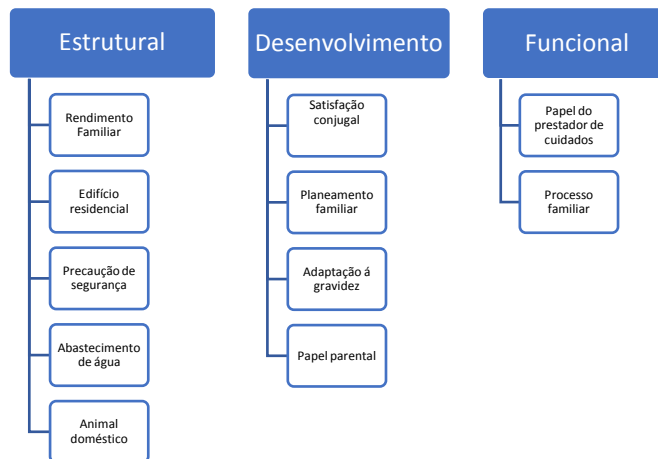
O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), de autoria de Figueiredo (2012) define os conceitos: Família, Saúde Familiar; Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família.

Tem como referencial epistemológico o Pensamento Sistêmico e como referencial teórico o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe confere uma organização específica, partindo do princípio fundamental de que são regidos por uma abordagem sistêmica, dando ênfase ao estilo colaborativo, que promove a potencialização das suas forças, recursos e competências. Considerando a família como unidade de cuidados, o foco é tanto a família como um todo, quanto os seus membros individualmente.

A estrutura operativa deste modelo (integrando as definições teóricas e operacionais e sustentada pelos pressupostos e postulados), permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar (avalia as famílias nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, estabelecendo diagnósticos, juízos e sugere intervenções).

Em seguida apresentam-se as áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação de acordo com o MDAIF na figura 2.

Figura 2 – Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação de acordo com MDAIF (Figueiredo, 2012)



De acordo com Rolland (1999) a adaptação da família a uma situação de doença de um dos seus membros depende de várias variáveis relacionadas com a doença, entre as quais a forma de surgimento da doença (agudo ou gradual), o percurso da mesma (progressivo, constante, recidivo ou episódico), o grau de incapacidade que a doença atribui (cognitivo, sensitivo, motor e/ ou social), com o tipo de doença em si (que muitas vezes acarreta um estigma) e com o grau de incerteza face ao futuro. O mesmo autor, refere que também as fases da doença em que a pessoa dependente se encontra, influenciam a adaptação da família a esta nova realidade, descrevendo como fases da doença: crise (antes do diagnóstico, onde começa o relacionamento com o sistema de saúde devido ao aparecimento de sintomas, do qual se sentem dependentes), fase crónica (onde ocorrem mudanças no funcionamento familiar com novos padrões de comunicação, de agir, onde se institui o papel de prestador de cuidados e onde ocorre a manutenção da autonomia de todos os membros da família) e a fase terminal (onde ocorre aceitação da morte, luto, tristeza e pode ocorrer perda da identidade familiar). De acordo com as fases acima descritas, ainda Rolland (1999) estabelece intervenções de enfermagem possíveis para cada uma delas, sendo que na fase de pré-diagnóstico, os enfermeiros devem ajudar a família na integração das experiências passadas positivas, na fase do diagnóstico inicial devem explorar a ambivalência, no primeiro impacto do diagnóstico devem fornecer suporte, ajudar na redução do stress e ansiedade e estar atento a ocorrência de quadros depressivos, caso ocorram. Na fase de aceitação do diagnóstico e tratamento,

sendo a fase mais difícil, o autor refere como intervenções a explicação personalizada de todas as dúvidas ao membro dependente e família bem como ajuda na identificação dos próprios recursos familiares. Na fase de tratamento devem intervir na sintomatologia que causa sofrimento, manutenção da qualidade de vida, prevenção de recaídas, promover o ajuste emocional e a importância do apoio na rede social e nos serviços de saúde (Figueiredo, 2009).

Já de acordo com Enelow (1999) para cada fase da doença existem tarefas – chave que a própria família tem de desenvolver, comportamentos familiares facilitadores e bloqueadores da adaptação familiar como, por exemplo, na fase de impacto da doença a família deve aceitar o diagnóstico do membro dependente, adaptar-se às capacidades físicas do mesmo e planejar o tratamento. Estão descritos pelo autor como comportamentos familiares facilitadores: a discussão aberta da nova realidade, a partilha de tarefas e o apoio na autonomia da pessoa dependente. São considerados problemáticos os comportamentos familiares abusivos que possam anular o papel que o membro dependente desempenha na família (Figueiredo, 2009).

A teoria das transições de Meleis (2010) facilitou a compreensão do fenómeno da transição saúde-doença da pessoa dependente e a transição do familiar para o papel de cuidador, tendo sido escolhida para sustentar a prática de cuidados individual. Sendo que, a transição é definida como:

“(…) a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta” (Meleis, 2010, p. 25).

Esta teoria classifica as transições quanto ao tipo, padrão e propriedades, e define condições pessoais, da comunidade e sociedade como sendo condições facilitadoras ou inibidoras da transição. Os tipos de transição podem ser: desenvolvimento (associadas às transições normativas associadas às fases do ciclo vital); do estado saúde/doença, situacionais (mudanças nos papéis) e organizacionais (mudanças dentro de organizações que têm influência na saúde e bem-estar) (Meleis, 2010). As transições de desenvolvimento ocorrem quando associadas às fases do ciclo de vida, como são exemplo, o casamento ou o nascimento do primeiro filho. As transições de saúde-doença surgem também associados ao fenómeno da dependência no autocuidado (Brito, 2012; Gonçalves, 2015; Petronilho et al, 2017). As transições situacionais acontecem quando existem mudanças nos papéis, padrões de comportamentos estabelecidos,

nas expectativas e na aquisição de novos conhecimentos e habilidades, como a transição para o exercício do papel de prestador de cuidador (Meleis, 2010).

A teoria define padrões de resposta com indicadores de processo (sentir-se envolvido, interação, estar situado, confiança e *coping*) e indicadores de resultado (mestria e integração fluida da identidade). Quando a pessoa atinge os indicadores de resultado, significa que o processo de transição está a ocorrer de forma saudável. As terapêuticas de Enfermagem são vistas como facilitadoras neste processo de transição (Meleis, 2010). Na equipa de saúde, os enfermeiros ocupam um espaço privilegiado para proporcionarem aos seus utentes o apoio necessário para vivenciarem processos de transição saudáveis. Para isso, desenvolvem ações deliberadas com o propósito da promoção da saúde, prevenção de doença e de intervenção na aquisição de um novo papel. Ao conjunto de ações desenvolvidas denominamos de terapêuticas de Enfermagem. De acordo com a fase de transição em que o indivíduo se encontra, Meleis defende diferentes terapêuticas de enfermagem: na preparação para a transição, o enfermeiro deve proceder a avaliação das necessidades físicas, emocionais, psicossociais do indivíduo em transição, bem como identificar os recursos disponíveis e os fatores de risco que o indivíduo apresenta. Deve também educar e orientar preparando-o para a transição. Esta educação inclui gestão de sua nova condição de saúde, medicação, estilo de vida saudável. Durante a transição, o enfermeiro deve prestar apoio psicossocial para ajudar o indivíduo a lidar com a ansiedade, medo e incerteza da mudança e continuar a monitorar a evolução do seu estado de saúde. Após o processo de transição o enfermeiro deve garantir que o indivíduo está bem-adaptado à mudança e se, necessário, proceder a ajustes no seu plano de cuidados e, de forma a manter e melhorar o estado de saúde do indivíduo após a transição, proceder a educação contínua. Ao longo de todo o processo de transição, o enfermeiro atua no apoio à tomada de decisão por parte dos indivíduos, fornecendo informações claras sobre a sua saúde e apoiando-os nas suas escolhas; exerce um papel de advocacia, defendendo os interesses e necessidades do indivíduo ao longo da transição, garantindo que recebem os cuidados adequados e atua como coordenador de cuidados, pois quando necessário, coordena os cuidados entre os diferentes prestadores de serviços de saúde para garantir uma transição suave e contínua (Meleis, 2010).

2.2 – Família, funções e papéis familiares

A família deve ser encarada como uma unidade com capacidade de mudança e crescimento, constituindo o lugar onde crescemos, envelhecemos e morremos. É o espaço privilegiado para a construção de aprendizagens de dimensões significativas e de interação: nomeadamente os contactos corporais, a linguagem, a comunicação; o espaço de vivência de relações afetivas profundas, a filiação, o amor, a sexualidade, num emaranhado de emoções e desilusões que no seu trajeto, vão dando origem ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra família (Alarcão, 2000).

Segundo Relvas (2000, p. 10) a família é considerada “... um ser uno e particular (...) é, deste modo, entendida como um sistema, um todo, uma globalidade que só nessa perspetiva holística pode ser corretamente compreendida”. Esta perspetiva baseada na Teoria Geral dos Sistemas, introduzida por Von Bertalanfy (1968), define as famílias como unidades compostas por membros, cujos padrões de interação são o foco de atenção. Assim, os membros que compõem a família e a forma como interagem, tornam cada família diferente de todas as outras, também elas únicas.

Segundo o MCAIF, família são todos aqueles que são percebidos como familiares pelo indivíduo ou pela família, independentemente de laços sanguíneos, legais ou culturais. As famílias incluem pessoas que são significativas nas nossas vidas, aquelas com quem compartilhamos laços emocionais e com quem temos interações frequentes e regulares (Wright & Leahey, 2009).

Para Figueiredo (2012), autora do MDAIF, a família, independentemente da sua configuração, constitui-se como um sistema aberto, complexo, com características de globalidade, totalidade, circularidade e auto-organização, que permitem a compreensão dos seus padrões de interação através das suas regras de funcionamento. A vida da família é mais do que a soma das vidas individuais dos seus membros. —Cada sistema pode conter subsistemas e estar inserido em outros sistemas maiores. Ou seja, cada membro da família desempenha, em simultâneo, diversos papéis, em diferentes contextos, que implicam outros tantos estatutos, funções e tipos de interação. Os indivíduos são por si só, sistemas muito complexos, compostos por subsistemas físicos (p. ex., sistema respiratório, cardiovascular) ou psicológicos,

mas ao mesmo tempo pertencem a subsistemas familiares quando por exemplo, pertencem ao casal (subsistema parental) ou são irmãos de alguém (subsistema fraternal), podendo também pertencer a suprasistemas mais amplos como são o caso de vizinhança, grupos desportivos, comunidades religiosas (Wright & Leahey, 2011; Figueiredo, 2012).

As funções familiares correspondem às atividades que a família tem de cumprir, a fim de suprir às necessidades dos seus membros e dar uma contribuição para a sociedade Minuchin (1990), existindo dois tipos de funções: uma interna, que se relaciona com o criar de condições facilitadoras de desenvolvimento e proteção dos seus membros, e uma função externa, na socialização, adequação e transmissão de uma determinada cultura. Estas funções têm como objetivos a criação de um sentimento de pertença ao grupo e de uma identidade familiar, tendo em vista a autonomização e individualização dos seus membros. Atualmente, a família mantém funções mais tradicionais como o suporte económico, a função reprodutora, de proteção, cultural, religiosa, educacional e de socialização, a função afetiva e a função de saúde (Hanson, 2005).

Entre as várias funções que a família desempenha, Martins (2002) considera uma das primordiais a proteção dos seus membros, particularmente traduzida no cuidar.

No que diz respeito às tarefas de desenvolvimento atribuídas às famílias com filhos adultos, Relvas (2000) enumera o facilitar da saída dos filhos de casa (onde deve existir um horizontalidade nas relações entre pais e filhos e devem ser respeitadas as decisões dos filhos enquanto pais), renegociação da relação de casal (implicações nos processos de intimidade, doença de um dos elementos ou dependência), aprender a lidar com o envelhecimento (autoconceito, autoestima, autonomia vs. dependência), reforçar a individualidade de cada um dos membros (convívio com amigos, atividades de lazer) e reforçar redes sociais de apoio (doença do cônjuge, preparação para a viuvez). Esta última etapa do ciclo vital familiar, designada como etapa acordeão, caracteriza-se pelo entrecruzar de gerações. Entram novos membros (noras, genros, netos) e simultaneamente as gerações mais idosas podem ter necessidade de sair ou entrar por necessidade de cuidados de saúde. É uma etapa complexa pois é necessário redefinir relações (Figueiredo, 2009).

Os papéis familiares são os comportamentos ou expectativas que a família deposita em cada um dos seus membros, permitindo a manutenção da identidade positiva da família, a resolução de problemas, sentimento de pertença familiar, perspetivar a unidade familiar em continuidade e dar resposta às necessidades individuais de cada membro. Estão assim descritos o papel de cônjuge, o papel parental, papel de parente (mantém contato com a

família alargada), de provedor (assegura a subsistência económica), recreativo (iniciativa de atividades recreativas em conjunto), gestão financeira (pagamento contas, gestão contas), cuidado doméstico, prestador de cuidados (Figueiredo, 2012).

A evolução demográfica, o aumento da esperança média de vida, a presença de cada vez mais idosos pertencentes à 4ª idade, a dispersão geográfica das várias gerações das famílias, o aumento de divórcios e de famílias reconstruídas, condicionam as famílias atuais na prestação de cuidados aos seus membros dependentes por estarem fisicamente distantes (Wright & Leahey, 2011).

Importa referir que em contexto de famílias com membros dependentes, o papel do prestador de cuidados irá ser muito importante para o funcionamento familiar. Este papel irá ser mais explanado no capítulo seguinte.

Na transição familiar de uma família com membro dependente interferem diversos fatores quer podem estar relacionados com a fase da doença (Rolland, 1999) e/ou com as atividades-chave que a família deve desenvolver e que podem facilitar ou dificultar o processo de transição (Enelow, 1999). Também os recursos que a família apresenta quer sejam cognitivos, relacionais, emocionais, comunitários, espirituais e comunicacionais interferem neste processo de transição (Figueiredo, 2009). Na mesma família, podem coexistir diferentes tipos de transições e em níveis de padrões de resposta diferentes, quer estejamos a falar da família como um todo, do familiar dependente ou do seu cuidador.

A presença de um membro dependente na família impacta estruturalmente a família pois estabelecem-se novos padrões familiares (associados à forma como foi selecionado o prestador de cuidados, à atitude que a família apresenta em relação ao membro dependente e ao isolamento social que o processo de cuidar provocou). Provoca impactos processuais, onde a identidade familiar deve ser preservada e o ciclo evolutivo da família prosseguir (podem interferir questões financeiras por diminuição de entrada de recursos financeiros, aumento das despesas e alterações da autoestima por parte do membro dependente) e impacta também emocionalmente e cognitivamente (principalmente no prestador de cuidados, que apresenta sentimentos contraditórios relativos ao dependente, como preocupação e culpa, e decepção com a restante família por diferentes posturas e opiniões relativas ao processo de cuidar) (Sousa et al, 2007; Imaginário, 2004). Nesta transição, é importante avaliar as estratégias de *coping* que a família foi capaz de desenvolver, as suas crenças e valores e o seu

padrão de interação, nomeadamente entre o membro que presta cuidados, a pessoa dependente e os restantes membros da família (Figueiredo, 2012).

2.3 – Familiar cuidador, recursos e estatuto

A família é a rede de apoio mais próxima da pessoa dependente, que assume tradicionalmente a responsabilidade de cuidador na organização, assistência e prestação de cuidados (Sousa, 2012). No entanto, a estrutura familiar sofreu grandes mudanças ao longo dos tempos, sendo, um dos fatores, a emancipação da mulher no mundo do trabalho, que antes tinha um papel fulcral no cuidar da casa, filhos e pais e agora investe na sua formação, ficando o cuidar do outro para segundo plano (Sequeira, 2018).

O familiar cuidador é definido como a pessoa “responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2019) e que presta cuidados relacionados com atividades de vida diária de forma não remunerada ao seu familiar dependente (Petronilho, 2017). Apesar de não existirem critérios específicos para a escolha do familiar cuidador dentro da família, na literatura são descritas situações transversais, tais como proximidade parental, afetiva, sentimentos de obrigação, proximidade física, vontade expressa do dependente e o facto de ser mulher (Martins, 2006; Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Imaginário, 2004; Veríssimo & Moreira, 2004; Chan & Yeung, 2002; Brewer, 2001). Também é corroborado, por diversos autores, o facto de ser frequentemente o elemento feminino da família a assumir este papel de familiar cuidador, esposa ou filha mais comumente (OMS, 2020; Peixoto, 2016). Imaginário (2004), agrupa os fatores que determinam a escolha do cuidador em três categorias: relação de afeto, obrigação ou reciprocidade, respeito pela vontade do recetor e ausência de outra solução.

Para Figueiredo (2012), esta área de atenção, papel do prestador de cuidados, deve ser avaliada segundo o MDAIF nas seguintes dimensões operativas: conhecimento do papel (aprendizagem cognitiva acerca da prestação de cuidados, de acordo com o grau de dependência do seu familiar), comportamento de adesão (desenvolvimento efetivo das tarefas de prestação de cuidados), consenso do papel (existência de consenso familiar na

atribuição do prestador de cuidados), conflito de papel (-existência de dificuldades na família na prioridade dos papéis) e saturação do papel (-associado à sobrecarga).

A transição para o papel de cuidador é uma situação complexa que exige aprendizagem de conhecimentos, aquisição de novas competências e alterações emocionais e psicossociais, pois quando surge a necessidade de cuidar de uma forma inesperada ocorre um choque de transição, podendo manifestar-se em sentimentos de ansiedade e *stress*. Esta situação, dentro da família, obriga ao desempenho de duplos ou triplos papéis como filho e cuidador, ou esposa, cuidadora e mãe o que implica o equilíbrio das próprias necessidades com as do familiar dependente e uma reorganização da própria identidade (Meleis, 2010).

Urge assim, a necessidade não só de munir o cuidador de conhecimentos suficientes para lidar com a situação do doente, mas também ajudá-lo a preservar o seu bem-estar (Martins, 2006).

Para que a tarefa de ser cuidador seja facilitada, este necessita de ter à disposição recursos e informações que permitam, àqueles a quem prestam cuidados, minimizar algumas das suas limitações e, resolver problemas práticos, e/ou ajudar na realização de tarefas quotidianas, aliviando-lhes a sua sobrecarga (Monteiro, 2010). Segundo Shuy (2000) os cuidadores familiares passam por um processo adaptativo até ao alcance de uma harmonia do cuidar, que denomina de “role tuning”, ou ajuste de papéis. -Para o estabelecimento deste estadio, a autora identifica três fases sequenciais: “*Role engaging*” que ocorre antes da alta e onde o familiar cuidador tem como principais necessidades informações sobre a condição do familiar dependente (-monitorização e gestão de sintomas, cuidados e atuação em situação de urgência); a segunda fase é a “*role negotiating*” em que familiar cuidador e familiar dependente atingiram um processo estável de interação de cuidados e onde as principais necessidade do familiar cuidador prendem-se com a obtenção de mestria nas suas habilidades (-execução de cuidados de higiene, alimentação, administração de medicação,...) e a última fase designada de “*role setting*” onde familiar cuidador e cuidado, apresentam um padrão estável de interação de cuidados e onde a principal necessidade do familiar cuidador é o suporte emocional (Meleis, 2010).

Meleis e colaboradores (2010) referem, que o grau de conhecimento que os cuidadores possuem acerca destes recursos, que podem também ser comunitários, pode influenciar o decurso da transição para o papel de prestador de cuidados (Petronilho, 2010). Também Figueiredo & Martins (2009) referem ser particularmente relevante, para a família com

membros dependentes a cargo, o conhecimento da sua existência (formas de acesso e utilização) e de suporte social.

Os recursos são todos os ativos, capacidades e suporte disponíveis que uma família pode utilizar para enfrentar os desafios associados ao cuidado de um membro dependente e, neste contexto, podem ir desde ajudas técnicas, serviços de saúde, grupos de apoio, centros de dia ou serviços de apoio domiciliário.

Os recursos são, nestas circunstâncias, um suporte inquestionável para a grande maioria das famílias que pretendem manter os seus familiares no domicílio. Com efeito, as dificuldades sentidas nesta matéria pelos cuidadores familiares e o fraco apoio recebido, são apontados como razões para a institucionalização dos membros da família dependentes no autocuidado (Pinto, 2010; Pimentel, 2005).

O Estado e a sociedade em geral, devem providenciar medidas que visem o apoio aos cuidadores de forma a garantirem a manutenção do seu bem-estar (Petrini et al., 2019). Em Portugal surge, em 2006, a Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho), que conta com unidades de internamento e ambulatório. Em 2015, o número total de vagas da RNCCI correspondia a apenas 30% das necessidades existentes (OPSS, 2015). Uma das finalidades da criação da RNCCI seria proporcionar descanso ao cuidador como está patente no artigo 17 do Decreto-Lei nº 101/2006, onde afirma na caracterização das unidades de longa duração a previsão da disponibilidade de internamento até 90 dias por ano para descanso do cuidador. Assim a RNCCI, claramente, não responde às necessidades reais do país.

Em 2019, surge o Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio. No entanto, só em 2022 é que foi regulamentada, através do Decreto Regulamentar nº 1/2022, de 10 de janeiro. Tem como objetivo a atribuição de um profissional de referência da área da saúde e um profissional de referência da área da segurança social, apoiando os seus cuidadores informais com várias medidas entre as quais: Plano de Intervenção Específico ao Cuidador (PIE); grupos de autoajuda; formação e informação; apoio psicossocial; descanso do cuidador informal; estatuto do trabalhador-estudante, reconhecimento, validação e certificação de competências, após finalizar o seu papel de cuidador informal; subsídio de apoio. Contudo, para usufruir deste estatuto, existem alguns requisitos que o familiar cuidador tem de apresentar, bem como a pessoa dependente, tais como: ser maior de idade, residir em território nacional, residir em comunhão de

habitação com a pessoa cuidada, ser familiar da pessoa cuidada até ao 4º grau em linha reta ou colateral, não receber nenhuma pensão social ou auferir qualquer remuneração pela prestação de cuidados permanentes à pessoa dependente, ter o consentimento da pessoa cuidada e esta, a pessoa dependente, possuir um dos seguintes complementos atribuídos pela segurança social: complemento por terceira pessoa, complemento por dependência primeiro ou segundo grau.

Este regulamento implica o desenvolvimento de competências por parte do cuidador e a demonstração das mesmas, e uma relação de proximidade com os dois profissionais de referência que, devem articular com as equipas de saúde familiar, atribuindo ao enfermeiro de família um papel preponderante nesta capacitação e transição de papel.

Apesar de terem passado quatro anos da implementação legal do estatuto do cuidador informal, um estudo recente refere que dos 16000 cuidadores com a medida atribuída em Portugal, apenas 5200 recebem medidas de apoio financeiras do estado, ou seja, um terço, sendo que muito há ainda a fazer no apoio a estas famílias e para isso, uma das medidas, é a prevenção e avaliação da sobrecarga do cuidador informal (OPSS, 2023).

A sobrecarga do cuidador é a condição que ocorre quando a pessoa responsável por cuidar de um indivíduo com algum nível de dependência, apresenta sinais de cansaço físico, emocional e mental devido às exigências e responsabilidades deste cuidado associadas a um desgaste acumulado (Sequeira, 2018).

Em termos epidemiológicos estima-se que, em todo o mundo, entre 40% a 70% dos cuidadores informais apresentem algum nível de sobrecarga, dependendo do contexto e das características da população estudada (OMS, 2017). Existe uma sobrecarga objetiva ligada às atividades desenvolvidas no cuidar e uma sobrecarga subjetiva, relacionada com especificidades do cuidador (Martins, 2006). A sobrecarga do cuidador pode levar ao abandono do papel de cuidador ou ao aumento da institucionalização do familiar dependente, pois o cuidador passa a ser considerado como um potencial doente, pois apresentam alterações do sistema imunitário, faltando a consultas de vigilância, alterações no padrão de sono, o que está muitas vezes associado ao número de horas despendidas a cuidar (Azevedo, 2010; Sena & Gonçalves, 2008; Martins, 2006).

Como forma de avaliação da sobrecarga do familiar cuidador durante este trabalho foi aplicada a escala de Zarit (1980) reduzida, por ser a que estava disponível no sistema informático em

uso nos cuidados de saúde primários e por ser de conhecimento da equipa de enfermagem da unidade onde o estágio foi desenvolvido e que será explicada no capítulo da prestação de cuidados.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

No sentido de cumprir o desenvolvimento de competências de EESCESF foram prestados cuidados a seis famílias selecionadas uma vez que, no decorrer do processo do estágio, uma das famílias, por motivos pessoais, decidiu deixar de colaborar com este processo de prestação de cuidados. No entanto, por limite de páginas, neste relatório será somente descrita a prestação de cuidados a três famílias, estando a prestação de cuidados das restantes famílias descrita em anexo (Anexo I).

A realização das consultas ocorreu no domicílio das famílias e foi precedido de um contato telefónico da enfermeira de família para obter o consentimento verbal.

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados e a cada um dos seus membros

Toda a avaliação e intervenção familiar foi realizada baseada no modelo operativo MDAIF (Figueiredo, 2012) e segundo um questionário avaliativo criado para o efeito que avalia as dimensões estrutural, desenvolvimento e funcional (Anexo II). Em todas as famílias tínhamos o subsistema conjugal presente, no entanto, nunca foi possível avaliar a satisfação conjugal nestas famílias pois um dos membros do casal constituía a pessoa dependente (apresentando compromisso cognitivo e o seu nível de dependência física impossibilitar esta avaliação).

Foram usados vários instrumentos para a avaliação familiar, tais como:

- Genograma - registo gráfico da composição familiar, apresentando pelo menos três gerações seguidas, permite uma abordagem transgeracional, fornece uma perspetiva sobre o passado da família, identifica os recursos e as necessidades do presente. Permite avaliar o tipo de família, dá-nos uma perspetiva dos subsistemas existentes, bem como da hierarquização entre os mesmos, os padrões de repetição verificáveis na família e os eventos familiares significativos, tais como traumas familiares e casamentos/divórcios (Figueiredo, 2009).

- Ecomapa - imagem visual das relações entre os elementos da família e o seu mesossistema. Explora as redes sociais, primária ou secundária. Foi desenvolvido em 1975, por Ann Hartman e tem como objetivos a evidência do equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação das pessoas e instituições de referência para aquela família, permitindo perceber a natureza dos vínculos entre eles) (Figueiredo, 2009).
- Escala de Grafar - bastante difundida e aplicada em contexto europeu, a sua primeira classificação surgiu em 1956 por Graffar, no sentido de conhecer a população do ponto de vista demográfico e socioeconómico. Em 1990, a referida escala foi adaptada à realidade portuguesa por Fausto Amaro e atualizada em 2001 (Amaro, 2001). Permite a classificação da família segundo a profissão, a instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e residência. Permite a relação entre classe social, literacia escolar e situações de pobreza e/ou exclusão social (Figueiredo, 2012).
- Apgar familiar de Smilkstein - tem como princípio de que os membros da família percebem o funcionamento familiar e são capazes de manifestar o grau de satisfação no cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar. Avalia cinco itens como a adaptação (partilha de recursos e grau de satisfação relativamente à assistência recebida pela família); participação (forma como as decisões são partilhadas e a satisfação com os processos de comunicação); crescimento (relacionada com flexibilidade familiar relativa à mudança de papéis e à concretização do crescimento individual); afeição (grau de satisfação com a partilha de intimidade, interação e experiências emocionais) e decisão (grau de satisfação com a partilha de tempo, espaço e recursos em contexto familiar) (Figueiredo, 2009)
- Faces II - constitui a segunda versão da “Family Adaptability and Cohesion Scale” do modelo Circumplexo de Olson, que explora o funcionamento das famílias a partir de dois conceitos principais como o da coesão (ligação emocional entre os membros da família, que resulta do equilíbrio dinâmico entre individualidade e autonomia e afiliação e pertença) e do da adaptabilidade (capacidade de mudança do sistema familiar, quando sujeita a fatores de crise, desenvolvimental ou acidental, que remetem para questões de liderança, papéis e regras). A escala é constituída por trinta itens, dezasseis relacionados à dimensão coesão e quatorze à dimensão adaptabilidade. Depois de aplicada individualmente a cada membro da família, as

famílias podem ser categorizadas em extremas, intermédias, moderadamente equilibradas e equilibradas (Figueiredo, 2009)

- Escala de readaptação social de Holmes e Rahe - escala que implica conhecer a história da família no último ano, nomeadamente eventos de vida familiares, stress e doenças psicossomáticas. Pressupõe que a família se molda e adapta às influências internas e externas (crises) até encontrar um ponto de equilíbrio. Tem como vantagem a abordagem simples da relação das situações de crise com a probabilidade de desenvolvimento de doenças psicossomáticas dos membros da família. Ajuda o enfermeiro a identificar situações de stress passíveis de intervenção, ajudando a família a ultrapassar de forma positiva o momento de crise (Figueiredo, 2009).

Aplicando o processo de enfermagem e após a avaliação de enfermagem, segue-se o estabelecimento dos diagnósticos que traduzem necessidades de intervenção, passamos à etapa do planeamento de cuidados definindo objetivos e critérios de resultado e selecionamos as intervenções mais adequadas. Para a concretização dessas intervenções, foram utilizadas técnicas de intervenção sistémica que assentam no *feedback* que a família dá face às informações solicitadas pelo profissional de saúde sobre as relações e diferenças, possibilitando a organização do sistema e a avaliação das interações familiares (Relvas, 2003). Podem ser utilizadas questões estratégicas, lineares, circulares e reflexivas que segundo Palazzoli, Boscolo, Cechin & Prata (1980) possibilitam mudanças concretas no funcionamento familiar. As questões estratégicas usam a confrontação com o objetivo de orientar para novos padrões comportamentais (Figueiredo, 2009). As perguntas lineares visam obter informação específica e relevante, geralmente apresentam resposta curta e direta (Nichols & Davis, 2017) e ajudam a definir o problema. As questões circulares estão associadas à mudança terapêutica e o seu uso pode levar a mudanças positivas na dinâmica familiar e no comportamento dos clientes (Ferraz et al, 2020). As questões reflexivas promovem a reflexão dos membros da família sobre as suas próprias experiências e comportamentos, ajudando a explorar sentimentos e reações perante situações específicas (Anderson & Gehart 2007).

Foram também utilizadas algumas técnicas de intervenção ativa, tais como a pergunta milagre, que envolve pedir que cada membro da família imagine um cenário ideal no qual o problema tenha sido resolvido de forma milagrosa. Cada pessoa é incentivada a descrever como seria a vida da família nesse cenário, destacando as mudanças positivas que ocorreriam. Essa técnica ajuda a expandir a visão da família sobre as suas possibilidades e a fortalecer a esperança de

que a mudança é possível (Miller, Duncan & Hubble, 2018). Os rituais terapêuticos que consistem na prescrição de ações simbólicas para realizar em família, podem ser projetados de acordo com as necessidades e crenças da família e têm como objetivo promover a conexão e a transformação. Podem envolver atividades como escrever cartas de perdão, rituais de despedida, almoços de domingo ou qualquer outra prática significativa para a família (Boss, 2000). Foi também utilizada a terapia breve orientada para a solução, em que o profissional de saúde procura ajudar o cliente (família ou indivíduo) a construir soluções em vez de lidar com problemas, centrando a família ou o indivíduo no futuro. (Figueiredo, 2009). Nesta abordagem são utilizadas questões de exceção, milagre e de escala com o objetivo da externalização do mesmo e de uma reconstrução da história (Gonçalves, 2008).

A prestação de cuidados individuais foi baseada na teoria das transições de Meleis (2010) onde foram avaliadas transições situacionais, nomeadamente a do papel de prestador de cuidados e transições individuais, na autogestão de doença crónica. Foram utilizados vários instrumentos de avaliação individual, tais como escala de Barthel (avalia o grau de independência funcional de uma pessoa na realização das atividades de vida diária. Foi desenvolvida em 1965 por Mahoney e Barthel e validada para contexto português em 2007 por Araújo et al), escala de Braden (desenvolvida em 1987 por Braden e Bergstrom, avalia o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, tendo em conta fatores como capacidade de mobilidade, nutrição, exposição à humidade e perceção da dor, tendo sido validada para contexto português por Ferreira et al em 2007), escala de quedas de Morse (1989) que avalia seis áreas de risco diferentes e atribui uma pontuação a cada área, tais como histórico de queda, diagnóstico atual, mobilidade, uso de dispositivos e terapia intravenosa. Não sendo a escala mais adequada para uso domiciliário, é aquela que se apresenta no sistema informático em uso. Também foi utilizada a escala de Zarit (1980), a sua versão reduzida conta com 22 itens validada em 2010 para contexto português por Sequeira e avalia aspetos como: saúde física e psicológica do cuidador, aspetos laborais e económicos, relações sociais e relações com o indivíduo dependente de cuidados.

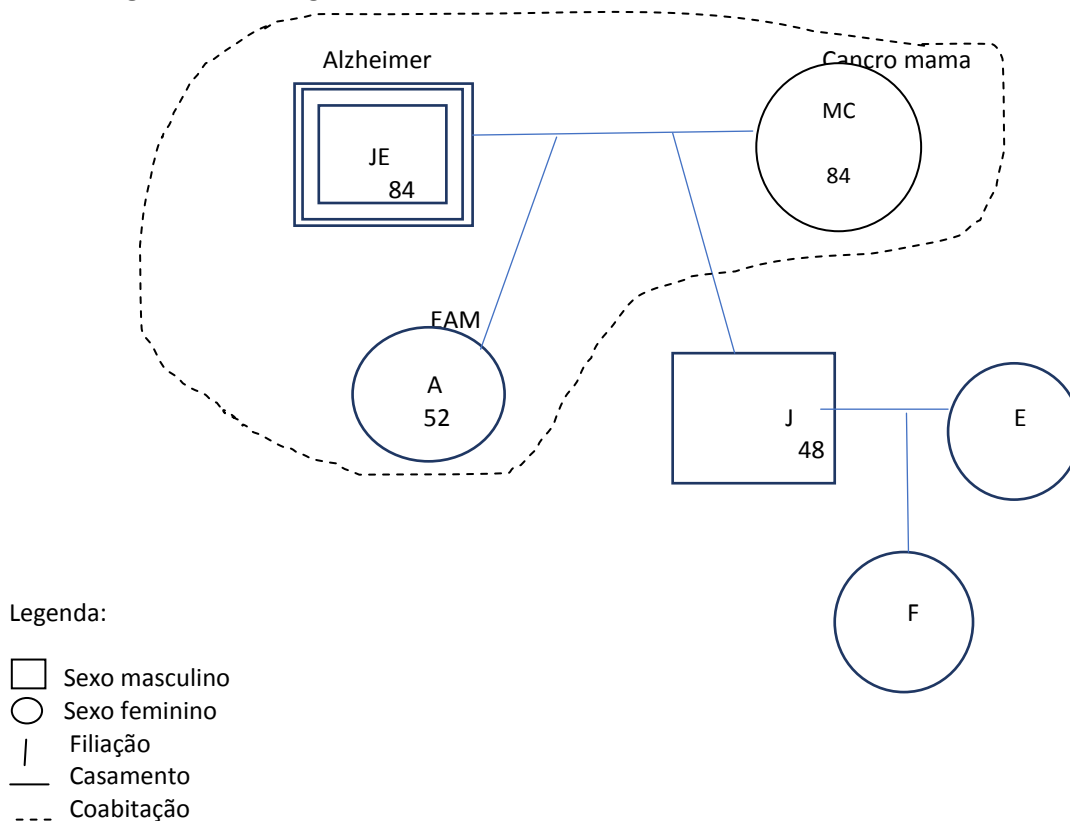
3.1.1. Família 1

A Família 1 é constituída por JE (84) e MC (84) e uma filha do casal (A) de 52 anos. Esta filha regressou a casa dos pais há cerca de 6 meses, quando JE piorou o seu diagnóstico e dependência. Também ela, após o seu regresso, sofreu um enfarte agudo do miocárdio (12/2022) que não deixou sequelas.

Esta família teve 3 consultas domiciliárias tendo a primeira a duração de 3h, a segunda 2h e a última 1h30m, onde estiveram presentes JE, MC e A.

Em seguida será apresentado o genograma da família (Fig. 3) onde está patente a composição da família, quem constitui o membro dependente, quem coabita e a sua constituição em termos geracionais.

Figura 3 – Genograma família 1



JE sofre de doença de Alzheimer, desde 2018 e tem como principal cuidadora a esposa MC. Caminha auxiliado pelos familiares menos de 50 metros e com muita dificuldade, alimenta-se pela própria mão, mas é a cuidadora que prepara os alimentos. É dependente de ajuda, nas transferências, para se vestir, tomar banho, e no cuidado da higiene pessoal. Apresenta compromisso cognitivo, desorientação espaço-temporal, não reconhecendo por vezes os familiares, encontrando-se num estadio final da doença.

A doença de Alzheimer, frequente na população idosa, é uma síndrome, progressiva, degenerativa e crónica que afeta o cérebro (Arede, 2021; WHO - World Health Organization, 2021; Alzheimer Europe, 2019; Lucas, Freitas & Monteiro, 2013;). Esta doença conduz à deterioração cognitiva, afetando a memória, o pensamento, a linguagem, a compreensão de questões e instruções, a orientação, a aprendizagem, a capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e o julgamento (Arede, 2021; WHO - World Health Organization, 2021). A alteração da função cognitiva é acompanhada pelas mudanças de humor, do comportamento, da motivação e do desequilíbrio emocional. No entanto, a consciência não é afetada (WHO - World Health Organization, 2021).

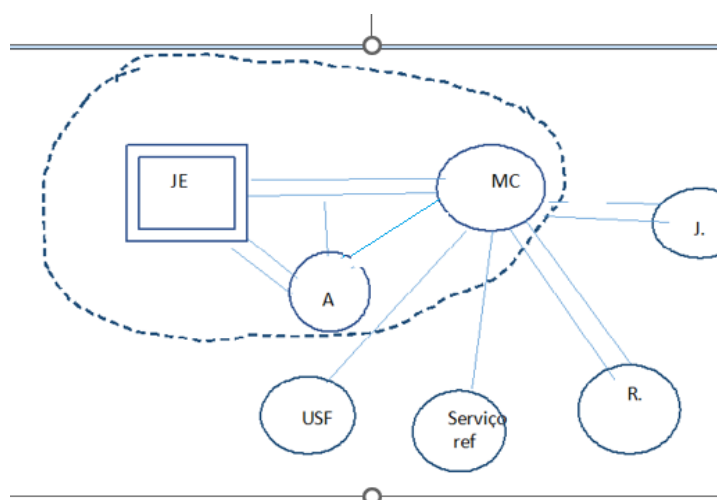
O desenvolvimento da doença depende da pessoa, das áreas cerebrais afetadas, da fase da doença e dos fatores que promovem a progressão da doença, como o stress, a fadiga e as comorbilidades de saúde (Lucas, Freitas & Monteiro, 2013). A doença de Alzheimer implica o progressivo declínio das capacidades cognitivas, do comportamento disfuncional e perturbações emocionais, proporcionando um discurso vago, perda de interesse pelas atividades que antes a pessoa exercia e a necessidade de mais tempo para executar as atividades de vida diárias (Lucas, Freitas & Monteiro, 2013).

Os sintomas mais comuns associados a esta demência dependem do estadio onde se encontra, nomeadamente, estadio inicial, intermédio e final (WHO - World Health Organization, 2021; Oliveira, 2016; Lucas, Freitas & Monteiro, 2013). No estadio inicial apresenta esquecimento, perda da noção de tempo e desorientação em espaços familiares; No estadio intermédio fica comprometida a memória a curto prazo (eventos), desorientação na pessoa, dificuldade na comunicação, aumento da dependência nas atividades de vida diária, mudanças de comportamento e faz questões repetidas; No estadio final apresenta desorientação no tempo, espaço e pessoa, dependência nas atividade de vida diária e na locomoção e alteração de comportamento que podem escalar para a agressão a terceiros (Lucas, Freitas & Monteiro, 2013; Oliveira, 2016; WHO - World Health Organization, 2021).

Esta família está classificada, segundo Relvas (2000), como uma família com filhos adultos, no entanto não pode ser considerada nuclear pois a filha mais velha apesar de residir novamente com os pais já cumpriu todas as tarefas desenvolvimentais características desta fase sendo assim classificada como outra. Apresenta como subsistemas o conjugal e o parental.

Em seguida, apresento o Ecomapa da família (Fig. 4) que estabelece as relações da família com os sistemas mais amplos e permite observar os vínculos existentes entre si, que vão desde vínculos intermédios a fortes.

Figura 4 – Ecomapa família



É uma família com vínculo intermédio com os sistemas de saúde e com o restaurante que lhe fornece as refeições diárias. Segundo MC “Somos muito fechados, não gosto que qualquer um entre cá em casa, temos as nossas manias e eu sou de ideias fixas”. Relativamente a amigos refere alguns, mas que não vêm lá a casa desde que JE piorou. “Elas estão-me sempre a dizer para o meter num lar.” – Refere MC.

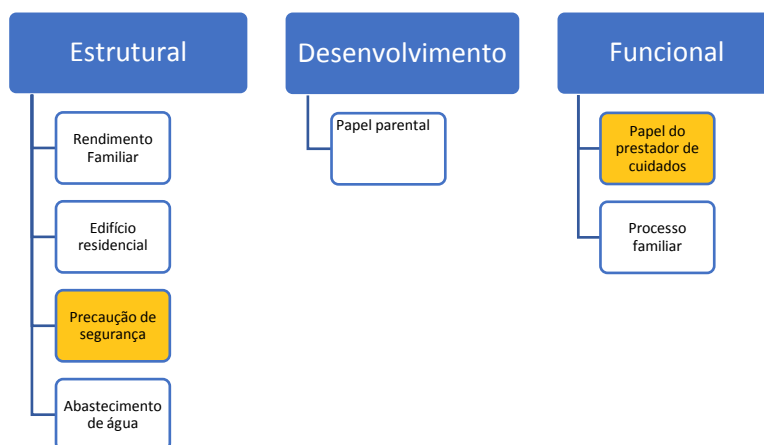
Esta família tem como sistemas mais amplos a família alargada, o serviço de refeições que diariamente vem ao seu domicílio e a unidade de saúde. MC tem contacto diário telefónico com o filho mais velho (J) e com o irmão desta (R), sendo que as funções destas relações são as de guia cognitivo e de conselhos, regulação social e ajuda material e de serviço (nomeadamente compras de supermercado e farmácia).

Ambos reformados, ele empresário metalomecânico e MC professora primária. Escala de Grafar 3 (classe média) e tipo de habitação 3, pois é uma moradia já antiga, mas que está em bom estado de conservação e possui todos os eletrodomésticos essenciais, localizada numa

zona intermédia da freguesia sem acesso a grandes infraestruturas e serviços. A filha estava desempregada, sendo uma situação de longa duração, que nada teve a ver com o seu regresso a casa dos pais. Têm crenças religiosas muito presentes, principalmente MC, que refere que “antigamente íamos todos à missa em conjunto, agora vemos na televisão” e apresentam vários objetos religiosos espalhados pela casa, bem como rituais familiares muito vinculados “sabe eu sei que dá mais trabalho, mas visto-lhe uma camisa e um pullover todos os dias, era assim que gostava de andar. Ponho-o a olhar lá para fora porque gostava de ver gente e muitas vezes apanho-o a sorrir...”.

Em seguida, serão apresentados na figura 5 os focos de atenção avaliados na família 1 segundo a matriz operativa do MDAIF.

Figura 5 – Focos de atenção avaliados segundo a matriz operativa do MDAIF na família 1



Na dimensão estrutural foram avaliadas:

- O rendimento familiar, onde os critérios diagnósticos estabelecidos pelo MDAIF são: Escala de Graffar se situar no grau 4 ou 5 e conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares não demonstrado (Figueiredo, 2012). De acordo com a atividade diagnóstica realizada a família apresentava um Graffar 3, logo, emerge o diagnóstico **Rendimento familiar não insuficiente**
- Edifício residencial onde os critérios diagnósticos prendem-se com tipo de habitação grau 4 ou 5 na escala de Graffar e conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro, a não existência de higiene na habitação e conhecimento sobre governo da casa não demonstrado e/ou conhecimento sobre riscos de deficiente higiene

habitacional não demonstrado (Figueiredo, 2012). Após a atividade diagnóstica a família apresentava habitação grau 3 pela escala de Graffar e através da observação direta a habitação apresentava higiene o que gera um diagnóstico **Edifício residencial seguro e Edifício residencial não negligenciado**

- Precaução de segurança em que os critérios de diagnóstico estabelecidos pelo MDAIF são conhecimento não demonstrado para utilização de equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamentos de gás doméstico e/ou existência de barreiras arquitetônicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas (Figueiredo, 2012). Através da observação direta percebi a existência de barreiras arquitetônicas (escadas), mas também da presença de um elevador de escadas e de vários aquecedores elétricos pela casa. A família usava gás natural e demonstrava conhecimento acerca do seu uso. Como atividade diagnóstica questionei a família se usavam os aquecedores ao que MC respondeu “que não, porque queima o ar e pode fazer mal ao meu marido” e quando questionada sobre o uso do elevador referiu só usar quando a filha estava em casa pois tinha medo de que JE caísse do elevador, “pois sozinha não o conseguia equilibrar”. Assim surge o diagnóstico **Precaução de segurança não demonstrada**. Como intervenções negocie a utilização do equipamento para aquecimento só durante algumas partes do dia o que eliminava a questão de tornar o ar rarefeito e ensinei sobre utilização de equipamento para aquecimento, explicando a MC a importância de arejar os espaços. Em seguida, serão apresentadas as atividades que concretizam as intervenções, que neste caso foram a utilização de perguntas reflexivas “Ao que é que associa o aquecedor elétrico? A que se deve o seu receio? Ao qual me responderam que “no passado JE teve uma complicação pulmonar por causa da casa estar muito aquecida e a partir daí passaram a não querer usar mais aquecimento”. Relativamente ao uso de um cinto de contenção para ajudar o seu marido a subir/ descer as escadas no elevador?” – esta família percebeu que se tratava de uma possibilidade e ficou de adquirir para depois eu demonstrar/ treinar o seu uso com a família. Na última consulta quando questionada acerca do uso do aquecedor e do uso do elevador de escadas MC e A referiram que sim, que já usavam e A referiu que “a mãe já se sentia mais segura para trazer o pai para o piso de baixo sem ela”. Logo, ocorreu uma mudança do status do diagnóstico de não demonstrado para **Precaução de segurança demonstrada**

- Abastecimento de água, em que os critérios de diagnóstico estabelecidos são utilização da água da rede privada para consumo humano e família não efetua controle da qualidade, não apresenta conhecimento nem estratégias de manutenção da qualidade da água (Figueiredo, 2012). Como atividade diagnóstica esta família apresenta consumo de água da rede pública, pelo que **Abastecimento de água adequado**

Na dimensão de desenvolvimento foi avaliado o papel parental, pois embora nesta fase exista uma relação entre adulto e adulto, existe a necessidade de abandonar os papéis primários associados a esta relação, envolvendo uma renegociação de compromissos emocionais e financeiros (Wright & Leahey, 2011). Como critérios diagnósticos estabelecidos pelo MDAIF (Figueiredo, 2012) temos o conhecimento do papel não demonstrado e/ou comportamento de adesão não demonstrado e/ou não existência de consenso de papel, conflitos e saturação do papel. Quando questionada como é a relação entre mãe e filha, MC respondeu: “Normal, é adulta, independente, tem a vida dela, faz as coisas dela era o que faltava eu me meter...” e A disse “Sim é cordial, às vezes gostava de ajudar mais, mas desde que tive o enfarte não posso fazer grandes esforços, mas damo-nos bem.” MC acrescentou: “Existe respeito, eu respeito o espaço dela, ela o meu. Mas sabe ela gosta muito do pai.” Pelo que, como diagnóstico emerge **papel parental adequado**.

Na dimensão funcional foram avaliados os dois focos de atenção sugeridos pelo MDAIF (Figueiredo, 2012):

- Papel do prestador de cuidados cujos critérios diagnósticos prendem-se com conhecimentos do papel demonstrados ou não, comportamentos de adesão ao papel não demonstrado, bem como consenso de papel, a existência de conflito e/ou saturação de papel. No sentido da atividade diagnóstica e da obtenção de dados avaliativos, através da observação e de perguntas lineares e reflexivas tais como: “De que forma se tornou cuidadora do seu marido?” ao que MC respondeu “Na altura éramos só os dois, A ainda estava na casa dela, nem hesitei. Durante muito tempo fomos só os dois. Quando ele começou a ficar assim, em 2018, os filhos tinham a vida deles e além disso foi para isso que casamos, para o bem e para o mal, não é?”. Quando perguntei se tinha alguma dificuldade na prestação de cuidados direta ao marido, MC respondeu que acha que faz tudo bem, mas que gostava que alguém visse,

porque ninguém nunca lhe ensinou. “Sabe ainda lhe dou o pente para a mão para se pentear, corto o bife em bocados pequeninos, mas ele come pela mão dele. Os comprimidos sou eu que preparo, mas ponho-os na mão e ele toma.” “ Outra coisa que me fez bem na altura, que ele ainda estava bem, não estava como agora, foi ver uns vídeos no computador que a minha filha me punha sobre uma associação de alzheimer que me ensinou algumas coisas, mesmo ler-lhe (...), sabe eu era professora gostava muito de ler, mostrar fotografias, isso eu aprendi com os vídeos... “Após observação da prestação direta de cuidados percebi que existia conhecimentos e comportamentos de adesão demonstrados para o exercício do papel. Validei com a cuidadora os cuidados prestados. Existia consenso e não existia conflito de papel, mas quando questionada acerca de como se sentia fisicamente e emocionalmente MC desabou “Eu não durmo, eu já não saio de casa há 3 meses a não ser para levantar dinheiro...eu preciso de ajuda” e A também referiu “A minha mãe precisa de ajuda e que tinha de se deixar ajudar por pessoas externas”. Deste modo surge o diagnóstico, **papel do prestador de cuidados não adequado** relacionado com a existência de saturação de papel. Como intervenções procurei motivar para a redefinição de papéis familiares pelos membros da família e negociar a redefinição dos mesmos, o que foi extremamente difícil no que diz respeito à prestação de cuidados a JE. A filha A aceitou acompanhar o pai a consultas ou ao hospital caso houvesse necessidade. De resto, tudo o que envolvesse esforço físico ou que a pudesse enervar nem ela nem a mãe queriam que fosse da sua responsabilidade pois podia desencadear novo enfarte. Procurei desenvolver a comunicação expressiva de emoções e uma escuta ativa e com ajuda do filho J. surgiu a possibilidade de marcar uma consulta de Psicologia/ psiquiatria para MC pois esta tinha referido que necessitava de medicação, pois no passado” já tinha precisado de medicação antidepressiva num período mau da sua vida”. Realizei juntamente com a médica de família a referenciação para psicologia, mas por demora na resposta a família resolveu recorrer ao privado. Orientei para serviços sociais e aqui existia alguma renitência na aceitação de ajuda externa, relacionada com o sentimento de MC achar que “era um dever seu, ela é que era a esposa, ela é que tinha de prestar cuidados”. Informei a família acerca dos recursos existentes na comunidade (IPSS que prestavam serviços de apoio domiciliário), existia alguma pressão da filha A para que a mãe aceitasse ajuda. Na segunda consulta, após MC já ter ido à consulta de psicologia e ter-se informado acerca das IPSS, procurei

perceber o impacto que esta sobrecarga do cuidador tinha na família. Para A, a mãe era a pessoa mais importante da família e com mais poder e quando estava exausta, descarregava em todos. O pai sentia, ela sentia. Eu não me posso enervar...ela sabe disso, estou sempre a dizer-lhe que precisa de aceitar ajuda, mas não me ouve.” Através da utilização da pergunta milagre para a mãe: “pense que amanhã acordava e que esse cansaço todo que diz sentir tinha desaparecido, o que teria acontecido na sua vida para que tal fosse possível?” ao que respondeu “conseguir descansar, cuidar do meu marido e ter algum tempo para mim, ainda que fosse pouco” ao que pedi para especificar e respondeu: “Poder ir lanchar com as amigas uma vez por mês e ir ao cabeleireiro, sair com a neta de longe em longe...”. No seguimento da conversa, questionei A se achava que podia ajudar a mãe a cumprir alguma destas tarefas, ao que respondeu que podia ficar com o pai nessas situações. Em seguida usando a terapia breve orientada para as soluções, questionei A se no futuro vislumbrava a solução para a sobrecarga da mãe, ao que rapidamente respondeu: “sim, ela contratar alguém para a ajudar a cuidar do meu pai e assim ficar mais liberta”. MC respondeu já estamos a tratar disso.

Na última consulta MC referiu que: “já aceitei a ajuda de uma IPSS para prestar cuidados de higiene ao meu marido diariamente e consegui que o marido tivesse terapia ocupacional em casa e que me liberte para poder, uma tarde por semana, tomar café com as minhas amigas ou ir ao cabeleireiro”. Também A tem cumprido com o seu papel de acompanhamento do pai às consultas e de ficar com o mesmo quando a mãe sai de casa. Neste momento, quando questionada MC acerca de como se sentia física e emocionalmente esta refere “muito melhor, este reajuste familiar e a ajuda externa e da psicóloga ajudaram muito e mesmo à minha filha também fizeram muito bem.”. Assim sendo, assistimos a uma mudança de status do diagnóstico para **papel do prestador de cuidados adequado**.

- Processo familiar, definido como o “padrão transacional que decorre das interações contínuas que se vão desenvolvendo entre os membros da família, abrangendo a complexidade inerente aos processos de circularidade, auto-organização, equifinalidade, globalidade, entre outros caraterizadores da família, enquanto sistema autopoiético transformativo” (Figueiredo, 2012, p. 95), cujos critérios diagnósticos se relacionam com a presença de uma comunicação familiar não eficaz e/ou coping familiar não eficaz e/ou interação de papéis não eficaz ou conflitual e/ou relação

dinâmica disfuncional (Figueiredo, 2012). No sentido do desenvolvimento das atividades diagnósticas, a família foi questionada acerca de quem expressa mais os sentimentos na família e se estão satisfeitos com a forma como cada um se expressa. Ao que ambas referiram que sim. Quem expressa mais os sentimentos é MC e gostava que a filha a ouvisse mais, mas segundo a mesma: “É o feitio dela” Quem identifica mais os problemas na família é MC e também quem decide a forma como os resolver. Normalmente pede conselhos aos filhos, que, segundo as duas presentes, raramente contrapõem o que decide. Quando questionada A acerca desta situação A refere lidar bem com isto. Relativamente ao recurso a elementos externos à família, referem a família alargada como o J, filho mais novo e R, o irmão de MC. Referem também a USF e MC também referiu “neste momento estamos a equacionar a ajuda do serviço domiciliário”. No que diz respeito aos papéis desempenhados o papel de provedor é desempenhado pelo casal, uma vez que A não contribui financeiramente para a família, o papel de gestão financeira é dividido entre MC e o filho mais novo J, o papel de cuidado doméstico entre MC e A, o papel recreativo é desempenhado pela neta e nora e o papel de parente por MC. Referem sentirem-se bem assim e não existirem conflitos de papéis. No que diz respeito à relação dinâmica já tinha sido referido por A que a pessoa com mais poder era MC, mas que isso era perfeitamente aceite por todos. Relativamente a instrumentos de avaliação familiar relacionados com este foco de atenção, esta família apresenta, no que se refere à coesão e adaptabilidade familiar uma classificação intermédia e moderadamente equilibrada. Em relação à perceção dos membros sobre a funcionalidade da família estes classificam-na como altamente funcional. Foi também avaliada escala de readaptação social de Holmes e Rahe, tendo esta família menor probabilidade de contrair doenças. Posto isto estabeleci o diagnóstico **processo familiar não disfuncional**.

Como resumo, temos então como forças e recursos da família (Figueiredo, 2012) rendimento familiar não insuficiente, edifício residencial seguro e não negligenciado, abastecimento de água adequado, papel parental adequado e processo familiar não disfuncional e os dois diagnósticos que emergiram na avaliação inicial, precaução de segurança não demonstrado e papel de prestador de cuidados não adequado, após as intervenções de enfermagem implementadas, a família conseguiu superar as dificuldades.

Em termos individuais, intervi nos elementos cujas transições interferiam com a dinâmica familiar e eram relevantes para o bem-estar familiar. Assim sendo, relativamente a JE este não se encontrava em nenhuma fase de transição devido ao estado avançado da sua doença de alzheimer, no entanto apliquei como atividade diagnóstica, para posterior estabelecimento de cuidados antecipatórios a escala de Barthel com resultado de dependência severa, a escala de Braden, com resultado de risco ligeiro de desenvolvimento de úlceras de pressão (ainda caminha por períodos, alterna posicionamentos com ajuda) e a escala de Morse que atribui um baixo risco de quedas(não há histórico de quedas anteriores, embora haja presença de demência, o que provoca declínio cognitivo, não existe apoio para deambular em mobiliário, nem existem tapetes soltos ou pisos escorregadios, bem como o calçado do utente é adequado). A sua prestadora de cuidados foi instruída à estimulação de autonomia de JE, utilização de mecanismos preventivos de desenvolvimento de úlceras de pressão, bem como sinais de alerta e avaliação de conhecimentos acerca da medicação que este fazia e possíveis efeitos secundários. Estimulação cognitiva e regulação do padrão de sono e descanso.

No que diz respeito a MC esta encontrava-se a atravessar uma transição situacional como era a do papel de prestador de cuidados. Esta prestadora de cuidados, embora já o fosse há 4 anos, teve um acréscimo da carga de cuidados nos últimos 3 meses, associada ao declínio da doença do marido o que pode indicar que se encontra na fase de transição de estabilização, no entanto a sofrer um evento crítico, por agravamento do estado de saúde de JE, pois se por um lado para cuidados instrumentais já tinha encontrado mestria, para organização de recursos e para o ajuste à nova dinâmica esta ainda não foi conseguida (Meleis, 2010). Segundo Shuy (2000) MC encontra-se na última fase do processo adaptativo do exercício do papel do familiar cuidador - *role setting*- em que a sua principal necessidade é o suporte emocional, pois tendo atingido a mestria nas suas habilidades, necessitará sempre de muito suporte. No sentido de promover a consciencialização, houve necessidade de avaliar os fatores inibidores (pessoais, crenças e valores) e os facilitadores, onde os recursos comunitários se integram (Meleis et al, 2000). Neste sentido, logo na primeira consulta foi aplicada a escala de Zarit cujo resultado foi sobrecarga intensa. Exploradas as dimensões que mais provocavam a sobrecarga, estas relacionavam-se com a sobrecarga física associada a ausência de tempo para o autocuidado e padrão de sono alterado. Encaminhada para psicologia, para IPSS que iniciou prestação de serviço de apoio domiciliário para higiene diário ao seu familiar dependente, apoio no desempenho do seu papel, como validação de cuidados prestados e apoio emocional, redefinição de alguns papéis familiares, encaminhamento para grupos de apoio sempre que

necessário (como a Associação Nacional de Doentes de Alzheimer ou a Associação de Cuidadores informais Panóplia de Heróis), aquando da última visita a aplicação da escala de Zarit a MC nesta última visita (22/05) o valor foi de 41 – sem sobrecarga, em que MC referiu sentir-se mais confiante no seu desempenho de papel e apropriada de estratégias e recursos para o desempenho do mesmo.

Não prestei cuidados individuais a A, por esta se ter sempre mostrado muito evasiva na abordagem individual, referindo muitas vezes: “Eu não sou utente dessa unidade, estou cá de passagem”. Por limitações temporais, e efetivamente por não ser utente da unidade onde foi desenvolvido o estágio, não investi nesta abordagem, mas considero que a transição que estava a passar saúde/ doença precisava de ser trabalhada.

Como o trabalho com as famílias é um processo contínuo, esta família continuou a ser acompanhada pela enfermeira de família, no entanto, o meu relacionamento profissional com as famílias terminou, sendo o mais importante a transmissão às mesmas dos seus pontos fortes, forças e recursos, bem como das novas formas de agir adquiridas (Wright & Leahey, 2011). A enfermeira esteve sempre ao corrente de todo o processo e o foco de atenção papel de prestador de cuidados será sempre um foco que merece toda a atenção necessitando de muito acompanhamento e suporte.

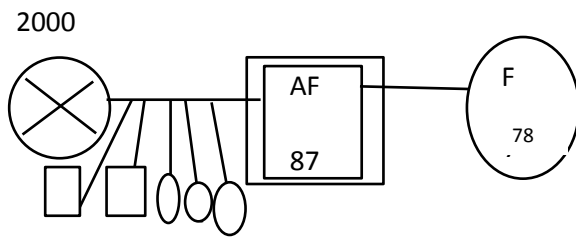
3.1.2 – Família 2

A família 2 é constituída pelo casal AF de 87 anos e de F de 78 anos, fruto de um segundo casamento. AF tem cinco filhos da primeira união com os quais não tem qualquer contato. Sabe que tem netos, mas não sabe quantos nem de quem, nem se são meninos ou meninas e refere “Posso só contar com a minha F, foi um anjo que me apareceu...”.

Esta família recebeu 6 visitas domiciliárias com uma média de duração de 1h30m onde estiveram sempre presentes os dois elementos do casal.

Em seguida será apresentado o genograma da família (Fig. 6) onde está patente a composição da família, quem constitui o membro dependente, quem coabita e a sua constituição.

Figura 6 - Genograma família 2



Legenda:

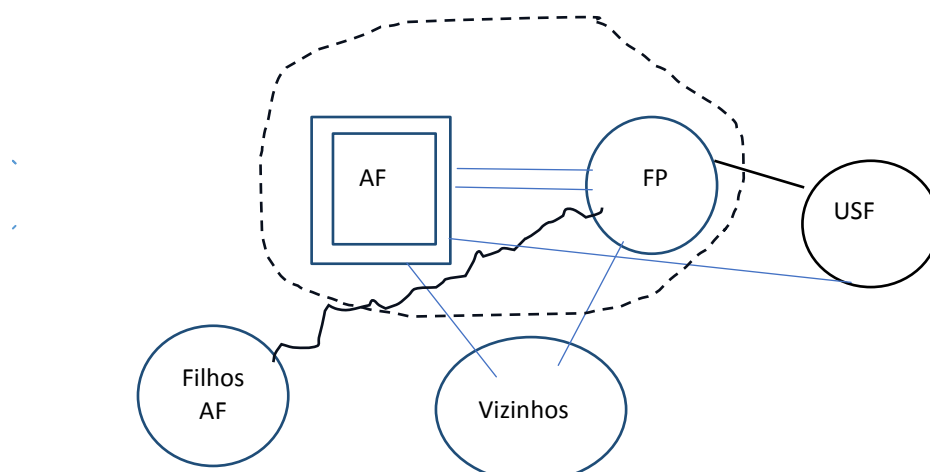
- Sexo masculino
- Sexo feminino
- | Filiação
- Casamento
- - - Coabitação
- ⊗ Falecimento

Constituem uma família casal, onde está presente unicamente o subsistema conjugal (Relvas, 2000).

AF é diabético e insulinotratado, apresentando alterações vasculares periféricas a serem acompanhadas em consulta externa de cirurgia vascular e apresenta dependência moderada para realização de algumas atividades de vida diária, que impliquem motricidade fina, visão, não conseguindo caminhar mais de 10 metros sem ajuda ou supervisão (escala de Barthel) e tem na sua esposa F a sua cuidadora e responsável pela gestão do regime terapêutico.

Em seguida apresento o ecomapa da família (Fig. 7) que estabelece as relações da família com os sistemas mais amplos e permite observar os vínculos existentes entre si, que vão desde vínculos intermédios, vínculos fortes ou relação conflituosa (entre FP e filhos de AF).

Figura 7 - Ecomapa família 2



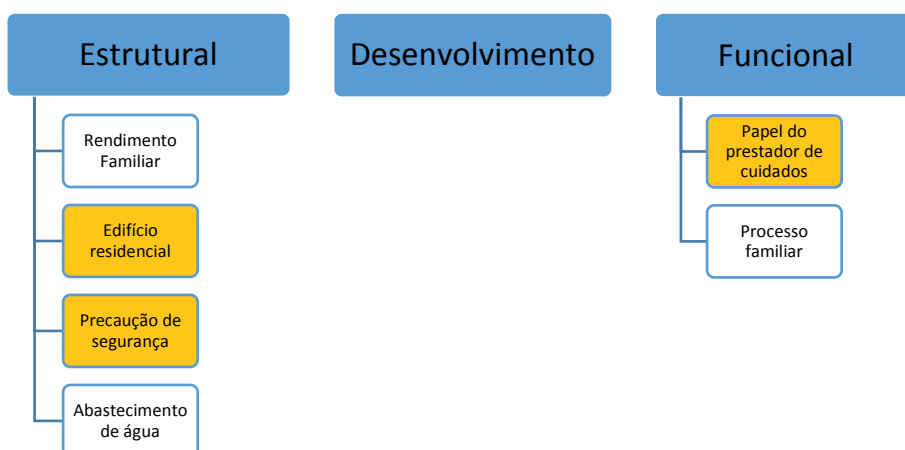
Como sistemas mais amplos contam com os vizinhos e os serviços de saúde, mas têm uma rede de suporte pobre relatada por F “Não temos a quem recorrer. Se ele me cai e a vizinha não está é um Deus nos acuda. Tenho de andar a tocar às campainhas todas”. Estes vizinhos pontualmente desempenham ajuda material em recados que AF peça para realizarem como pequenas compras ou idas à farmácia e muitas vezes quando acontece imprevistos em casa como quedas, falta de água ou outro imprevisto são os vizinhos que os socorrem.

Ambos reformados, pertencem ao grau 4 Escala de Graffar – classe média baixa e a habitação também pertence a um grau 4 pois apresenta espaços exíguos, localizados em habitação social (Amaro, 2001). F é oriunda do interior centro do país onde ainda possui terrenos e familiares mais afastados, tendo vindo para a zona há muitos anos em busca de emprego e tendo ficado após casamento com AF.

Apresentam crenças religiosas muito presentes, ouvindo celebrações religiosas pela televisão todos os dias e F tinha pertencido a grupos de igreja católica. Relativamente à presença dos profissionais de saúde no seu domicílio, acolhiam a nossa presença de bom grado.

Em seguida, serão apresentados na figura 8 os focos de atenção avaliados na família 2 segundo a matriz operativa do MDAIF.

Figura 8- Focos de atenção avaliados segundo a matriz operativa do MDAIF na família 2



Na dimensão estrutural foram avaliadas:

- Rendimento familiar, onde os critérios diagnósticos estabelecidos pelo MDAIF são: Escala de Graffar se situar no grau 4 ou 5 e conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares não demonstrado

(Figueiredo, 2012). De acordo com a atividade diagnóstica realizada a família apresentava um Graffar 4, pertencente à classe média baixa e através de perguntas lineares “Conseguem gerir todas as despesas mensais de acordo com o rendimento que auferem?” ao que F responde “Sim, por enquanto, as coisas estão controladas” e AF diz “A muito custo, vão-se os anéis, ficam os dedos”, surge o diagnóstico

Rendimento familiar não insuficiente

- Edifício residencial onde os critérios diagnósticos prendem-se com tipo de habitação grau 4 ou 5 na escala de Graffar e conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro, a não existência de higiene na habitação e conhecimento sobre governo da casa não demonstrado e/ou conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional não demonstrado (Figueiredo, 2012). Após a atividade diagnóstica a família apresentava habitação grau 4 pela escala de Graffar (Amaro, 2001) e através da observação direta a habitação apresentava um WC que era muito exíguo e a cuidadora não conseguia prestar os cuidados de higiene de forma segura nem para ela nem para o Sr. AF nesse espaço, bem como a higiene da habitação era um pouco deficiente pois tinham muito mobiliário o que gera um diagnóstico **Edifício residencial não seguro e edifício residencial negligenciado**. Em seguida serão apresentadas as atividades que concretizam as intervenções, neste caso perguntas lineares e circulares que procuravam esclarecer com a família a possibilidade de obras no WC, sendo a resposta negativa. Articulei com a assistente social do Aces a possibilidade de ajudar esta família a mudar-se para um apartamento sem barreiras arquitetónicas que articulou com o departamento social da câmara (até ao final do estágio sem resposta). No que diz respeito ao mobiliário foi possível que a família retirasse algum mobiliário presente na sala e no quarto de forma a possibilitar uma melhor prestação de cuidados e higiene da habitação, bem como a retirada de tapetes. Como a família não apresentava condições financeiras para realizar obras para alargamento da porta de acesso ao WC, bem como melhorar o acesso ao duche, tivemos, em acordo com a família, de optar por prestar estes cuidados no leito apoiando a prestadora de cuidados nesta aquisição de competências. Mais tarde por agravamento da situação clínica de AF, F decidiu contratar uma prestadora de cuidados que a auxiliasse na prestação de cuidados de higiene a AF, bem como na higiene da habitação. Assim, a família contornou os riscos que a sua habitação apresentava e, constatamos uma melhoria

na higiene habitacional o que fez com que houvesse uma mudança do status diagnóstico em junho de 2023 para **Edifício residencial seguro e não negligenciado**.

- Precaução de segurança em que os critérios de diagnóstico estabelecidos pelo MDAIF são conhecimento não demonstrado para utilização de equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamentos de gás doméstico e/ou existência de barreiras arquitetônicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas (Figueiredo, 2012). Através da observação direta percebi a existência de barreiras arquitetônicas no acesso ao prédio onde morava a família pois moravam num 1º andar com acesso por dois vãos de escadas. O prédio tinha elevador, mas era muito estreito e segundo F “Se entra uma cadeira de rodas já não entra mais ninguém”. Apresentavam gás natural canalizado e sabiam utilizar o equipamento e para aquecimento tinham equipamentos elétricos que também sabiam utilizar embora o evitassem devido aos custos financeiros associados a esta utilização. Assim surge o diagnóstico **Precaução de segurança não demonstrada**. Como atividades que concretizam as intervenções, como já referido no diagnóstico anterior tentei junto da assistente social do Aces, que articula com o departamento do urbanismo da câmara municipal, que esta família mudasse de casa uma vez que esta casa era uma habitação social, o que até ao fim do estágio não aconteceu, apesar do estado de dependência de AF ter piorado muito. Não acontecendo esta mudança, esta família adquiriu uma cadeira de rodas para sempre que houvesse deslocções a consultas, ou mesmo situações de urgência o transporte ser mais facilitado, arranjando estratégias que contornassem a presença destas barreiras ainda que de uma forma não ideal. Logo, ocorreu uma mudança do status do diagnóstico para **Precaução de segurança demonstrada**.
- Abastecimento de água, em que os critérios de diagnóstico estabelecidos são utilização da água da rede privada para consumo humano e família não efetua controle da qualidade, não apresenta conhecimento nem estratégias de manutenção da qualidade da água (Figueiredo, 2012). Como atividade diagnóstica esta família apresenta consumo de água da rede pública, pelo que **Abastecimento de água adequado**

Na dimensão funcional foram avaliados os dois focos de atenção sugeridos pelo MDAIF (Figueiredo, 2012):

- Papel do prestador de cuidados cujos critérios diagnósticos prendem-se com conhecimentos do papel demonstrados ou não, comportamentos de adesão ao papel não demonstrado, bem como consenso de papel, a existência de conflito e/ou saturação de papel. No sentido da atividade diagnóstica e da obtenção de dados avaliativos, através da observação e de perguntas lineares e reflexivas tais como: “De que forma se tornou cuidadora do seu marido? “ao que F respondeu “Somos só nós menina, quem havia de ser?”. Quando perguntei se tinha alguma dificuldade na prestação de cuidados direta ao marido, F respondeu que “com a medicação não tenho problemas, nem com a comida, o problema é urinar ele de noite chama-me de hora em hora para urinar. Gostava que alguém lhe dissesse ou arranjasse uma solução para isto, nem eu descanso nem ele”. Após observação da prestação direta de cuidados percebi que existia conhecimentos e comportamentos de adesão demonstrados para o exercício do papel, tendo validado a prestação direta de cuidados. Existia consenso e não existia conflito de papel, mas quando questionada acerca de como se sentia fisicamente e emocionalmente F refere “Ando muito cansada, sou só eu para tudo e se ao menos ele me deixasse dormir. Esta coisa da urina está a dar comigo em doida”. Deste modo surge o diagnóstico, **papel do prestador de cuidados não adequado** associado à existência de saturação de papel. Como atividades que concretizam as intervenções utilizei primeiro perguntas lineares para tentar esclarecer a questão da solicitação noturna de AF. Quando perguntei o porquê desta solicitação AF disse que não gostava de fraldas e que a chamava para que F lhe colocasse o urinol porque segundo o mesmo também já não conseguia sozinho. Questionado se percebia que esta sua atitude estava a afetar o descanso de F este respondeu que sim. Questionado acerca do motivo de não gostar de fraldas explica que se sente molhado. Em família, chegamos ao acordo, de experimentar um sistema duplo, só à noite, de penso e fralda para que isto não acontecesse. O que resultou, e permitiu a todos descansar. No sentido do alívio da sobrecarga do papel do cuidador propus um serviço de uma IPSS que realizasse a higiene pessoal ao domicílio (SAD) que pudesse aliviar esta senhora na realização desta tarefa e proporcionar-lhe mais conforto a si e ao marido. A Sra. F ao longo das VD foi dizendo que preferia “contratar uma mulher”

que a ajudasse nos cuidados de higiene ao marido e também na higiene da casa. Mas as visitas domiciliares iam passando e nenhuma cuidadora era “boa” o suficiente para a Sra. F. Através da prescrição paradoxal que tem como objetivo a interrupção de padrões disfuncionais de interação familiar, promover a mudança e aumentar a consciência do sistema de crenças e comportamentos tentei intervir nesta família. As indicações para o uso dessa técnica podem incluir famílias em que os padrões de interação estão estagnados, quando os membros da família estão presos em papéis fixos ou quando os esforços anteriores de mudança não foram bem-sucedidos. (Madanes, 1981) Assim, incentivando a Sra. F ao cuidado do seu marido, elogiando-a, mas confrontando-a com o seu cansaço cada vez mais crescente, até porque a dependência deste aumentou, ela em abril acabou por contratar uma cuidadora que a ajudava durante 6h/ dia e que lhe permitia sair de casa para realizar as suas compras e segundo a mesma “deixar o marido bem entregue”. Para que esta situação fosse mais suportável em termos financeiros pela família iniciamos o processo de pedido de atestados multiusos e complemento por terceira pessoa junto da segurança social que em finais de maio estava resolvido. Esta família teve em abril um novo momento de transição acidental (aumento de dependência de AF por amputação do membro inferior esquerdo que será descrito na abordagem individual mais à frente) onde teve de redefinir papéis e adequar conhecimentos do prestador de cuidados e utilizar novas estratégias de *coping* para se adaptar a esta nova realidade (McCubin & McCubin, 1993). Como forças e recursos esta família pode contar com a ajuda da cuidadora formal que já tinha contratado anteriormente e não houve necessidade de grande redefinição de papéis, mas sim um grau de dependência maior de AF, mas que para esta família foi preparado de forma gradual promovendo a consciencialização familiar das novas necessidades do Sr. AF, bem como a própria consciencialização individual. Apesar do estado de autonomia e de saúde individual de AF ter piorado muito a partir de abril esta cuidadora foi conseguindo mobilizar estratégias de *coping* adequadas e expressando as suas emoções e em junho quando avaliada a saturação de papel existiam francos progressos, mas ainda não era possível a mudança de status do diagnóstico.

- Processo familiar, definido como o “padrão transacional que decorre das interações contínuas que se vão desenvolvendo entre os membros da família, abrangendo a

complexidade inerente aos processos de circularidade, auto-organização, equifinalidade, globalidade, entre outros caracterizadores da família, enquanto sistema autopoietico transformativo” (Figueiredo, 2012, p. 95), cujos critérios diagnósticos se relacionam com a presença de uma comunicação familiar não eficaz e/ou *coping* familiar não eficaz e/ou interação de papéis não eficaz ou conflitual e/ou relação dinâmica disfuncional (Figueiredo, 2012). Como avaliação diagnóstica esta família apresentava baixo risco de contrair doenças segundo a escala de readaptação social de Holmes e Rahe. No que diz respeito à percepção dos membros sobre a funcionalidade da família classificaram-se como família com moderada disfunção. A coesão e a adaptabilidade não foram avaliadas nesta família, uma vez que a única pessoa que poderia preencher a escala de FACES II seria a esposa, logo não seria uma avaliação familiar, mas sim individual. A comunicação, o *coping* familiar e a interação de papéis funcionam como forças e recursos da família, apesar de estes papéis serem na sua grande maioria desempenhados por F há consenso e não há conflito (Figueiredo, 2012). Posto isto emerge o diagnóstico **processo familiar não disfuncional** .

Como resumo temos então como forças e recursos da família (Figueiredo, 2012) rendimento familiar não insuficiente, abastecimento de água adequado e processo familiar não disfuncional e dois diagnósticos com alteração do seu status inicial como edifício residencial seguro e edifício residencial não negligenciado e precaução de segurança demonstrada e um diagnóstico onde não ocorreu mudança do status embora fossem apresentadas francas melhorias - papel do prestador de cuidados não adequado por saturação do papel.

Em termos individuais o SR. AF apresenta DM insulinotratado, HTA e comprometimento vascular periférico a ser seguido em consulta de ambulatório no hospital da área de referência. Quem realizava a sua gestão de regime terapêutico era F que cumpria rigorosamente. Era parcialmente dependente na alimentação e tinha no início do desenvolvimento do trabalho com as famílias (fevereiro) um discurso orientado no tempo e no espaço. Caminhava por curtos períodos e alternava de posição de forma autónoma.

Em Fevereiro de 2023, AF apresentava úlcera diabética no hálux esquerdo que começou a comprometer a dependência do sr. AF que até aqui apresentava dependência moderada através da escala de Barthel. Se numa fase inicial das consultas com esta família, encontrava-se

completamente confortável e adaptado à sua condição de dependência, a partir de abril sofreu uma transição de saúde/ doença à qual teve de se adaptar e onde teve de ser trabalhada a consciencialização. Se numa primeira fase, AF apresentou alguns sentimentos depressivos depois acabou por aceitar esta nova condição, sendo o fator decisivo a ausência de dor, associado à resposta positiva da cuidadora.

No decorrer do estágio esta úlcera foi piorando e em abril do corrente ano o sr. AF foi amputado devido a isquemia do membro inferior esquerdo tendo recebido alta hospitalar com agravamento do seu quadro geral e não tendo sido realizado qualquer tentativa de adaptação a ajudas técnicas. Neste contexto e em acordo com Sra. F iniciei processo de referenciação para a RNCCI com o objetivo da reabilitação e adaptação à nova condição de vida e referi também a sobrecarga do cuidador existente. Esta referenciação foi feita em maio, em equipa multidisciplinar, eu, médica de família e assistente social e em junho recebemos como resposta da rede que o utente não tinha vaga para unidade de reabilitação pelo que iria ser integrado em resposta de ECCI o que aconteceu desde 6 de junho. Nesta fase, apresentava risco elevado de desenvolvimento de úlcera de pressão através da escala de Braden e baixo risco de queda por escala de Morse (por permanência no leito, manutenção de equipamentos preventivos de quedas). A cuidadora foi instruída à estimulação de autonomia de AF, utilização de mecanismos preventivos de desenvolvimento de úlceras de pressão, bem como sinais de alerta.

Em termos individuais a Sra. F tem Hipertensão, mas gere adequadamente o seu regime terapêutico e encontra-se a viver uma transição situacional que é a de prestadora de cuidados de AF. Este papel já é desempenhado há mais de 5 anos, agravado pela rede formal de apoio escassa que esta família apresenta. Como avaliação diagnóstica foi avaliada a sobrecarga do cuidador em janeiro segundo escala de Zarit apresentando o score de 86 (sobrecarga intensa). Após perceber que as dimensões associadas a esta sobrecarga estavam relacionadas com a prestação de cuidados diretos a AF e acumulação de papéis de higiene da casa, conseguimos que a família contratasse uma cuidadora formal o que proporcionou a F algum tempo livre para sair de casa tranquilamente e saber que AF estava bem entregue. Esta mesma avaliação foi realizada em junho apresentando o score 47 (sobrecarga ligeira). A amputação de AF em abril levou F a ter de adaptar-se a novas mudanças, no entanto esta transição apesar de ter sofrido um evento crítico decorreu tranquilamente, pois esta família conseguiu utilizar os seus recursos internos, como a presença da cuidadora formal, como fator protetor a este momento de crise.

Esta família continuou a ser acompanhada pelos colegas da ECCI e respetiva equipa de saúde familiar e continua a ser um processo contínuo de acompanhamento e suporte que beneficiará o Sr. AF individualmente, bem como a família como um todo.

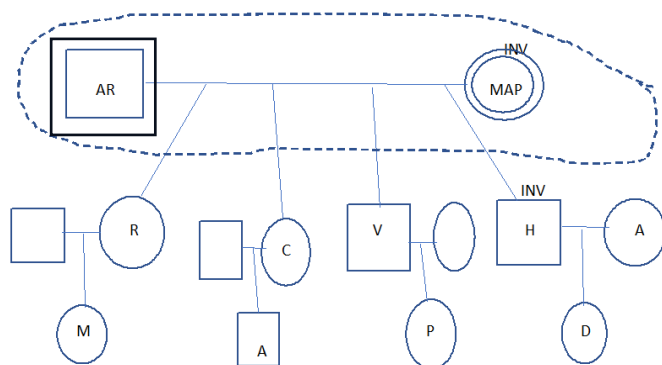
3.1.3 – Família 3

A família 3 é constituída pelo casal AR de 78 anos e MAP de 76 anos. Têm quatro filhos, duas raparigas e dois rapazes, e quatro netos.

Esta família recebeu 4 visitas domiciliárias com uma média de duração de 1h30m onde estiveram sempre presentes os dois elementos do casal, o filho H e a nora A. A filha R esteve presente em duas das visitas.

Em seguida será apresentado o genograma da família (Fig. 9) onde está patente a composição da família, quem constitui o membro dependente, quem coabita e a sua constituição.

Figura 9 – Genograma família 3



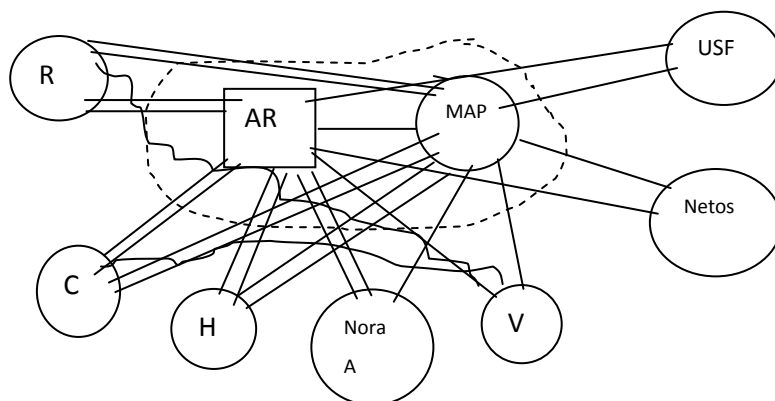
Legenda:

- Sexo masculino
- Sexo feminino
- | Filiação
- Casamento
- Coabitação

A família 4 é constituída pelo casal AR de 78 anos e MAP de 76 anos, constituem uma família casal. MAP é invisual há vários anos, no entanto caminha desde que em espaços familiares, come pela própria mão precisando de ajuda para preparação de alimentos, precisando de ajuda para higiene e mantendo funções cognitivas. AR foi diagnosticado em março/2023 com neoplasia colorretal em fase avançada, tendo agravado o seu grau de dependência abruptamente, sendo que, até esta data, ainda caminhava, alimentava-se de forma autónoma, só precisando de ajuda para cuidados de higiene (abordagem individual será explorada mais à frente no corpo de texto).

Em seguida apresento o ecomapa da família (Fig. 10) que estabelece as relações da família com os sistemas mais amplos e permite observar os vínculos existentes entre si, que vão desde vínculos intermédios, vínculos fortes ou relações conflituosas.

Figura 10 – Ecomapa família 3



O subsistema presente é o conjugal e tem como sistemas mais amplos a família alargada, nomeadamente os 4 filhos, a unidade de saúde e o hospital. Os filhos têm papéis definidos para cada um deles.

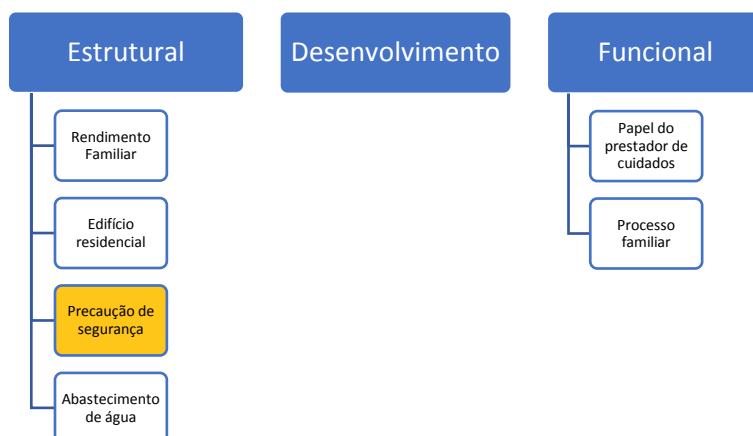
O filho H e a Nora A está diariamente com o casal, sendo esta nora a responsável pelos cuidados formais ao casal durante o dia, sendo remunerada pelos restantes filhos. De noite os restantes filhos dividem a semana e dormem em casa dos pais duas noites cada um. A filha R é responsável por tudo que esteja relacionado com a saúde dos pais, a filha C é a gestora financeira, trata de tudo o que são compras, farmácia e tudo o que os pais necessitam de

pagar. Tratamento de roupas, higiene da casa e preparação das refeições fica a cargo da nora A e do filho H. O filho V cumpre a função de dormir duas noites em casa dos pais por semana.

AR e MAP estão reformados e apresentam um grau 4 segundo escala de Graffar (classe social média baixa) e a sua habitação também corresponde a um grau 4, pois apresenta espaços muito exíguos localizado num bairro social, com escassa ventilação e luz natural, no entanto apresentava todas as condições de salubridade necessárias (Amaro, 2001). Apresentam crenças religiosas ligadas à igreja católica pelos objetos religiosos que apresentam no seu domicílio e relativamente à intervenção dos profissionais de saúde apresentam crenças não dificultadoras.

Em seguida, serão apresentados na figura 11 os focos de atenção avaliados na família 3 segundo a matriz operativa do MDAIF.

Figura 11 – Focos de atenção avaliados segundo a matriz operativa do MDAIF na família 3



Na dimensão estrutural foram avaliadas:

- Rendimento familiar, onde os critérios diagnósticos estabelecidos pelo MDAIF são: Escala de Graffar se situar no grau 4 ou 5 e conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares não demonstrado (Figueiredo, 2012). De acordo com a atividade diagnóstica realizada a família apresentava um Graffar 4, pertencente à classe média baixa e através de perguntas lineares “Conseguem gerir todas as despesas mensais de acordo com o rendimento que auferem?” ao que R responde “Sim, por enquanto, as coisas estão controladas”

e H diz “Entre todos vamos gerindo”, emerge o diagnóstico **Rendimento familiar não insuficiente**

- Edifício residencial onde os critérios diagnósticos prendem-se com tipo de habitação grau 4 ou 5 na escala de Graffar e conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro, a não existência de higiene na habitação e conhecimento sobre governo da casa não demonstrado e/ou conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional não demonstrado (Figueiredo, 2012). Após a atividade diagnóstica a família apresentava habitação grau 4 pela escala de Graffar (Amaro, 2001) e através da observação direta a habitação apresentava higiene e quando questionada a família apresentava conhecimentos sobre governo da casa e riscos de edifício residencial não seguro, de onde emerge o diagnóstico **Edifício residencial seguro e edifício residencial não negligenciado**.
- Precaução de segurança em que os critérios de diagnóstico estabelecidos pelo MDAIF são conhecimento não demonstrado para utilização de equipamento para aquecimento e/ou conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamentos de gás doméstico e/ou existência de barreiras arquitetônicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas (Figueiredo, 2012). Através da observação direta percebi a existência de barreiras arquitetônicas no interior da casa como degraus da sala para a cozinha e desta para a casa de banho o que no caso de MAP, que era invisual, acarretava um risco aumentado de quedas e limitação da sua mobilidade. Assim surge o diagnóstico **Precaução de segurança não demonstrada**. Como atividades que concretizam as intervenções motivei para a utilização de ajudas técnicas e para remoção de tapetes do interior da habitação ou fixação dos mesmos ao soalho e a própria família adquiriu umas rampas de alumínio que após eliminarem os degraus constituíram uma boa adaptação com vista à precaução de segurança demonstrada. Logo, ocorreu uma mudança do status do diagnóstico para **Precaução de segurança demonstrada**.
- Abastecimento de água, em que os critérios de diagnóstico estabelecidos são utilização da água da rede privada para consumo humano e família não efetua controle da qualidade, não apresenta conhecimento nem estratégias de manutenção da qualidade da água (Figueiredo, 2012). Como atividade diagnóstica

esta família apresenta consumo de água da rede pública, pelo que **Abastecimento de água adequado**

Na dimensão funcional foram avaliados os dois focos de atenção sugeridos pelo MDAIF (Figueiredo, 2012):

- Papel do prestador de cuidados cujos critérios diagnósticos prendem-se com conhecimentos do papel demonstrados ou não, comportamentos de adesão ao papel não demonstrado, bem como consenso de papel, a existência de conflito e/ou saturação de papel. No sentido da atividade diagnóstica e da obtenção de dados avaliativos, através da observação e de perguntas lineares e reflexivas tais como: “De que forma se tornou cuidadora dos seus sogros? “ao que A respondeu “Eu fiquei desempregada, já tinha tomado conta de idosos, eles estavam a precisar de ajuda, os meus cunhados reuniram-se e se tinham de pagar a alguém de fora pagam-me a mim que sempre sou da família”. Quando perguntei se tinha alguma dificuldade na prestação de cuidados direta aos sogros, A respondeu que “Não, ele é um santo ela é que para comer às vezes é mais difícil, mas o meu marido tem muita paciência e sabe levá-la”. Após observação da prestação direta de cuidados percebi que existia conhecimentos e comportamentos de adesão demonstrados para o exercício do papel, tendo validado a prestação direta de cuidados. Existia consenso e não existia conflito de papel, quando questionada acerca de como se sentia fisicamente e emocionalmente A refere “Estou bem Sra. enfermeira, aqui em casa nada sobra só para um, sobra para todos. Está tudo muito bem dividido”. A filha R era responsável pela gestão do regime terapêutico dos pais preparando toda a medicação semanalmente. C tratava das compras de casa e farmácia e a nora A da limpeza da casa, refeições, higiene e alimentação do casal. As noites eram divididas entre os quatro irmãos. Quando questionei R acerca de como se sentia como cuidadora dos pais esta referiu “Onde todos ajudam nada custa, se continuarmos assim, tudo bem.” Não existia saturação de papel, nem conflito e havia consenso entre a definição de papéis realizada pelos filhos. Deste modo emerge o diagnóstico, **papel do prestador de cuidados adequado**. Em março AR é diagnosticado com uma neoplasia intestinal já numa fase avançada e agrava o seu estado de dependência de uma forma abrupta. Aquando da receção deste diagnóstico, foram também informados, neste caso a filha R, que a neoplasia já

não era passível de ser sujeita a tratamentos e que neste momento a única coisa que poderiam proporcionar a AR seria conforto e cuidados paliativos. A família decidiu proteger MAP do diagnóstico do marido, pedindo para não lhe dizer. Apresenta-se um momento de crise para esta família. Rapidamente providenciaram adaptação do quarto, cama articulada e remoção de mobiliário que foi necessário para uma prestação de cuidados mais segura e fácil. Assim, como intervenções e estando esta família num processo de transição acidental foram identificadas as suas forças e elogiadas (a sua colaboração entre os irmãos, a forma como comunicavam e como rapidamente tomavam decisões), promover a confluência familiar e a objetividade na busca de soluções (a família iniciou pedidos junto da segurança social para complementos por terceira pessoa e atestado multiusos) e promover a comunicação expressiva de emoções, o que auxiliou no apoio a esta família no desenvolvimento de estratégias de adaptação (Rolland, 1999).

- Processo familiar, definido como o “padrão transacional que decorre das interações contínuas que se vão desenvolvendo entre os membros da família, abrangendo a complexidade inerente aos processos de circularidade, auto-organização, equifinalidade, globalidade, entre outros caraterizadores da família, enquanto sistema autopoietico transformativo” (Figueiredo, 2012, p. 95), cujos critérios diagnósticos se relacionam com a presença de uma comunicação familiar não eficaz e/ou coping familiar não eficaz e/ou interação de papéis não eficaz ou conflitual e/ou relação dinâmica disfuncional (Figueiredo, 2012). Como avaliação diagnóstica esta família apresentava menor probabilidade de incidência de doenças segundo a escala de readaptação social de Holmes & Rahe e no que diz respeito à coesão e adaptabilidade classificam-se como uma família intermédia. Já relativamente ao funcionamento familiar classificam-se como uma família com moderada disfunção. Apresentam como força e recurso a comunicação e a interação de papéis, pois têm os papeis muito bem definidos entre os irmãos e é consensual que assim seja. Apresentam mecanismos de coping eficazes que demonstraram aquando do diagnóstico de AR (Figueiredo, 2012). Posto isto emerge o diagnóstico **processo familiar não disfuncional**.

Como resumo temos então como forças e recursos da família (Figueiredo, 2012) rendimento familiar não insuficiente, edifício residencial seguro e não negligenciado, abastecimento de água adequado, processo familiar não disfuncional e papel de prestador de cuidados adequado e um diagnóstico com mudança do seu *status* para precaução de segurança demonstrada.

Ficou uma necessidade de intervenção por trabalhar a preparação para o luto, mas em junho quando terminou o estágio, a maioria dos elementos da família ainda não estavam preparados para abordar este assunto e como a prestação de cuidados a esta família foi feita em conjunto com a equipa de saúde familiar esta, dará continuidade a esta necessidade de cuidados.

Em termos individuais a Sra. MAP tinha HTA, era invisual já há muitos anos adaptada à condição e por isso individualmente, com um processo de transição cumprido. Dependente em grau moderado segundo escala de Barthel, apresentava alto risco de queda (escala de Morse) e baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (escala de Braden). A cuidadora foi instruída à estimulação de autonomia de MAP, utilização de estratégias preventivas de queda, bem como sinais de alerta.

O sr. AR também é HTA e diagnosticado recentemente com doença neoplásica em fase avançada. Apresenta dependência severa, pois encontra-se dependente em todas as atividades de vida diária (Barthel, maio/23) alto risco de úlcera de pressão (Braden) e baixo risco de queda (Morse) e apresenta ausência de dor (escala visual analógica) e tem como principais intervenções: avaliação da dor, risco de quedas e de úlceras de pressão. A cuidadora foi instruída à utilização de estratégias preventivas de queda, bem como sinais de alerta de aparecimento de úlceras de pressão e utilização de mecanismos preventivos de desenvolvimento de úlceras de pressão, bem como sinais de alerta e avaliação de conhecimentos acerca da medicação que este fazia e possíveis efeitos secundários.

Em seguida serão apresentados a avaliação dos resultados obtidos através da prestação de cuidados às famílias, tendo em conta aquilo a que me propus no início do estágio. Assim avaliei 100% das famílias selecionadas segundo o MDAIF e intervi em 83,3% das famílias, sendo que na única família que não intervi, todos os focos de atenção funcionavam como forças e recursos (Figueiredo, 2012). Relativamente aos diagnósticos que alteraram o seu *status* diagnóstico, apresento os seguintes indicadores de resultado:

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel /Nº total de famílias com Saturação Papel alterado x 100 - $\frac{2}{3} \times 100 = 67\%$

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Prestador Cuidados/Nº total de famílias com Papel Prestador Cuidados não demonstrado x 100 - $3/4 \times 100 = 75\%$

Nº famílias com diagnóstico positivado em edifício residencial/ nº total de famílias com edifício residencial não seguro x100 – $3/3 \times 100 = 100\%$

Nº famílias com diagnóstico positivado em precaução de segurança / nº total de famílias com precaução de seguranças não demonstrada x 100 - $2/2 \times 100 = 100\%$

3.2 - Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

A realização de um estágio, constitui uma oportunidade de escuta, diálogo e partilha de saberes, que envolve o desenvolvimento de competências específicas e comuns. Assim, neste capítulo procura-se descrever de que forma foram cumpridos os critérios de avaliação para o atingimento das unidades de competência específica do EESCESF.

Seguidamente, serão apresentadas, através do quadro nº 1 as unidades de competência e os respetivos critérios de avaliação da segunda competência específica do EESCESF regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros.

Quadro nº 1 – Unidades de competência referentes à segunda competência específica - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar do EESCESF e respetivos critérios de avaliação do Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros

Unidade de Competência	Critérios de avaliação
Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.	<ul style="list-style-type: none">✓ Promove a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família.✓ Referencia a família para outros profissionais de saúde.✓ Orienta a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais.
Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	<ul style="list-style-type: none">✓ Gere a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família.✓ Assegura processos de mentoria e <i>coaching</i> aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.✓ Participa no planeamento, desenvolvimento e

	<p>avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. ✓ Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar. ✓ Cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. ✓ Participa no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família. ✓ Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar
--	--

No sentido do cumprimento da primeira unidade de competência - **Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família** – na primeira família foi proposto à MC a referência para psicologia que juntamente com o filho preferiram recorrer ao privado e no final do estágio ainda mantinha o acompanhamento. Ocorreu também a necessidade de referenciar para outros profissionais de saúde, como na segunda família, onde ocorreu a referência para a RNCCI.

No sentido do cumprimento da segunda unidade de competência - **Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção** - durante todo o estágio, e aplicando o processo de enfermagem, todas as intervenções realizadas com as famílias foram registadas no aplicativo Sclinico, no programa de Saúde Familiar, no sentido de documentar os resultados em saúde familiar e dar visibilidade aos ganhos em saúde em enfermagem de saúde familiar.

Durante o estágio desenvolvi um processo formativo em serviço que contou com dois momentos formativos formais acerca da temática que emergiu após a auscultação dos profissionais., no sentido de responder aos critérios de avaliação acima descritos.

A formação em serviço, enquadra-se na formação permanente, mas decorre em simultâneo com a prática profissional e reflete a resolução de problemas das diferentes unidades e/ou serviços (Relvas, 2018). Tendo o enfermeiro o dever profissional para com a profissão de se manter atualizado, espelhado no disposto na alínea c do Artigo 88º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril), onde deve procurar a excelência do exercício profissional, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, não esquecendo a formação permanente baseada nas ciências humanas.

Pereira (1993) refere-se à formação em serviço, como sendo todas as atividades que os profissionais desenvolvem em serviço e que são planeadas com o objetivo da melhoria do seu desempenho. Já Menoita (2011), refere que a formação em serviço pretende integrar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem e que, através da formação em serviço se observa uma dualidade nos enfermeiros no confronto entre a teoria e a prática, ou seja, entre o modelo exposto e o modelo em uso, o que poderá conduzir a uma mudança de comportamentos, mudanças do saber fazer.

Para que a formação funcione em pleno, é indispensável um planeamento adequado e adaptado às necessidades dos intervenientes. Nesta conjuntura, é essencial a definição de planos de formação. Boterf (1991) define planos de formação como um conjunto coerente e ordenado de ações de formação orientadas sob objetivos relevantes. Desta forma, a evolução de um plano de formação deve envolver quatro etapas que são indispensáveis: Identificação e análise das necessidades de formação, explicitação da contribuição esperada do plano de formação, elaboração e estruturação do plano de formação, desenvolvimento do mesmo e avaliação.

Na primeira etapa do processo formativo, identificação e análise das necessidades de formação, procede-se à recolha de dados dos problemas existentes (atuais ou previsíveis) que possam ser resolvidos através da formação. Na etapa do planeamento da formação, esta é realizada de acordo com os resultados das necessidades formativas e são delineados os objetivos da formação, bem como as estratégias necessárias à sua implementação (estruturação dos conteúdos programáticos, métodos pedagógicos, recursos necessários, população alvo e respetiva calendarização). A terceira etapa consiste na implementação do programa de formação, onde ocorre a formalização do que foi planeado nas duas etapas anteriores. Na quarta etapa é realizada a avaliação do processo formativo onde se procura verificar a eficácia do mesmo e a adequação do seu planeamento (Alves, 2009).

Kirkpatrick (1959) definiu a avaliação da formação como um conjunto de procedimentos e metodologias que têm como objetivo analisar a conceção, implementação e os resultados das ações de formação e conseqüentemente os seus efeitos ao nível das organizações. Assim, criou um modelo multinível de avaliação em que no primeiro nível avalia a reação dos formandos (de uma forma imediata e mais relacionada com as emoções criadas pela formação), um segundo nível em que avalia as aprendizagens e deve ser realizada em dois momentos distintos antes e depois da formação pois o seu principal objetivo é a verificação de aquisição de conhecimentos, um terceiro nível em que se avalia de que forma a formação provocou mudança de comportamentos nos profissionais que a receberam e por último, no quarto nível, a avaliação dos resultados que implica mudanças que esses comportamentos tenham no desempenho da organização.

Com o objetivo de contribuir para a melhoria contínua da qualidade e após diagnóstico de situação (anexo III) das necessidades formativas da equipa da USF no que diz respeito a famílias com membros dependentes, através de um instrumento de colheita de dados que foi distribuído através de email por *googleforms* a todos os elementos da equipa (médicos e enfermeiros) (Anexo IV), a equipa referiu necessidade de melhorar conhecimentos relativamente ao estatuto do cuidador informal. Ainda numa perspetiva de melhoria de prestação de cuidados, também mencionaram a necessidade da existência de um folheto que explicitasse os possíveis recursos comunitários, para que as famílias possam ficar melhor documentadas quando têm de tomar decisões nesta área de apoio à prestação de cuidados. Além destas duas necessidades, logo no estágio do módulo I, pela consulta dos processos e por conversas informais com a equipa de enfermagem, estas referiram que gostariam de ter formação em registos de saúde familiar uma vez que estes registos eram praticamente nulos na USF em questão. Assim, esta ação foi realizada em março, mas planificada segundo os objetivos pedagógicos e avaliada segundo os mesmos. A planificação e avaliação desta formação encontram-se no anexo V (nível 1 e 2 do modelo multinível de Kirkpatrick).

No anexo VI é apresentada toda a planificação da formação em serviço “Famílias com membros dependentes a cargo – estatuto do Cuidador Informal”, Plano de sessão e resultados da avaliação imediata preenchida pelos participantes (anexo VII). Também no anexo VIII encontra-se o folheto “Recursos comunitários”.

A primeira formação sobre registos de enfermagem no âmbito da saúde familiar atingiu os objetivos delineados, de acordo com a avaliação imediata. No final do estágio constatou-se um

aumento nos registos não só nas famílias da lista da enfermeira tutora, mas também nos processos familiares das restantes enfermeiras.

Relativamente à formação “Famílias com membro dependente - estatuto do cuidador informal” houve uma melhoria significativa na aquisição de conhecimentos, de onde passaram de níveis de conhecimento, prévios à formação, 1 e 2 e pós formação correspondentes ao nível 4 e 5 (sendo que 1 correspondia a nenhum conhecimento e o 5 a conhecimento completo). No que diz respeito a conhecimentos relativos aos critérios de pedido de estatuto, qual o papel do profissional de saúde e como poderíamos ajudar estas famílias em específico também ocorreram melhorias na mesma ordem de grandeza. Relativamente a mudanças comportamentais, até ao final do estágio todas as equipas familiares (médico e enfermeiro de família), constituíram-se como profissionais de referência da área da saúde, e até junho foram abertos 3 Planos de intervenção específicos (PIE) em 3 famílias com membros dependentes que não da lista da minha tutora, realizados em conjunto com o elemento da Segurança Social. Também o folheto sobre recursos comunitários foi muito utilizado pela equipa, no sentido de complementar a intervenção ensinar sobre recursos comunitários.

No sentido da divulgação e da promoção da enfermagem de saúde familiar sou membro da equipa de produção de conteúdo do projeto *Enf.amilia* desde 2022 da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, e em Outubro tenho uma participação agendada no V Congresso Internacional Enfermagem de saúde Familiar com o Workshop – Avaliação e Intervenção Familiar de uma família monoparental - estudo de caso, que irá decorrer nos Açores em coapresentação com a colega Maria João Silva.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competência é a capacidade de um profissional desempenhar tarefas, funções ou responsabilidades de maneira eficaz e com conhecimento apropriado. Implica a apropriação de conhecimentos, habilidades, experiência e julgamento necessário para realizar com sucesso uma determinada atividade ou trabalho. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012) as competências possuem domínios, normas ou descritivos e critérios de avaliação. Para Leonello, Vieira e Duarte (2018), competência é o conjunto articulado de saberes (saber conhecer, saber fazer, saber conviver e saber ser) para enfrentar uma situação difícil.

O enfermeiro especialista é reconhecido pelo conhecimento profundo que possui num domínio específico da disciplina de enfermagem, aliado a um conjunto de competências comuns que se traduzem na sua capacidade de conexão, gestão e supervisão de cuidados. Assim, no âmbito das competências comuns e de acordo com os domínios avaliativos: no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assegurei a prestação de cuidados salvaguardando o dever de sigilo, tendo em conta a participação da família no processo de estabelecimento do seu plano de cuidados e respeitando a dignidade humana e individualidade de cada membro., de acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2005).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, desenvolvi um processo formativo com 2 momentos formativos formais, no sentido de dar resposta às necessidades formativas identificadas. Nomeadamente, registos em saúde familiar e famílias com membro dependente – estatuto do cuidador informal, tendo também elaborado um folheto sobre recursos comunitários que agregava todas as Instituições particulares de Segurança Social (IPSS) que serviam as áreas de abrangência da USF onde estagiei e permitiam melhorar a prestação de cuidados a estas famílias.

Procurei basear sempre a minha prática na pesquisa e na evidência científica na área da enfermagem de saúde familiar e no domínio da gestão de cuidados aproveitei o momento formativo sobre registos em saúde familiar – estudo de caso para sensibilizar a equipa para o MDAIF e para o padrão de documentação de cuidados que já é possível registar no programa de Saúde familiar do Sclinico e do qual a equipa não tinha conhecimento.

No sentido de dar cumprimento ao desenvolvimento da competência: Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, procurei estabelecer com as famílias uma relação de confiança que procurasse responder às suas necessidades, atuando sempre em colaboração com as mesmas na identificação das suas forças e recursos. Atendendo à privacidade e ao respeito pelos valores e crenças familiares, usufruí da oportunidade de partilha de sentimentos e emoções dentro da família que se tornam únicos no estabelecimento desta relação de confiança.

Usando o MDAIF (Figueiredo, 2012) para a intervenção familiar e a teoria das transições (Meleis, 2010) para a intervenção individual apliquei o processo de enfermagem, realizando a colheita de dados pertinentes, consultando o processo clínico familiar e individual, utilizando os instrumentos de avaliação familiar (genograma, ecomapa, escala de Graffar, escala de faces II, apgar familiar de Smilkstein) e individual (escala de Barthel, Braden, Morse, Zarit), observação direta, entrevista familiar sistémica e avaliação das suas crenças e valores. Importa salientar que o processo de enfermagem é um conceito fulcral para o domínio da enfermagem, e possibilita a promoção de transições de saúde bem conseguidas e o cuidado holístico aos utentes durante estas transições, estabelecendo uma estrutura para a prática e a educação de enfermagem (Meleis A. I., 2010). Após a colheita de dados, estabeleci os diagnósticos que podiam constituir-se como forças e recursos da família (Figueiredo, 2012) ou como necessidades de intervenção.

Após esta etapa, elaborei um plano de cuidados e utilizei técnicas ativas e passivas (metáfora, rituais terapêuticos, terapia orientada para as soluções, questões milagre, prescrição paradoxal) em todas as famílias com diagnósticos alterados como estratégias que concretizam as intervenções. Avaliei as intervenções e procedi à alteração do juízo diagnóstico quando verificado.

Procurei ter sempre em conta o tipo de transição que a família/ indivíduo atravessava e adequiei a minha intervenção à fase de transição, bem como ao tipo de transição em que a família/ indivíduo se encontrava. Documentei todas as intervenções no Sclinico, no programa saúde familiar/ individual, para que os ganhos em saúde obtidos fossem visíveis e a continuidade de cuidados fosse assegurada.

Refleti constantemente a minha prática com as famílias, tendo sido um caminho de avanços e recuos e muitas vezes de necessidade de recorrer a evidência científica para sustentar a minha atuação.

Em seguida será apresentada uma breve análise SWOT que consiste numa ferramenta de planeamento estratégico em que o indivíduo ou entidade aborda as suas forças (*Strengths*), fraquezas (*weaknesses*), oportunidades (*opportunities*) e ameaças (*threats*). Escolhi esta ferramenta pois possibilita de uma forma sistemática analisar os pontos fortes e fracos, estar consciente das oportunidades, para poder torná-las forças e analisar as ameaças.

Como ponto forte nesta competência aponto a capacidade de ter tido uma visão sistémica da família. Ter reconhecido as suas características de globalidade, circularidade e de que são eles próprios capazes de encontrar um equilíbrio entre mudança e estabilidade (Wright & Leahey, 2011). Ter obtido ganhos em saúde para a família e cada um dos seus membros, traduzidos em enunciados diagnósticos com mudança no status inicial. Como oportunidade o facto de os cuidados desenvolvidos com as famílias me obrigarem a uma análise crítica constante, que me impulsionou a pesquisa bibliográfica recorrente para fundamentar a minha atuação com as famílias e cada um dos seus membros.

Como fraqueza, constatei que os diagnósticos que envolvem o processo familiar alterado terem sido muito difíceis de provocar mudança de *status*, mas compreendo que todas as intervenções que impliquem a mudança de significados ou crenças familiares, e que se relacionem com a mudança e interações de papéis, necessitam de intervenções mais prolongadas no tempo (Wright & Leahey, 2011).

Como ameaça constato várias situações, primeiro o sistema informático ainda ser muito débil relativamente à possibilidade de registo, no que diz respeito a intervenções relacionadas com o programa de saúde familiar, contudo relativamente a intervenções relacionadas com o familiar cuidador existe pouca documentação de cuidados por parte da equipa de enfermagem, em que a maioria dos enfermeiros se preocupa em documentar intervenções do tipo instruir e avaliações do desempenho do papel, o que é corroborado por estudos recentes que apontam a SUB documentação de cuidados nesta área específica de prestação de cuidados em todas as fases do processo de enfermagem (França, 2022). O segundo, o facto de que as inscrições nas unidades de saúde (SNS) não correspondem ao agregado familiar. Muitas vezes na família, que coabita, estão subsistemas inscritos em duas ou mais equipas de saúde familiar, o que dificulta a prestação de cuidados do enfermeiro de família bem como o cálculo real de quantas famílias cada enfermeiro possui. Este trabalho teve também como ameaça, a situação das visitas domiciliárias serem realizadas em viatura de serviço, onde o tempo da mesma está associada a custos financeiros avultados. A disponibilidade de tempo das próprias

famílias, muitas vezes mesmo em contexto domiciliário, estas não possuíam essa disponibilidade o que se revelava difícil e por último o sentimento claro, de que era evidente que estamos todos a trilhar novos caminhos na prestação de cuidados, pois quando iniciei o meu trabalho com as famílias muitas referiram o seu carácter novo e pouco familiar.

No que diz respeito à segunda competência: Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, promovi a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde nomeadamente referenciando para a RNCCI e para psicologia. No sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem de equipa multidisciplinar onde desenvolvi o estágio realizei um processo formativo com dois 2 momentos formativos formais no sentido de dar resposta às necessidades identificadas : registos em saúde familiar e famílias com membro dependente – estatuto do cuidador informal e elaborei um folheto sobre recursos comunitários que agregava todas as Instituições particulares de Segurança Social (IPSS) que serviam as áreas de abrangência da USF onde estagiei e permitiam melhorar a prestação de cuidados a estas famílias.

Este estágio permitiu-me refletir acerca de muitas situações vivenciadas com as famílias, como por exemplo o facto de sermos nós, enfermeiros, substituídos por vídeos de computador. Da importância que a nossa validação dos cuidados instrumentais tem para as famílias/ cuidadores, que existem famílias com uma capacidade de auto-organização, de mobilização de recursos internos e de estratégias de coping que deviam ser partilhadas e que a divisão de papéis de cuidador por mais do que um membro da família em situação de membro dependente, para que não haja um cuidador, mas sim, uma família cuidadora, é protetora da sobrecarga da família e potencia a adaptação a novas transições/ crises.

Considero também, que a oportunidade que temos nas unidades de saúde familiar de acompanharmos famílias durante anos, décadas, deve ser muito bem aproveitada. Podermos conhecer bem o nosso ficheiro de famílias, estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, acompanhar as suas transições desenvolvimentais, antecipar transições acidentais, podendo alterar o contexto de intervenção da unidade para o domicílio de uma forma cada vez mais comum é a essência de nos podermos tornar significativos na vida das famílias, porque os fatores tempo e continuidade são essenciais na enfermagem de saúde familiar.

Assim, penso ter ao longo do estágio contribuído através das atividades já referidas para o desenvolvimento das atividades comuns e específicas do EESCESF regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros.

5. CONCLUSÃO

O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento demográfico refletem-se em elevado risco de dependência, o que constitui um grande desafio para as famílias que têm os seus membros a cargo e se veem obrigadas a assumir novas competências e papéis para as quais não estavam preparadas.

Sendo a avaliação das forças, recursos e fraquezas familiares um foco central para os enfermeiros que cuidam famílias, o auxílio na reestruturação familiar para o encontro de um novo equilíbrio assume um papel preponderante, principalmente no caso de famílias com membros dependentes, pois o apoio às famílias nesta fase de transição, bem como aos dependentes e aos cuidadores familiares será de extrema relevância para a vida das mesmas.

O enfermeiro de família deve privilegiar o contexto domiciliário como campo de atuação e dar primazia a intervenções de promoção da saúde das famílias e ser cada vez mais gestor dos seus recursos e forças, para ser cada vez menos interventivo em processos curativos, até porque permite uma observação direta do contexto familiar, das interações familiares, bem como das necessidades de intervenção que muitas vezes nos ocultam. O contexto domiciliário permite perceber por exemplo, que a porta do WC do domicílio da família não comporta a passagem de uma cadeira de rodas, que temos de reestruturar a mobília do quarto do membro dependente para todos poderem prestar cuidados de forma mais segura, que por exemplo temos que proceder à retirada de tapetes do quarto por causa do risco de queda, o que se for realizado numa entrevista sistémica em contexto de USF, ainda que com a presença de vários membros da família, pode ser oculto no foco de precaução de segurança.

A integração dos diversos modelos e teorias na prática de cuidados (MDAIF (Figueiredo, 2012) e teoria das transições (Meleis, 2010)) revelou-se muito importante para o desenvolvimento de competências, bem como a apropriação de modelos teóricos como o de resiliência de McCubbin (McCubbin & McCubbin, 1993).

Foi possível a alteração de status diagnósticos através da intervenção familiar nas famílias selecionadas, o que vai de encontro ao que Kholifah, Nursalam, Adriani, Ahsan e Susanto

(2018) como citado em (Silva, 2021) referem, que o uso de modelos estruturados de cuidados de enfermagem familiar, possibilitam intervenções eficientes com repercussão na dinâmica das famílias, promovendo um melhor desempenho de tarefas, mais independência, mais funcionalidade e maior capacidade de adaptação a transições situacionais e de desenvolvimento do ciclo de vida da família. Saliento ainda a melhoria do desempenho demonstrado nas famílias, sobretudo no papel de prestador de cuidados, ainda que em um dos casos a ausência de sobrecarga não tenha sido completamente conseguida.

O uso da matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012) revelou-se essencial para a avaliação e o estabelecimento de diagnósticos, bem como após intervenção familiar demonstrar alteração do status dos juízos diagnósticos e demonstrar ganhos em saúde familiar.

Esta sempre foi a especialização que desejei seguir, e decidi embarcar na jornada do I Mestrado em Enfermagem Saúde Comunitária na área da Enfermagem Saúde Familiar. Até hoje, não me arrependo de ser uma das pioneiras nesta trajetória. Espero continuar a defender a saúde familiar em todos os contextos que a vida me coloque e demonstrar a diferença que estes cuidados podem fazer na vida das famílias, pois cabe-nos a nós especialistas mostrar a diferença de cuidados à família como sistema e promover a mudança de paradigma assistencial (Wright & Leahey, 2011).

Considero ter atingido os objetivos propostos no início da realização do presente documento, demonstrando o desenvolvimento das competências clínicas comuns e específicas, integrando toda a componente teórica e prática desenvolvida ao longo do mestrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M., & Gaspar, M. F. (2007). Imprevisibilidade familiar e suas implicações no desenvolvimento individual e familiar [Family unpredictability and its implications in the familiar and individual development]. *Paidéia*, 17(36), 89–102. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100009>
- Alves, A. (2009). *Desconstruir construindo um novo modelo de formação* [Master's thesis, Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/80541>
- Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf
- Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar*. Fundação Nossa senhora do bom sucesso
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados [Validation of the Barthel Index in a sample of non-institutionalized elderly]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/95522/1/05.pdf>
- Arede, P. J. A. (2021). *Aplicações móveis no apoio e acompanhamento do cuidador e doente de Alzheimer* [Master's thesis, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/32575/1/Documento_Paulo_Arede.pdf
- Azevedo, R. S. (2010). *Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil: Uma revisão sistemática* [Master's thesis, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Minas Gerais. <http://hdl.handle.net/1843/GCPA-8D9LAL>
- Bento, M. C. S. C., Amaral, A. S., & Silva, A. P. (2021). Idosos a cuidar de idosos: Um desafio à organização dos cuidados domiciliários [The elderly caring for the elderly: A challenge to organizing home care]. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.79093>

- Bertalanffy, L. V. (1968). *Teoria geral dos sistemas: Fundamentos, desenvolvimento e aplicações* [General System Theory: Foundations, development, applications]. Editora Vozes.
- Boterf (1991). *Avaliar o investimento em formação*. [Evaluate investment in professional qualification]. *Formar*, 6,54-56
- Boss, P. (2000). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief* (1st ed.). Harvard University Press.
- Brito, M. L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos* [The mental health of caregivers of elderly family members]. Quarteto.
- Cattani, R. B., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares [Taking care of the sick elder people at home in the speech of familial caretaker]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 254–271. <https://doi.org/10.5216/ree.v6i2.812>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP) (versão beta 2)*. Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Decreto Regulamentar nº 1/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). *Diário da República: I Série*, nº 6/2022. <https://files.dre.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>
- Decreto-lei nº 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). *Diário da República: I Série-A*, nº 109/2006. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei nº 104/98 do Ministério da Saúde. (1998). *Diário da República: I Série-A*, nº 93/1998. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/93-1998-110255>
- Decreto-lei nº 136/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República: I Série*, nº 145/2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/136-2015-69879425>
- Decreto-lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde. (2017). *Diário da República: I Série*, nº 118/2017. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2017/Junho/DL_73_2017.pdf
- Despacho nº 12427/2016 da Presidência do Conselho de Ministros, Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde - Gabinetes dos Ministros Adjunto, das Finanças, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde. (2016). *Diário da República: II Série*, nº 199. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12427-2016-75533168>
- Despacho Normativo nº 10/2007 do Ministério da Saúde. (2007). *Diário da República: II Série*, nº 19. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/0-2007-31379895>
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Lusociência.

- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família* [Dynamic model of family assessment and intervention: A collaborative approach in family nursing]. Lusociência.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). From practice contexts towards the (co)construction of family nursing care models. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 615–621. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300017>
- França, D. (2022). *Famíliares Cuidadores: Da Documentação à Adequação das Práticas em Enfermagem* [Doctoral Dissertation, Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt.handle.net/10216/144134>
- Gonçalves, M. (2008). *Terapia centrada nas soluções* [Solution-focused therapy]. Psiquibrios.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* [Family health care nursing: Theory, practice and research] (2nd ed.). Lusodidacta.
- Hawley, D. R., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35(3), 283–298. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00283.x>
- Imaginário, C. M. I. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal* [The dependent elderly in a family context: An analysis of the family and primary caregiver's views]. Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística. (abril, 2020). *Estatísticas de saúde – 2020*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=554616969&att_display=n&att_download=y
- Kholifah, S. N., Nursalam, M. N., Adriani, M., Ahsan, A., & Susanto, T. (2018). Structural model for public health nurses' performance in the implementation of family nursing based on nursing capital. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 914–926. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/33_1-susanto_original_10_2.pdf
- Kirkpatrick, D. L. (1959). Techniques for evaluating training programs. *Journal of American Society of Training Directors*, 13(11), 21–26.

- Lei nº 100/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República: I Série, nº 171/2019. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17100/0000300016.pdf>
- Leonello, V., Vieira, M., & Duarte, T. (2018). Competências para ação educativa de enfermeiras da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), pp. 1136-1142. doi:10.1590/0034-7167-2017-0390
- Lucas, C. O., Freitas, C., & Monteiro, M. I. (2013, janeiro 17). *A doença de Alzheimer: Características, sintomas e intervenções* [Alzheimer's disease: Characteristics, symptoms and interventions]. *Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0662.pdf>
- Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy* (1st ed.). Jossey-Bass.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores* [Stroke: Quality of life and well-being of patients and family caregivers]. Formasau.
- McCubbin, M., & McCubbin S. (1993). Families coping with illness: The resiliency model family stress, adjustment, and adaptation. In C. B. Danielson, B. P. Hamel-Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families, health & illness: Perspectives on coping and intervention* (pp.21-63). Mosby-Yearbook.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K., (2010). Experiencing transitions: An emerging Middle-Range Theory. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–72). Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mendes, M. F., & Rosa, M. J. V. (2012). *Projeções 2023 e o futuro*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/pt-pt/estudos/projecoes-2030-e-o-futuro>
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento & tratamento* [Families & family therapy]. Artes Médicas.
- Moimaz, S. A. S., Fadel, C. B., Yarid, S. D., & Diniz, D. G. (2011). Saúde da família: O desafio de uma atenção coletiva [Family health: The challenge of a collective attention]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 965–972. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700028>
- National Library of Medicine. (2021, fevereiro 18). *Family health*. <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D005192>

- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: Conceitos e métodos* [Family therapy: Concepts and methods] (7th ed.). Artmed. <https://www.eecarvalhosenne.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Terapia-Familiar-Conceitos-e-Metodos.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1978). *Paradoxe et contre-paradoxe: Un mode thérapeutique de référence face aux familles transaction schizophrénique* [Paradox and counter-paradox: A reference therapeutic mode for schizophrenic transaction families]. Editora E.S.F.
- Pereira, C. (1996). Uma proposta de avaliação de acções de formação [A proposal for evaluating training actions]. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1996(22), 155–169. <https://sociologiapp.iscte-iul.pt/pdfs/18/184.pdf>
- Petronilho, F. A. S. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto-cuidado: Uma revisão de literatura [The transition of family members to exercise the role of caregivers when they incorporate a member dependent on self-care: A review of the literature]. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2010, 43–58. <https://hdl.handle.net/1822/21668>
- Petronilho, F. A. S., Pereira, F. M. S., & Silva, A. A. P. (2017). Evolução e destino das pessoas dependentes no autocuidado: Estudo longitudinal [Evolution and destination of people dependent in self-care: A longitudinal study]. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 2017(18), 33–43. http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/63436/1/Evolu%c3%a7%c3%a3o%20e%20destino%20das%20pessoas%20dependentes%20no%20autocuidado_estudo%20longitudinal_RIE%20n%c2%ba18_fev%202017%20%282%29.pdf
- PORDATA. (2021). *Portal de estatísticas sobre Portugal e Europa*. <https://www.pordata.pt/>
- Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República: II Série*, nº 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* [The family life cycle: Systemic perspective] (2nd ed.). Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho: Da teoria à terapia familiar* (2nd ed.). Quarteto.

- Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF SALUS* [Relatório de estágio final, Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23528/1/ESSTFC620.pdf>
- Ryan, N. S., & Rossor, M. N. (2011). Defining and describing the pre-dementia stages of familial Alzheimer's disease. *Alzheimer's Research & Therapy*, 3. <https://doi.org/10.1186/alzrt91>
- Rolland, J. S. (1999). Parental illness and disability: A family systems framework. *Journal of Family Therapy*, 21(3), 242–266. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00118>
- Sena, E. L. S., & Gonçalves, L. H. T. (2008). Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer: Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty [Life experiences of family caregivers to elderly with Alzheimer's under Marleau-Ponty's philosophic perspective]. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(2), 232–240. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000200003>
- Sequeira, C. A. C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* [Caring for the elderly with physical and mental dependence] (2nd ed.). Lidel.
- Silva, R. A (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do Enfermeiro de Família*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Bragança]. <http://hdl.handle.net/10198/24760>
- Shuy, Y.-I. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: A taiwanese sample. *Journal of advanced Nursing*, 32(3), 619–625. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01519.x>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* [Public health nursing: Population-centered health care in the community] (7th ed.). Lusodidacta.
- Walsh, F. (1999). Religion and spirituality: Wellsprings for healing and resilience. In F. Walsh (Ed.), *Spiritual resources in family therapy* (pp. 3–27). Guilford Press.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* [Nurses and families: A guide to family assessment and intervention] (5th ed.). Editora Roca.

Zarit, S. H., Stephens, M. A., Townsend, A., & Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: Effects of adult day care use. *The Journals of Gerontology*, *53B* (5), S267–S277.
<https://doi.org/10.1093/geronb/53b.5.s267>

ANEXOS

Anexo I

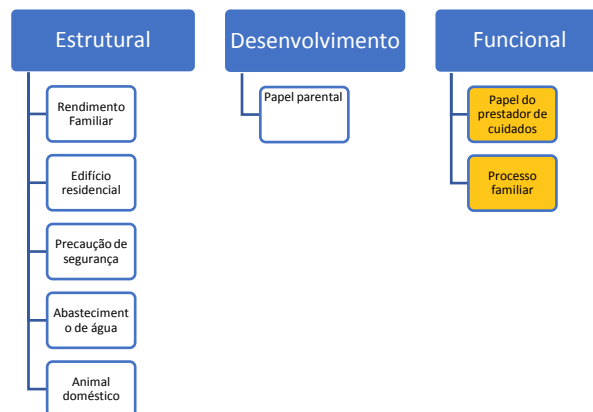
Prestação de cuidados famílias 4,5,6

Segundo o ciclo vital de Relvas esta família pertence à etapa família com filhos adultos, no entanto estas tarefas de desenvolvimento já foram cumpridas pois a filha regressou a casa após o divórcio não podendo ser considerada alargada, mas sim classificada como outra (Relvas, 2000). Estão presentes os subsistemas conjugal, parental e filial nas diferentes gerações.

Como sistemas mais amplos apresentam a família alargada com quem mantém contato semanal telefónico, a ajudante de saúde P. que recebe um salário pelos serviços prestados e que constitui um grande apoio para a família, pois já trabalha com eles há 2 anos e neste momento acumula funções de cuidadora de F, higiene da habitação e compras para a casa e a unidade de saúde com quem mantém uma relação cordial e de confiança.

O Sr. R era comerciante, agora reformado e a Sra. F nunca trabalhou dedicando-se sempre a cuidar da família juntamente com FR de quem era muito próxima, sendo quase como uma irmã. Esta empregada de família não recebia vencimento e para eles fazia parte da mesma. Neste momento, já não exercia qualquer função familiar por problemas neurológicos, mas era independente no seu autocuidado. A filha FM era professora do ensino secundário, mas já se encontrava incapacitada para o trabalho por depressão há mais de um ano. J companheiro de FM era engenheiro informático e estava em teletrabalho e FC era estudante de mestrado. Após o preenchimento da escala de Graffar pertencem à classe média (grau 3) e a habitação também corresponde a um grau 3 pois moram num apartamento em bom estado de conservação, numa zona intermédia de Gaia, com bastante luz natural e eletrodomésticos essenciais. São católicos não praticantes e relativamente aos profissionais de saúde apresentam crenças não dificultadoras.

Esta família recebeu 6 visitas domiciliárias com a duração média de 1.30h.



Relativamente à dimensão estrutural o rendimento familiar, o edifício residencial, a precaução de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico foram avaliados e constituem forças e recursos da família.

Na dimensão de desenvolvimento foi avaliado como força e recurso o papel parental – famílias com filhos adultos- pois neste caso todas as tarefas de redefinição da relação com os filhos e da satisfação com o companheiro dos filhos estava mantida. (Figueiredo, 2012)

Na dimensão funcional no que diz respeito à área de atenção papel do prestador de cuidados, nesta família, tínhamos 3 pessoas como cuidadores: a ajudante de saúde que realizava todos os cuidados de higiene, alimentação, hidratação, toma da medicação e ainda se ocupava de higiene da casa e compras de alimentação. A filha que prestava estes cuidados quando esta ajudante não estava (19h-10h) e que confeccionava as refeições juntamente com a empregada de família e o Sr. R que tinha um papel de provedoria, estava lá para ver se estava tudo a correr bem, uma vez que era ele que pagava todos os cuidados prestados à esposa e que ia à farmácia e que cuidava para que nada faltasse.

Relativamente à prestação de cuidados diretos à Sra. F, a ajudante de saúde demonstrava todos os conhecimentos necessários pois tinha recebido formação profissional para o efeito e tinha experiência prévia como cuidadora de idosos dependentes.

Quando aplicada a escala de Zarit a estas 3 pessoas nenhuma apresentou sobrecarga (todos tinham valores inferiores a 46) no entanto, em fevereiro de 2023 sr. R sofre um EAM e fica hospitalizado no CHVNG. Passados 15 dias a ajudante de saúde é operada e fica 2 meses sem trabalhar, tendo a filha FM que gerenciar todos os cuidados à mãe e ao pai. Nesta altura a filha revelou cansaço pelo acumular de tarefas que não estava habituada a realizar.

Neste momento de crise foi necessário contratar uma empresa de serviços externos que prestava exclusivamente os cuidados de higiene à Sra. F, mas que para esta família já ajudou muito. O sr. R quando teve alta hospitalar sentiu que “perdeu” alguns dos seus papéis de decisão que segundo o mesmo foram “usurpados” pela filha o que escalou um pouco os conflitos entre os dois.

A filha dizia ao pai que “decidia para não o preocupar e que ele já não tinha idade para determinadas coisas”, o que o deixava ainda mais irritado. Havia aqui um conflito de papel relativamente ao papel de decisor de prestador de cuidados.

Através de questões circulares, reflexivas fui percebendo que para o Sr. R. era uma questão de honra dar todas as comodidades e conforto à esposa sem pedir auxílio do estado, visão completamente diferente da filha que queria iniciar o processo de pedido de atestado multiusos e complemento por terceira pessoa. Queria ser ele a decidir porque era com o dinheiro dele que se pagavam esses cuidados e assim sendo teria de ser informado de tudo. Assim, usando duas técnicas de intervenção a pergunta milagre e os rituais terapêuticos consegui que os dois, juntamente com a neta, organizassem o almoço de domingo como antigamente e fizessem a Sra. F presente ainda que por momentos. Também o facto de a filha perceber a vontade de o pai em querer manter o controle de tudo e após este momento de aumento da conexão familiar ficou claro esta adequação de papel de decisor.

Entretanto em final de abril a ajudante de saúde regressou ao trabalho e o equilíbrio em termos de cuidados foi restabelecido. O sr. R sente-se muito apoiado nesta cuidadora e todos puderam voltar às suas rotinas.

Relativamente ao processo familiar esta família classifica-se como altamente funcional na escala de apagar familiar de Smilkstein e moderadamente equilibrada na escala de FACES II. No que diz respeito à escala de readaptação social de Holmes & Rahe têm menor probabilidade de contrair doenças. Contudo apresenta processo familiar disfuncional devido à existência de conflito da interação de papéis familiares entre a filha e o pai.

Esta situação ficou resolvida aquando da intervenção relativa ao papel de provedor e de decisor quanto aos cuidados a prestar a Sra. F, mas existirem outras situações relativas à atribuição de funções à ajudante de saúde que foram mal-esclarecidas por FC.

Quando tentada uma nova abordagem para tentar negociar a redefinição de papeis pelos membros da família, R e FC consideraram que não reuniam as condições necessárias para essa redefinição e não seria o momento oportuno em termos familiares.

Diagnósticos familiares com mudança de *status* diagnóstico – Na dimensão funcional sem conflito de papel do prestador de cuidados, passando este a ser adequado. O diagnóstico processo familiar disfuncional não foi positivado continuando a precisar de intervenção.

A Sra. F em termos individuais possui HTA, antecedentes de depressão, síndrome de Cadasil – Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with subcortical Infarcts and Leucoencephalopathy. Constitui uma doença genética rara que afeta os pequenos e médios vasos sanguíneos do cérebro. É uma doença autossómica dominante. Os sintomas

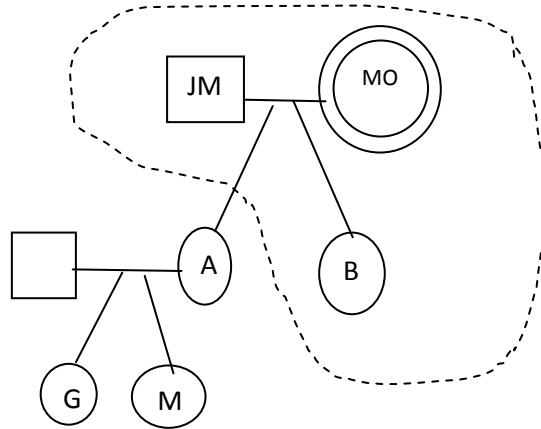
manifestam-se entre os 30 e 50 anos de idade e os mais comuns são enxaquecas frequentes e graves, acidentes vasculares cerebrais recorrentes, alterações cognitivas como problemas de memória e dificuldades de concentração e alterações de humor, como depressão e irritabilidade (Didonato, Bianchi, Stefano et al, 2017). Subsequente a uma queda em 2022 onde resultou fratura do colo do fêmur ficou completamente acamada e dependente em todos os autocuidados. Apresenta UP no calcâneo esquerdo, no início do estágio grau III que em junho estava cicatrizada. Tinha como principais focos: avaliação dependência, do risco de quedas, do risco de úlceras, realização do tratamento da UP e avaliação da mesma e sua vigilância, avaliação de sinais vitais, ensinamentos ao cuidador de acordo com as necessidades avaliadas em cada momento e a gestão do seu regime terapêutico.

O Sr. R apresenta HTA, risco cardiovascular elevado e recentemente sofreu um EAM. Tem como principais focos individuais o controle de sinais vitais, hábitos alcoólicos e tabágicos, promoção da atividade física e gestão do seu regime terapêutico, incentivando para a promoção de alimentação saudável, pobre em gorduras. Avaliação da saturação do seu papel de prestador de cuidados e apoio do mesmo encaminhando para grupos de autoajuda ou outro tipo de respostas se necessário.

Os outros elementos da família, a filha, neta, seu companheiro, bem como a empregada de família não estavam inscritas no mesmo agregado familiar, nem na mesma unidade de saúde pelo que não tinha acesso aos seus dados clínicos não sendo possível a sua abordagem individual.

Família 5

Genograma família 5

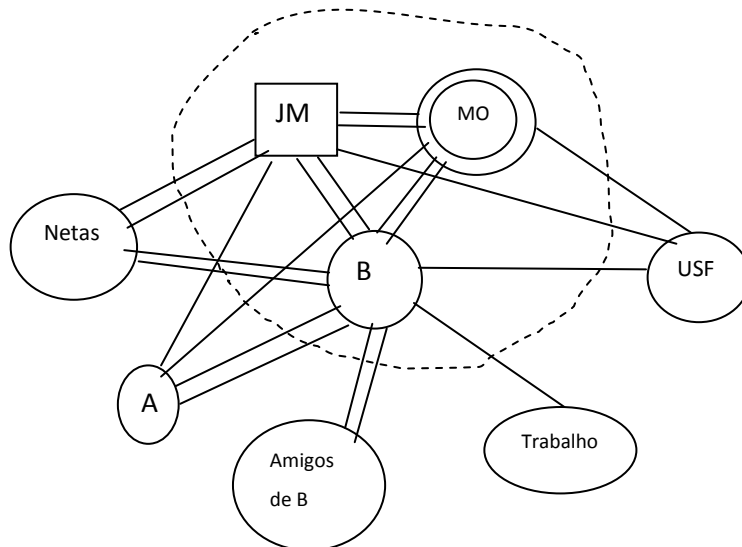


Legenda:

- Sexo masculino
- Sexo feminino
- | Filiação
- Casamento
- Coabitação

Genograma família 5

A família 5 é constituída pelo casal JM de 77 anos e MO de 80 anos e pela sua filha B de 39 anos. Constituem uma família nuclear.



Ecomapa família 5

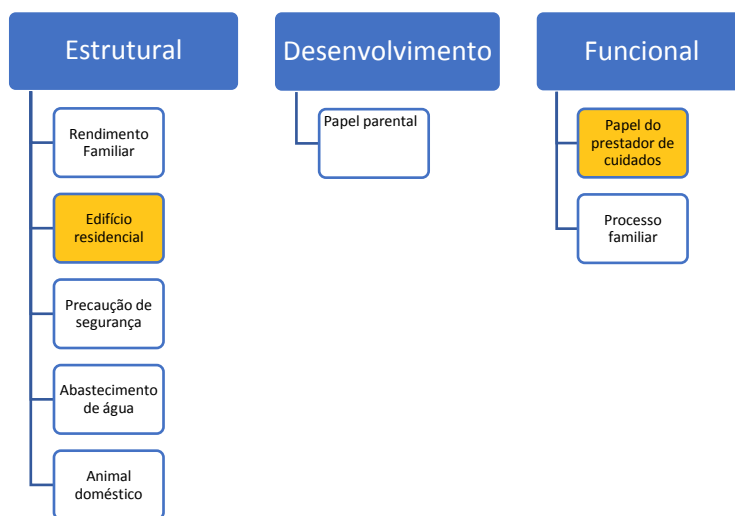
Os subsistemas presentes são o conjugal e o parental e como sistemas mais amplos apresentam a família alargada, principalmente a filha A, os amigos de B, a unidade de saúde e os colegas de trabalho de B.

O casal está reformado, o Sr. JM era guarda nacional republicano, a Sra. MO era doméstica, B. trabalha como secretária numa empresa de telecomunicações.

Segundo a escala de Grafar pertencem à classe média baixa (grau 4) e o grau de habitação também está classificado num grau 4, pois residem num bairro social, num apartamento com espaços exíguos, mas com todos os eletrodomésticos essenciais.

Apresentam crenças religiosas ligadas à igreja católica embora não sejam praticantes e relativamente aos profissionais de saúde apresentam crenças não dificultadoras.

Esta família recebeu 5 visitas domiciliárias com a duração média 1.30h cada uma.



Na dimensão estrutural foram avaliadas como forças e recursos da família o rendimento familiar, a precaução de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico. Esta família tinha 3 gatos todos vacinados e desparasitados. Como necessidade de intervenção tínhamos edifício residencial não seguro pois muitas vezes estes gatos subiam para a mesa das refeições, andavam em cima da bancada da cozinha e a higiene da casa era deficitária.

Durante o dia para B ir trabalhar quem ficava com MO era JM e também cuidava da casa, e como ele próprio dizia “Sou homem, ainda muito faço eu...” e muitas vezes só nas folgas ou à

noite é que B tinha tempo para proceder a limpezas mais profundas. Através de perguntas lineares e circulares percebi que JM era muito permissivo com os gatos e que com B em casa os animais já não se comportavam assim, foi importante fazer perceber o Sr. JM que este comportamento dos gatos podia ser prejudicial para a saúde de todos em casa, ao que ele rapidamente anuiu.

Relativamente à limpeza da casa B fez um quadro de tarefas semanais em que o pai também participava, principalmente na gestão da roupa, o que facilitou esta tarefa para todos, pois deixou de acumular as coisas mais pesadas só para um dia e ia fazendo durante a semana.

Na dimensão de desenvolvimento o papel parental foi avaliado como força e recurso desta família pois as tarefas de desenvolvimento estavam cumpridas para esta família, embora B ainda permanecesse em casa dos pais existia consenso nestes papéis e a redefinição de relações entre adultos estava cumprido e segundo a família funcionava muito bem.

Na dimensão funcional, relativamente ao papel do prestador de cuidados, existia um défice de conhecimentos e de aprendizagem de habilidades para promoção da autonomia de MO e da estimulação da sua independência. MO era dependente em quase todos os autocuidados, mas no comer, beber e no andar apresentava dependência moderada que se estimulada poderia melhorar o seu nível de dependência, mas estes cuidadores muitas vezes substituíam-na.

Também não existia consenso relativamente ao papel de prestador de cuidados, pois este papel era partilhado pelo SR. JM e pela filha B, mas por exemplo a responsabilidade dos cuidados, JM queria sempre que fosse da filha mesmo quando esta estava a trabalhar. JM vestia, dava-lhe a medicação durante o dia enquanto B trabalhava, mas quem a preparava era B. Preparava as refeições e dava-lhas (na boca, a maioria das vezes) e fazia companhia. B prestava os cuidados de higiene, fazia as compras de casa e da farmácia e juntamente com o pai tratavam da higiene da casa.

Relativamente à saturação do papel do prestador de cuidados, ambos, apresentavam sobrecarga ligeira na escala de Zarit, nomeadamente B (53) e JM (47) em março de 2023.

No início da entrevista familiar e através do recurso de perguntas lineares e circulares percebi que para esta família a substituição no autocuidado comer e beber era por se tornar mais rápido e não percebiam que lhes estariam a tirar autonomia. Então combinamos articular com a médica de família e pedir medicina física de reabilitação ao domicílio e iniciar adaptação a ajudas técnicas que lhe permitissem comer e beber de forma autónoma. B nessa mesma

entrevista questionou sobre como pedir o estatuto do cuidador informal não principal, uma vez que ainda se encontrava a trabalhar, mas teria ouvido falar no assunto. Iniciou o pedido de atestado multiusos para MO e deu entrada na segurança social com o pedido do estatuto de cuidador informal não principal.

Através da pergunta milagre percebi que para eles era importante que por exemplo JM pudesse ir duas/ três vezes por semana à sua horta e que B tivesse uma tarde de domingo por mês em que pudesse ir passear com as sobrinhas ou com os amigos. Aqui questionei a possibilidade de articulação com a irmã A. Esta irmã era presente, costuma vir lá a casa sempre aos fins de semana e uma vez durante a semana e perguntei a B, se por exemplo para solucionar a questão dessa tarde de domingo a sua irmã não poderia ficar com MO. Ao que ela anuiu que sim, que seria uma possibilidade. Relativamente à horta de JM: “é aqui que liberto a cabeça e ainda encontro alguns amigos para conversar, espairer um bocado”. B e A comprometeram-se a sempre que B estivesse de folga, JM ia para a sua horta e quando A viesse lá a casa isso também podia acontecer.

Relativamente ao processo familiar funciona como uma força e recurso desta família, pois têm a comunicação como um ponto forte e o coping familiar também. Apresentavam menor probabilidade de incidência de doenças segundo a escala de readaptação social de Holmes & Rahe e segundo a escala de FACES II classificam-se como uma família equilibrada. Já relativamente à escala de Apgar familiar de Smilkstein classificam-se como uma família altamente funcional.

Em junho na última entrevista de avaliação familiar, a Sra. MO estava a realizar fisioterapia no domicílio e comia e bebia de forma autónoma, usando a colher e copo adaptado, e caminhava menos de 50 metros com auxílio de andarilho. A escala de Zarit de B e JM apresentavam valores correspondentes a sem sobrecarga (B- 43 e JM – 40).

Diagnósticos familiares com mudança de *status* diagnóstico – Edifício residencial seguro e papel do prestador de cuidados adequado

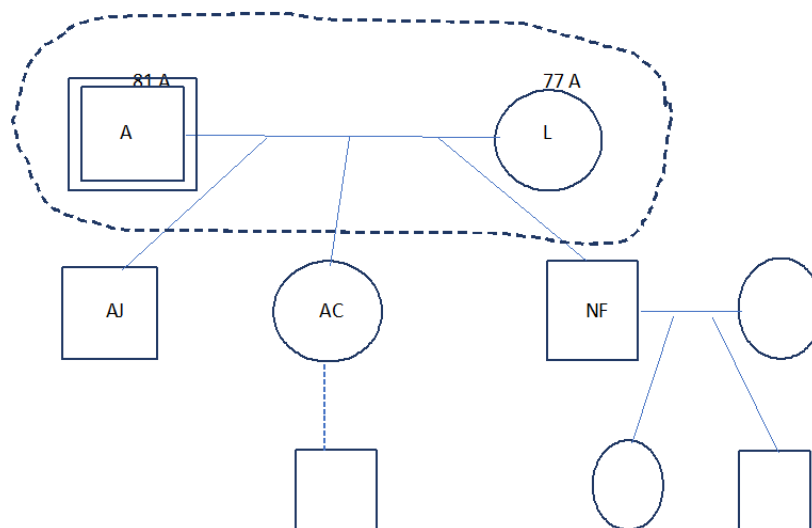
Em termos individuais, MO era hipertensa, diabética e no início de 2022 teve um AVC isquémico ficando com hemiparesia à direita. Apresenta dependência moderada (escala de Barthel) e apresentava UP no calcâneo direito (grau II) que cicatrizou em maio de 2023. Tem como principais focos individuais avaliação de sinais vitais, risco de quedas e de úlceras de pressão, risco de úlcera do pé diabético, avaliação da pele e realização de ensinamentos aos

cuidadores acerca da prevenção de UP, hidratação/alimentação e alternância de decúbitos. Estimular para o autocuidado e promover a consciencialização para a sua real condição de saúde e capacidades. Apoiar o cuidador no exercício do seu papel, avaliar a saturação do papel do cuidador e encaminhar para grupos de apoio ou outros profissionais de referência sempre que necessário.

O Sr. JM era hipertenso e tinha como principais focos individuais a avaliação de sinais vitais, de hábitos tabágicos e alcoólicos, de estimulação de hábitos de vida saudáveis (promoção da atividade física e alimentação saudável) a apoio ao seu papel de cuidador, apoiando a expressão de emoções a avaliando a sobrecarga do cuidador sempre que considerado pertinente.

B era uma jovem adulta, com obesidade em que apresentava como focos individuais a adesão à vacinação, a avaliação de sinais vitais, hábitos alcoólicos e tabágicos, risco de diabetes e promoção da atividade física e de uma alimentação saudável. Apoio ao seu papel de cuidador, apoiando a expressão de emoções a avaliando a sobrecarga do cuidador sempre que considerado pertinente.

Família 6



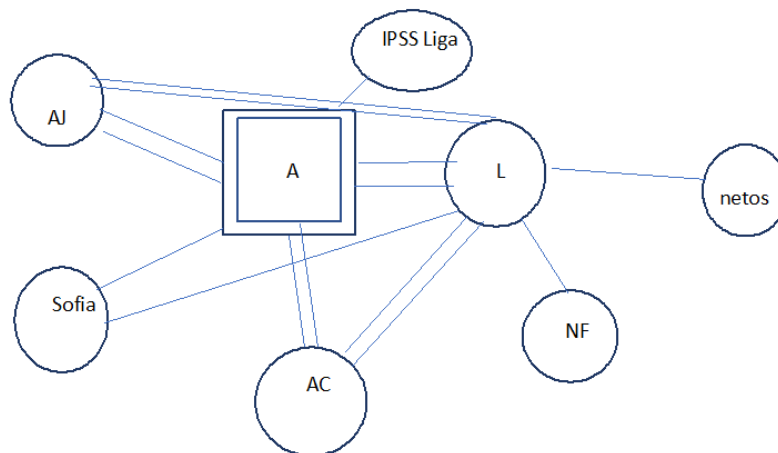
Legenda:

- Sexo masculino
- Sexo feminino
- | Filiação
- Casamento

--- Coabitação

Genograma família 6

A família 6 é constituída pelo casal A de 81 anos e L de 77 anos. A sofreu um AVC hemorrágico há cerca de sete anos tendo ficado dependente em todos os seus autocuidados. Constituem uma família casal.



Ecomapa família 6

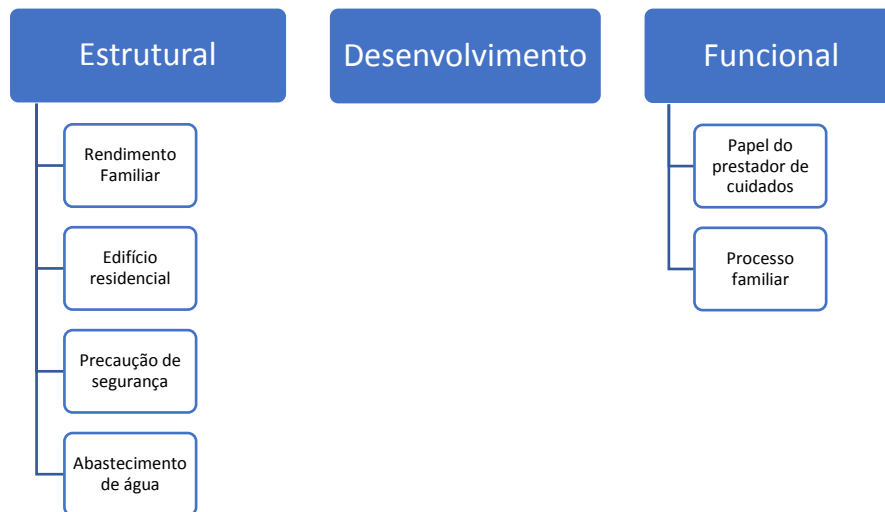
Apresentam o subsistema conjugal presente e como sistemas mais amplos contam com a família alargada, nomeadamente com a filha A e o filho AJ, com uma ajudante doméstica Sofia e com uma IPSS que presta cuidados de higiene e refeições ao casal.

O contato com a filha A e o filho AJ é diário, pois dividem entre eles alguns papéis na prestação de cuidados ao pai. Já NF e os filhos deste moram em Moçambique sendo o contato semanal e telefónico.

Ambos reformados, ele tinha sido bancário a Sra. L era doméstica, pertencem á classe social média, Grau 3, segundo escala de Graffar, e o seu grau de habitação também corresponde a um grau 3, pois moram numa casa em bom estado de conservação, com todos os eletrodomésticos essenciais, boa ventilação e luz natural e localizada numa zona intermédia da vila onde tem acesso a serviços, nomeadamente farmácia e unidade de saúde.

São católicos não praticantes e relativamente aos profissionais de saúde apresentam crenças não dificultadoras.

Esta família recebeu 3 visitas domiciliárias com a duração de 1 hora cada.



Na dimensão estrutural todas as áreas de atenção foram consideradas forças e recursos da família.

Na dimensão funcional, as tarefas associadas ao papel do prestador de cuidados eram partilhadas por 5 pessoas/ entidades. A IPSS prestava cuidados de higiene duas vezes por dia ao Sr. A e fornecia as refeições ao casal diariamente. A Ajudante doméstica vai duas vezes por semana e trata da limpeza da casa, acompanha a Sra. L ao cabeleireiro se necessário e auxilia em algumas tarefas com o Sr. A. A Filha A vai todos os dias ao almoço a casa dos pais e está responsável por tudo o que diga respeito à sua situação de saúde. Este sr. já tinha todos os complementos da segurança social tratados, e beneficiava de várias ajudas técnicas para o auxílio à sua prestação de cuidados, como por exemplo, uma grua para levantar. O filho AJ ia todos os dias ao final da tarde a casa dos pais e estava responsável por tudo o que envolvesse gestão financeira, compras e pagamentos, bem como aquisição de medicamentos na farmácia. Este filho morava perto dos pais e era também aquele que em caso de emergência seria mais fácil ser contactado.

A Sra. L encarregava-se de dar alimentação ao seu marido, bem como a medicação, quando ajudante doméstica não estava ou a filha A, que por exemplo ao almoço fazia questão de o fazer.

Quando os 3 elementos da família preencheram a escala de Zarit apresentaram valores correspondentes a sem sobrecarga, valores entre os 35 e os 45, sendo por isso uma força e recurso da família a forma como se organizaram e se souberam proteger entre eles.

No que diz respeito à área de atenção processo familiar esta família tem como força e recurso a comunicação, as estratégias de coping e a interação de papéis. Segundo A: “No início foi mais difícil, agora todos estamos bem oleados, as tarefas estão bem divididas e todos sabem qual é o seu papel. Se o meu irmão não pode em determinado momento, ou se eu estou mais aflita no trabalho ligamos um ao outro e entendemo-nos porque o mais importante é proteger a nossa mãe, para que esta se sinta segura.”

Apresentavam menor probabilidade de incidência de doenças segundo a escala de readaptação social de Holmes & Rahe e segundo a escala de FACES II classificam-se como uma família equilibrada. Já relativamente à escala de Apgar familiar de Smilkstein classificam-se como uma família altamente funcional.

Em termos individuais Sra. L era hipertensa, antecedentes de depressão e tinha sofrido uma queda no último ano sem sequelas físicas na rua por perda de equilíbrio, no entanto a Sra. ficou com muito receio de andar sozinha na rua. Tem como principais focos de intervenção a avaliação de sinais vitais, a avaliação do risco de quedas, de hábitos tabágicos e alcoólicos, de estimulação de hábitos de vida saudáveis (promoção da atividade física e alimentação saudável) e apoio ao seu papel de cuidador, apoiando a expressão de emoções a avaliando a sobrecarga do cuidador sempre que considerado pertinente. Estimular exercícios de treino de equilíbrio e sugerir o auxílio de uma ajuda técnica que lhe possibilite sentir mais confiança nos seus passeios.

O sr. A apresentava dependência severa através da escala de Barthel, antecedentes de AVC Hemorrágico e HTA e tinha como principais focos individuais: avaliação dependência, do risco de quedas, do risco de úlceras, avaliação de sinais vitais, ensinamentos ao cuidador de acordo com as necessidades avaliadas em cada momento e a gestão do seu regime terapêutico.

Anexo II

Matriz operativa MDAIF

Dado avaliativo: Tipo de Família <i>(eliminar o que não se adequa)</i>		
Família nuclear	Coabitação	
Família reconstruída	Família Institucional	
Família monoparental	Comuna	
Monoparental liderada pelo homem	Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher	Alargada	
Outro <i>(especificar)</i>		

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

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

	Trabalho	Escola	Instituições Saúde	Religião	IPSS	Lazer/ Cultura	Amigos	Outros
Vínculo forte								
Vínculo intermédio								
Vínculo fraco								

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSICÃO SOCIAL
					c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
<ul style="list-style-type: none"> - Industriais e Comerciantes - Gerentes de topo do sector público e privado (> 10 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigades (General/Marechal) - Profissionais liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaço c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	<ul style="list-style-type: none"> 5 4 3 2 1 	<ul style="list-style-type: none"> 9 7 	<ul style="list-style-type: none"> 3 	<ul style="list-style-type: none"> I CLASSE ALTA
<ul style="list-style-type: none"> - Médios industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	<ul style="list-style-type: none"> 10 8 7 6 5 4 3 2 1 	<ul style="list-style-type: none"> 13 10 7 	<ul style="list-style-type: none"> 4 3 2 1 	<ul style="list-style-type: none"> II CLASSE MÉDIA ALTA
<ul style="list-style-type: none"> - Pequ. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	<ul style="list-style-type: none"> 14 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 	<ul style="list-style-type: none"> 17 13 11 	<ul style="list-style-type: none"> 7 6 5 4 3 2 1 	<ul style="list-style-type: none"> III CLASSE MÉDIA
<ul style="list-style-type: none"> - Pequ. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros cas. F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	<ul style="list-style-type: none"> 18 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 	<ul style="list-style-type: none"> 21 16 14 	<ul style="list-style-type: none"> 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 	<ul style="list-style-type: none"> IV CLASSE MÉDIA BAIXA
<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraça, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	<ul style="list-style-type: none"> 22 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 	<ul style="list-style-type: none"> 25 20 17 	<ul style="list-style-type: none"> 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 	<ul style="list-style-type: none"> V CLASSE BAIXA

Critérios relativos ao Tipo de Habitação (eliminar o que não se aplica)

Grau 1 = espaço bem conservado + eletrodomésticos além da essencial (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com dumótica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

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

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

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

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

Focos/ Áreas De Atenção

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



Se Rendimento Familiar Insuficiente

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)
	Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)
	Promover a gestão do rendimento familiar

Atividades que concretizam as intervenções (ACI):

Fundamentação (ACI) *(Se adequado)*

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

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



Se Edifício Residencial Negligenciado

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




Se Edifício Residencial Não Seguro

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

Diagnóstico	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
--------------------	---

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


 Se Prevenção de Segurança Não Demonstrada

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

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

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i>
Diagnóstica	
Avaliar Abastecimento de Água	<p>- Existência / Ausência de <u>Abastecimento de água</u> <i>(colocar texto livre, caso não tenha abastecimento de água)</i></p> <p><i>Se Existência, especificar: tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou mista). Se rede privada ou mista, especificar (furo, poço, ...)</i></p> <p>- No caso de rede privada ou rede mista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano <p>- No caso da utilização da água da rede privada para consumo humano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Com / Sem Controlo da qualidade da água <p>- No caso de não ser efetuado o controlo da qualidade da água:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre o controlo da qualidade • Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água

Crítérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Abastecimento de Água Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água	
	Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água	
	Orientar para serviços de controlo da qualidade da água	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	<i>(colocar resultados/dados)</i> <i>(eliminar o que não se adequa)</i> - Existência / Ausência de <u>Animal doméstico</u> <i>(especificar espécie/raça)</i> - Existência / Ausência de Vacinação - <u>Se Ausência de vacinação</u> <ul style="list-style-type: none"> Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> <p>- Existência / Ausência de Desparasitação</p> <p>- <u>Se ausência de desparasitação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> <p>- <u>Outros dados:</u> <i>(colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)</i></p>
Critérios diagnósticos	<p>Animal doméstico negligenciado, se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou</p> <p>[(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]</p>
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Animal Doméstico Negligenciado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses)
	Orientar para serviços da comunidade
	Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico
	Motivar para vacinação do animal doméstico
	Motivar para desparasitação do animal doméstico
	Supervisionar vacinação do animal
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data

<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

B.7- Papel parental - Família com filhos adultos					
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel				
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental				
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Atividade diagnóstica</th> <th>Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </tbody> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
	Fundamentação				
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)				
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto				
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Atividade diagnóstica</th> <th>Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </tbody> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
	Fundamentação				
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos				
<u>Inclusão na</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Atividade diagnóstica</th> <th>Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </tbody> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				

família _____ dos		
parentes _____ por	Fundamentação	
afinidade e netos		
Atividade	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Satisfação com o contacto mantido</u>	Fundamentação	
Atividade	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	Fundamentação	
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade	B.7.3- Existência / Não existência de consenso do papel	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Consenso do Papel</u>	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.7.4 – Consenso do papel	
Atividade	B.7.4- Existência / Não existência de conflitos de papel	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Conflitos do Papel</u>		

	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.7.5 – Consenso do papel	
Atividade	B.7.5- Existência / Não existência de saturação do papel	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Saturação do Papel		
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
<u>Papel parental não adequado por Conhecimento do papel não demonstrado e/ou Comportamentos de adesão não demonstrado</u>	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Facilitar a comunicação familiar	
	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
<u>Consenso Não</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar as dimensões não consensuais de papel	

	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
<u>Conflito SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar as dimensões conflituais no papel	
	Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família	
	Promover o envolvimento da família alargada	
<u>Saturação SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)	
	Promover estratégias de <i> coping </i> para o papel	
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Promover o envolvimento da família alargada	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	
Diagnóstico	Papel parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

C- DIMENSÃO FUNCIONAL

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

Dados avaliativos se membro da família dependente SIM		
Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene	SIM	NÃO
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes		

Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés		
Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados	
Dimensão	C.1.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.1- Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados Demonstrado / Não demonstrado sobre Autocuidado Higiene	
Conhecimento	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Aprendizagem de Habilidades	<i>do(s)</i> <i>cônjuge(s))</i>	

<p>do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene</p>	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre o Autocuidado Vestuário</p>	<p>C.1.1.2- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Vestuário</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Comer</p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Beber</p>	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Beber</p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>

<u>de Habilidades</u> <u>sobre</u> <u>Autocuidado</u> <u>Beber</u>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do	C.1.1.5- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Ir ao sanitário	
item <u>Conhecimento</u> <u>do prestador</u> <u>de cuidados/</u> <u>Aprendizagem</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>de Habilidades</u> <u>sobre</u> <u>Autocuidado Ir</u> <u>ao sanitário</u>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do	C.1.1.6- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo	
item <u>Conhecimento</u> <u>do prestador</u> <u>de cuidados/</u> <u>Aprendizagem</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>de Habilidades</u> <u>sobre</u> <u>Autocuidado</u> <u>Comportament</u> <u>os sono-</u> <u>repouso</u>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do	C.1.1.7- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade recreativa	
item <u>Conhecimento</u> <u>do prestador</u> <u>de cuidados/</u> <u>Aprendizagem</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>de Habilidades</u> <u>sobre</u> <u>Autocuidado</u> <u>Atividade</u> <u>recreativa</u>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do	C.1.1.8- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade física	
item <u>Conhecimento</u> <u>do prestador</u> <u>de cuidados/</u> <u>Aprendizagem</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>de Habilidades</u> <u>sobre</u> <u>Autocuidado</u> <u>Atividade física</u>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do	C.1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados Demonstrado/ Não Demonstrado sobre Gestão do Regime terapêutico	
item <u>Conhecimento</u> <u>do prestador</u> <u>de cuidados</u> <u>sobre Gestão</u> <u>do Regime</u> <u>terapêutico</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>do Regime</u> <u>terapêutico</u>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do	C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância	
item <u>Conhecimento</u> <u>do prestador</u> <u>de cuidados/</u> <u>Aprendizagem</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>de Habilidades</u> <u>sobre</u> <u>Autovigilância</u>	<u>Fundamentação</u>	

Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministr ação de medicamentos</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.2- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.1- Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra estimular a independência do membro da família dependente	
<u>Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.2- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Higiene adequada ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove Higiene</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>adequada ao</u> <u>membro da</u> <u>família</u> <u>dependente</u>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do	C.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	
item <u>O Prestador de</u> <u>cuidados</u> <u>promove a</u> <u>utilização de</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>vestuário</u> <u>adequado ao</u> <u>membro da</u> <u>família</u> <u>dependente</u>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do	C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente	
item <u>O Prestador de</u> <u>cuidados</u> <u>promove a</u> <u>Ingestão</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Nutricional</u> <u>adequada ao</u> <u>membro da</u> <u>família</u> <u>dependente</u>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do	C.1.2.5- A família Demonstra/ Não demonstra ter adquirido equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente	
item <u>A família</u> <u>adquiriu</u> <u>equipamentos</u> <u>adaptativos</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<p>para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</p>	<p>Fundamentação</p>					
<p>Atividade Diagnóstica do item O Prestador de cuidados promove Comportamento o sono-reposo adequado ao membro da família dependente</p>	<p>C.1.2.6- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</p> <table border="1" data-bbox="408 577 1375 875"> <thead> <tr> <th data-bbox="408 577 735 613">Atividade diagnóstica</th> <th data-bbox="735 577 1375 613">Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="408 613 735 875"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td data-bbox="735 613 1375 875"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fundamentação</p>		Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados					
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>					
<p>Atividade Diagnóstica do item O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</p>	<p>C.1.2.7- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</p> <table border="1" data-bbox="408 1258 1375 1556"> <thead> <tr> <th data-bbox="408 1258 735 1294">Atividade diagnóstica</th> <th data-bbox="735 1258 1375 1294">Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="408 1294 735 1556"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td data-bbox="735 1294 1375 1556"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fundamentação</p>		Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados					
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>					
<p>Atividade Diagnóstica do item O Prestador de</p>	<p>C.1.2.8- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</p> <table border="1" data-bbox="408 1897 1375 2040"> <thead> <tr> <th data-bbox="408 1897 735 1933">Atividade diagnóstica</th> <th data-bbox="735 1897 1375 1933">Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="408 1933 735 2040"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i></td> <td data-bbox="735 1933 1375 2040"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i></td> </tr> </tbody> </table>		Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>
Atividade diagnóstica	Resultados					
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>					

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

Atividade Diagnóstica do item	C.1.4.1-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.5- Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.5.1- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

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



Se Papel Prestador de Cuidados Não

Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
-----------------------------	------------------------------

<p>Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	<p>Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência</p> <p>Ensinar PC sobre a Técnica do Banho</p> <p>Instruir PC sobre a Técnica do Banho</p> <p>Treinar PC sobre a Técnica do Banho</p> <p>Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem dos dentes</p> <p>Instruir PC sobre a técnica de lavagem dos dentes</p> <p>Treinar PC sobre a Técnica de Lavagem dos dentes</p> <p>Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário</p> <p>Instruir PC sobre a utilização do fio dentário</p> <p>Treinar PC sobre a utilização do fio dentário</p> <p>Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem dos dentes</p> <p>Ensinar PC sobre higiene do cabelo</p> <p>Instruir PC sobre higiene do cabelo</p> <p>Treinar PC sobre a higiene do cabelo</p> <p>Ensinar PC sobre a técnica de fanerotomia</p> <p>Instruir PC sobre técnica de fanerotomia</p> <p>Treinar PC sobre a técnica de fanerotomia</p> <hr/> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais de papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <hr/> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar as dimensões conflituais no papel</p> <p>Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p> <hr/> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)</p> <p>Promover estratégias de coping para o papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
<p><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></p>	
<p><u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i></p>	

Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Prestador de Cuidados Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe		
N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29

24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
	TOTAL	
150-200: Menor probabilidade de incidência doenças		
200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica		
> 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.		

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Comunicação Emocional		
Quem na família expressa mais os sentimentos?		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL

Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (<i>Se NÃO FAVORÁVEL, especificar</i>)		
Comunicação Verbal/ Não Verbal		
	SIM	NÃO
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem		
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros		
Comunicação Circular		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família		
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa		
Coping Familiar		
Solução de Problemas		
1. Quem na família expressa mais os sentimentos?		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas?		
	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família		
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Papéis Familiares		
Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira?		

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

DADOS AVALIATIVOS DA COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA

FACES II

Versão Portuguesa de Otília Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

N. º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					

15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.								
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.								
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.								
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.								
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.								
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.								
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.								
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.								
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros								
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.								
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros								
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.								
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.								
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.								
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.								
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros								

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Coesão familiar									
Item	Laços	Limites	Coligação	Tempo	Espaço	Amigo	Decisão	Interesse	Scor

Item	Emocional		Familiar		Disciplinas		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Lazer		Score total
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
1	17	3	19	9	29	7	23	5	5	1	2	1	7	13	21	15	30
Adaptabilidade familiar																	
Item	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Score		Score total
2	14	28	4	16	6	18	8	2	2	0	2	0	2	12	24		

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

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

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – PERCEÇÃO DOS MEMBROS

Apgar Familiar De Smilkstein

APGAR		Quase sempre (2 pts)	Algumas vezes (1 pt)	Quase nunca (0 pts)	
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.					
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.					
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.					
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.					
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.					
TOTAL:					
7 a 10 Família altamente funcional	4 a 6 Família com moderada disfunção	0 a 3 Família com disfunção acentuada			
Resultado	Membros da família				
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Família altamente funcional					
Família com moderada disfunção					
Família com disfunção acentuada					

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – CRENÇAS FAMILIARES

Religiosas	
Espirituais	
Valores	
Culturais	
Intervenção dos profissionais de saúde	

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

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

Atividade	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Papel Cuidado Doméstico</u>		
	Fundamentação	
Atividade	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Papel Recreativo</u>		
	Fundamentação	
Atividade	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Papel de Parente</u>		
	Fundamentação	
Crterios diagnósticos	<p align="center">Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Ppel SIM</p> <p align="center">Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM</p>	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i> Interação de Papéis Conflitual/ Não Conflitual <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Influência e Poder</u>		

	Fundamentação	
Atividade	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Alianças</u> e <u>Uniões</u>		
	Fundamentação	
Atividade	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Coesão</u> e <u>Adaptabilidade da Família</u>		
	Fundamentação	
Atividade	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Funcionalidade da Família</u>		
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamento dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	C.2- Processo Familiar
-------------	-------------------------------

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



Se Processo Familiar Disfuncional

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

	<p>Requerer Serviço Social</p> <p>Promover estratégias de coping para o papel</p> <p>Promover o suporte da família</p> <p>Requerer serviços de saúde (Psicologia)</p>
	<p>Otimizar padrão de ligação</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Promover o envolvimento da família</p> <p>Otimizar a comunicação na família</p> <p>Otimizar padrão de ligação</p>
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Anexo III –Diagnóstico situação relativo à necessidade formação da equipa
“Famílias com membro dependente – estatuto cuidador informal”

Avaliação e intervenção em Famílias com membro dependente a cargo

Objetivo Geral – Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem e Saúde Familiar

Objetivo específico – Promover a melhoria dos cuidados prestados a famílias com membro dependente a cargo

Atividade: Formação em serviço sobre “Famílias com membro dependente a cargo - estatuto do cuidador informal”

Atividade	Quem	Quando	Como	Onde	Objetivo
Diagnóstico de situação	Aluna	De Março até 12 de Abril	Elaboração de instrumento de colheita de dados; Aplicação do instrumento de colheita de dados (google forms); Análise dos resultados.	USF	Identificar as necessidades formativas dos enfermeiros de família relacionadas com avaliação e intervenção em famílias com membro dependente a cargo
Guia de recursos na comunidade	Aluna e Enf. RM	Março e Abril	Reunião A. Social do ACES; Criação de questionário aos profissionais acerca da necessidade deste folheto para a sua prática	USF	Dotar a equipa de mais um recurso para melhorar os cuidados prestados às famílias com membro dependente de forma a

			profissional no Google forms; Análise de resultados; Pesquisa bibliográfica; Folheto realizado no Canva.		articular com outros níveis de cuidados e profissionais parceiros fundamentado pelo artº 12 do Decreto regulamentar nº 1/2022
Desenvolvimento da formação em serviço “Famílias com membro dependente a cargo – Estatuto cuidador informal”	Aluna	De 1 a 18 de Abril	Elaboração do plano de sessão Elaboração da apresentação em formato ppt	USF	Planear a ação de formação
Formação em serviço “Famílias com membro dependente a cargo – Estatuto cuidador informal”	Aluna	20 Abril às 13h	Exposição da apresentação; Disponibilização do folheto dos recursos comunitários já realizado	USF	Dotar a equipa de conhecimentos acerca da atribuição de estatuto do cuidador informal e assim contribuir para melhorar os cuidados prestados às famílias com membro dependente a cargo –

						estatuto cuidador informal e aumento de competências na articulação entre níveis de cuidados
Avaliação dos resultados	Aluna	1 a 20 Maio	<p>Aplicação do mesmo instrumento de colheita de dados utilizado no diagnóstico de situação;</p> <p>Análise dos resultados;</p> <p>Aplicação de um instrumento de colheita de dados para avaliação imediata;</p> <p>Análise dos resultados.</p>	USF	<p>Conhecer a apreciação global dos participantes sobre os conteúdos formativos, o desempenho do formador, a organização da ação e sugestões de melhoria;</p> <p>Identificar os conhecimentos adquiridos durante a formação.</p>	

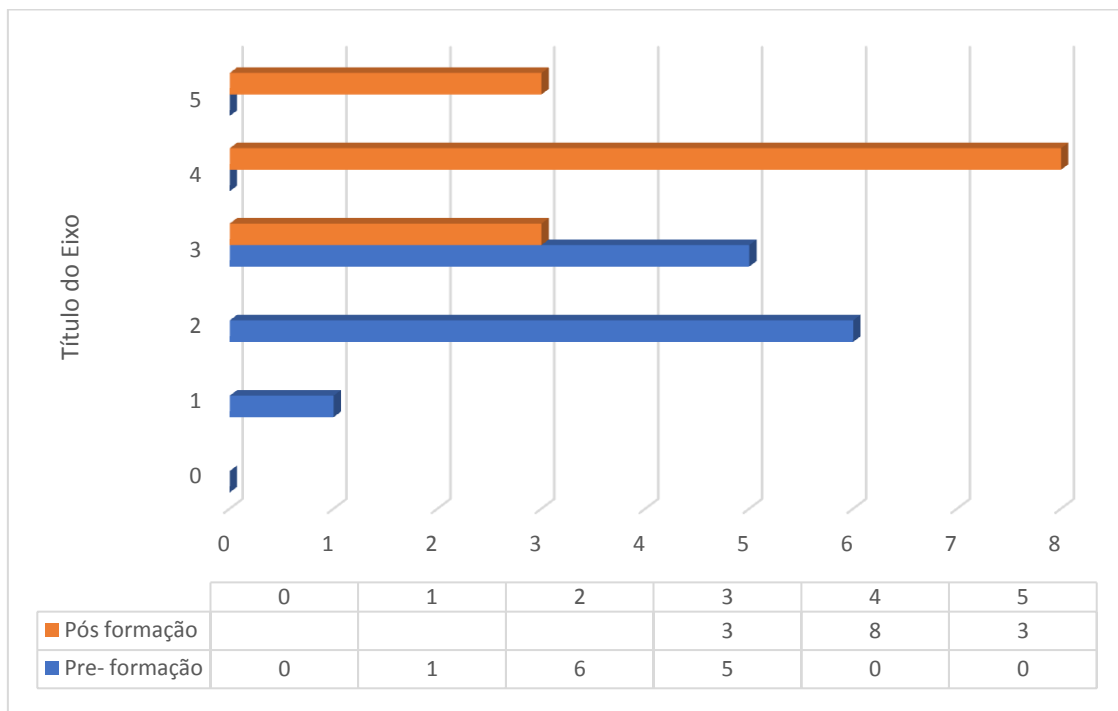
Anexo V

Instrumento colheita necessidades formativas e avaliação de conhecimentos (1º
e 2º momento avaliativo)

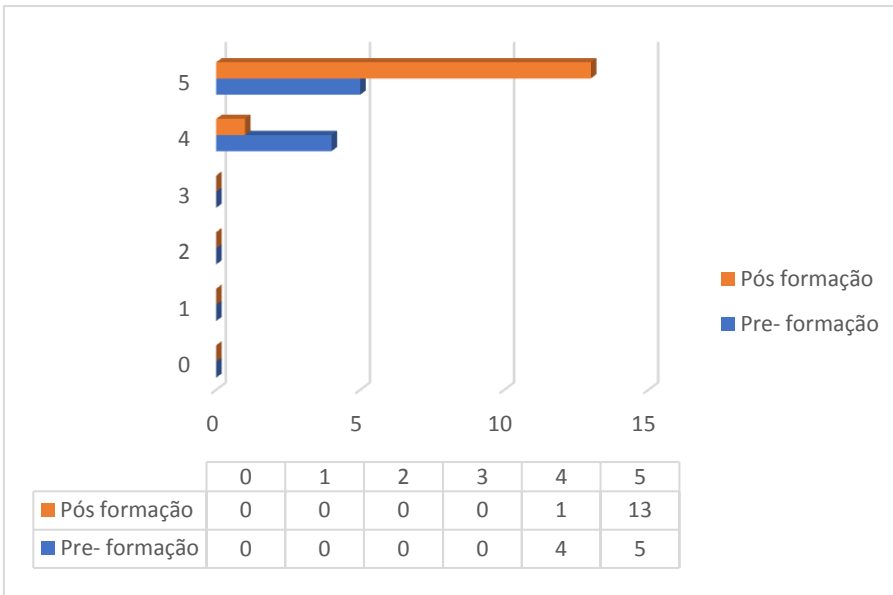
Questionário avaliativo necessidades formação famílias com membro dependente - resultados

Este questionário foi enviado por email, através de um questionário *google forms* em dois momentos, antes e após a formação (duas primeiras semanas de abril e depois nas duas primeiras semanas de maio de 2023)

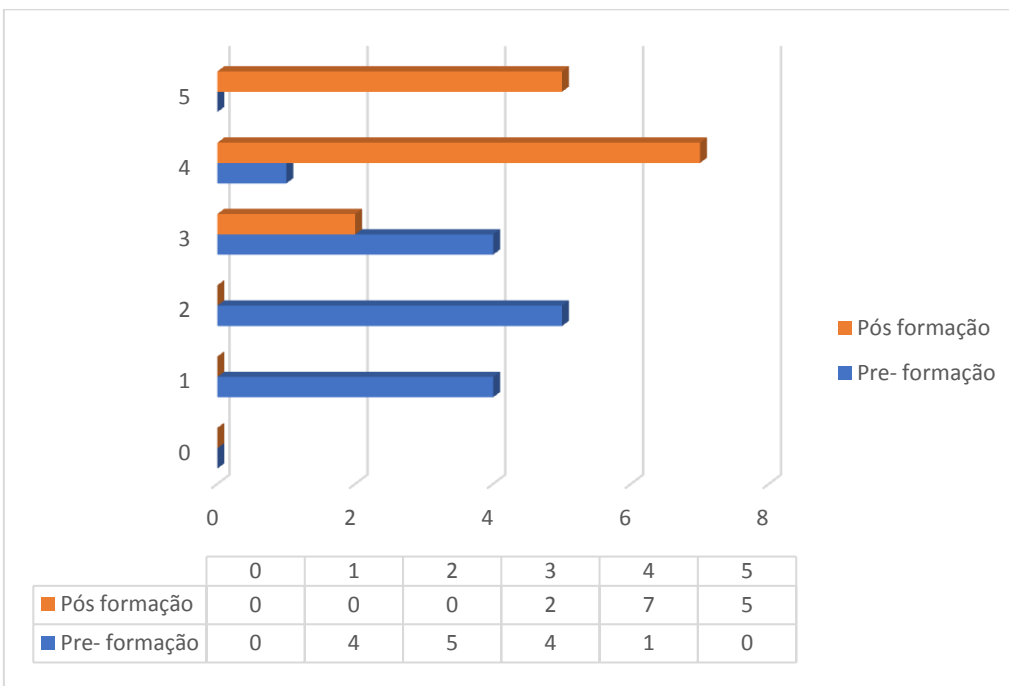
A pergunta que se relacionava com o grau de conhecimento dos recursos comunitários que servem a área de abrangência da USF:



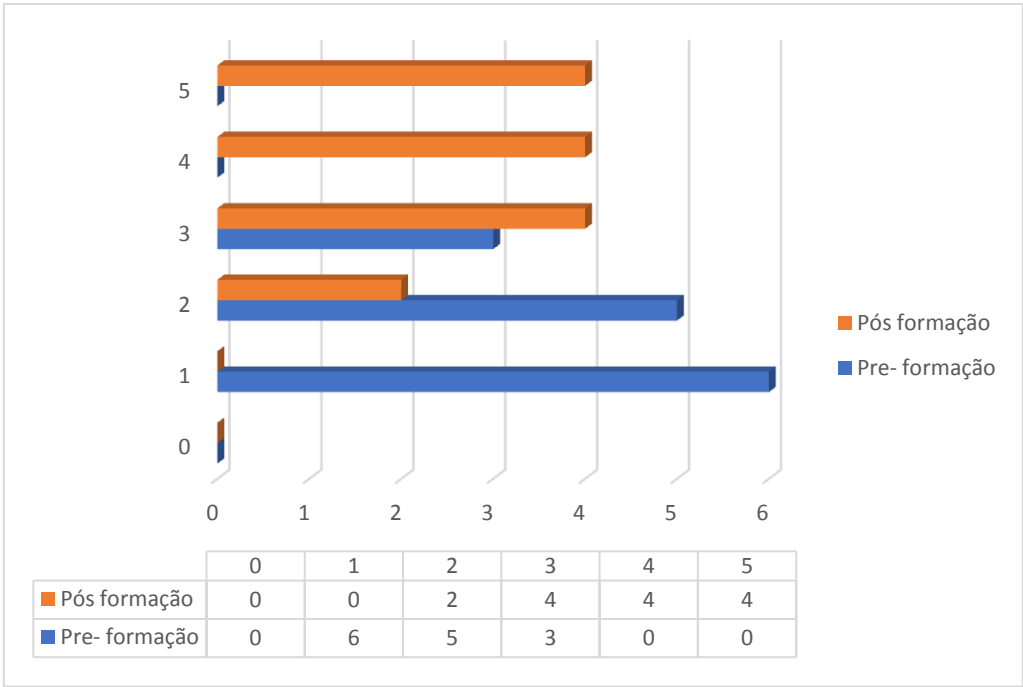
No que diz respeito à importância atribuída à existência de um guia estruturado destes recursos para a prática clínica assistencial com este tipo de famílias:



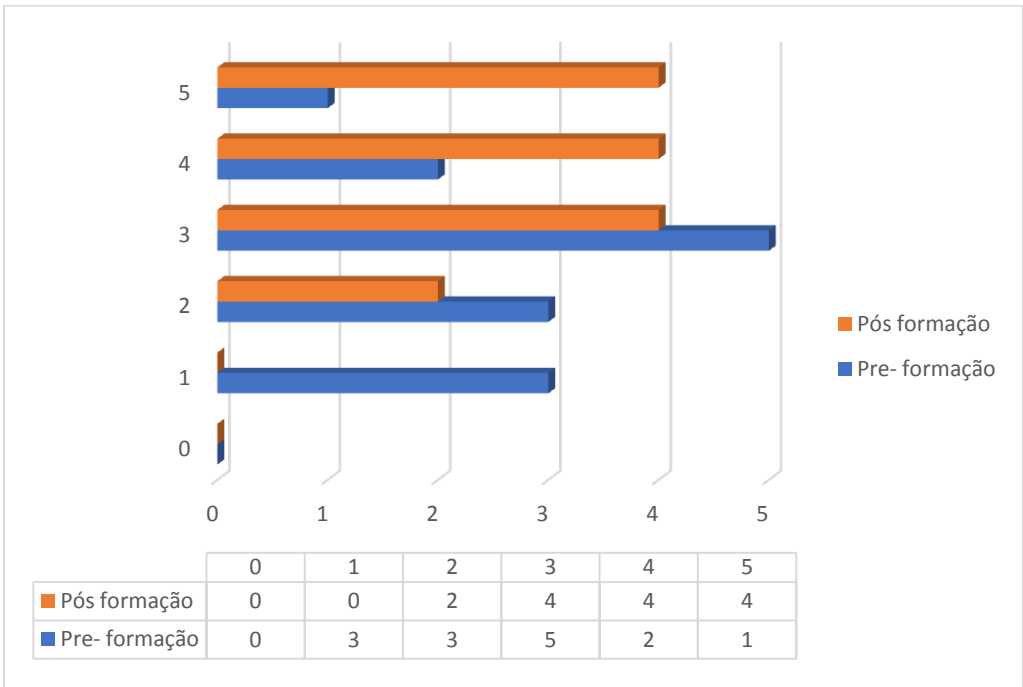
Relativamente ao nível de conhecimento acerca da lei do estatuto do cuidador informal quanto se sente capacitado de esclarecer estas famílias:



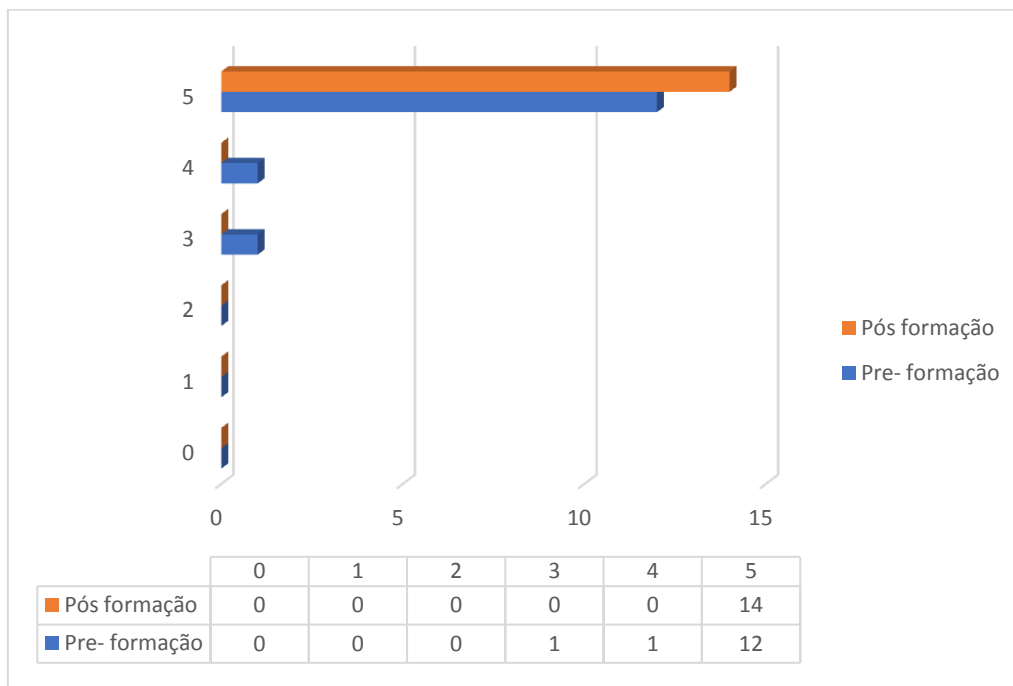
Relativamente a quem pode requerer o estatuto do cuidador informal e direitos e deveres a ele associados, como classifica o seu grau de conhecimento:



Grau de conhecimento acerca de quem são os profissionais de referência de Saúde e da Segurança Social no Aces Gaia-VII no âmbito do Plano Intervenção Específico.



Importância dada a este tipo de formação para a mudança da prática clínica/ assistencial no que concerne a referência para outras equipas multiprofissionais ou outros níveis de cuidados:



Anexo VI

Planificação e avaliação imediata da formação Registos em saúde Familiar

PLANO DE SESSÃO

FORMADOR: Andreia Santos

DATA:

DURAÇÃO: 20 minutos

TEMA:

Registos em saúde familiar

PÚBLICO ALVO: Médicos e enfermeiros da equipa da USF VS

OBJECTIVOS GERAIS: Compreender quais os registos em saúde familiar passíveis de realizar em Sclinico e a importância da sua documentação , refletir acerca da nossa prática clínica

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS: Sistematizar os instrumentos de avaliação familiar e compreender a abordagem familiar através do MDAIF

MOMENTO	CONTEÚDOS	MÉTODOS/TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO/TÉCNICAS	TEMPO
Introdução	Apresentação do formador / Enfermagem de saúde familiar teoria ou método de trabalho?	Expositiva, participativa	Computador, internet, videoprojetor	Imediata, através de concretização dos objetivos, interação e participação dos formandos	3
Desenvolvimento	Instrumentos de avaliação familiar, processo familiar, diagnósticos e intervenções- apresentação de estudo de caso	Expositiva, participativa	Computador, internet, videoprojetor	Imediata, através de concretização dos objetivos, interação e participação dos formandos	15
Conclusão	Resumo dos conteúdos apresentados anteriormente	Expositiva, participativa	Computador, internet, videoprojetor	Imediata, através de concretização dos objetivos, interação e participação dos formandos	2

Registo em saúde familiar- estudo caso

14 Respostas 04:28 Tempo médio de conclusão Ativo Estado

1. Conhecimentos técnicos e pedagógicos

Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	3
Muito Bom	11



2. Adaptação dos objetivos e conteúdos às necessidades formativas

Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	4
Muito Bom	10



3. Dinamismo e clareza na exposição

Insuficiente	0
Suficiente	1
Bom	5
Muito Bom	8



4. Estrutura global da apresentação

Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	4
Muito Bom	10



5. Adequação dos métodos de apresentação a uma melhor compreensão do tema

Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	4
Muito Bom	10



6. Interesse prático

Insuficiente	0
Suficiente	1
Bom	2
Muito Bom	11



7. Duração da apresentação

Insuficiente	0
Suficiente	1
Bom	4
Muito Bom	9



8. Adquiri e/ou renovei conhecimentos.

● Insuficiente	0
● Suficiente	1
● Bom	5
● Muito Bom	8



9. Ganhei e/ou desenvolvi competências práticas.

● Insuficiente	0
● Suficiente	1
● Bom	5
● Muito Bom	8



Anexo VII – Planificação da formação “Famílias com membro dependente a cargo – estatuto cuidador informal”

PLANO DE SESSÃO

FORMADOR: Andreia Santos

DATA: 20/04/2023

DURAÇÃO: 30 minutos

TEMA: FAMILIAS COM MEMBRO DEPENDENTE - Estatuto Cuidador Informal

PÚBLICO ALVO: Médicos e enfermeiros da equipa da USF VS

OBJECTIVOS GERAIS: Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de Saúde Familiar;
Promover a melhoria contínua da Qualidade

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS: Definir Cuidador informal principal e não principal, quais os requisitos necessários para atribuição do estatuto, medidas de apoio previstas e papel do profissional de saúde de referência; Informar acerca do DR nº 1/2022 que define as medidas de apoio e as condições necessárias para atribuição do Estatuto Cuidador Informal

MOMENTO	CONTEÚDOS	MÉTODOS/TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO/TÉCNICAS	TEMPO
Introdução	Apresentação do formador / agenda	Expositiva, participativa	Computador, internet, videoprojetor	Imediata, através de concretização dos objetivos, interação e participação dos formandos	3
Desenvolvimento	Definição de Cuidador Informal (principal e não principal); Requisitos necessários para atribuição do estatuto, medidas de apoio previstas, papel do profissional de saúde de referência da área da saúde e PIE	Expositiva, participativa	Computador, internet, videoprojetor, folheto recursos comunitários para idosos	Imediata, através de concretização dos objetivos, interação e participação dos formandos	25
Conclusão	Resumo dos conteúdos apresentados anteriormente	Expositiva, participativa	Computador, internet, videoprojetor	Imediata, através de concretização dos objetivos, interação e participação dos formandos; mediata através da aplicação do questionário google forms	2

Anexo VIII – Avaliação imediata da formação “Famílias com membro dependente a cargo – estatuto cuidador informal”

Famílias com membro dependente- Estatuto Cuidador Informal

14 Respostas 02:01 Tempo médio de conclusão Ativo Estado

1. Conhecimentos técnicos e pedagógicos

● Insuficiente	0
● Suficiente	0
● Bom	3
● Muito Bom	11



2. Adaptação dos objetivos e conteúdos às necessidades formativas

● Insuficiente	0
● Suficiente	0
● Bom	3
● Muito Bom	11



3. Dinamismo e clareza na exposição

● Insuficiente	0
● Suficiente	0
● Bom	3
● Muito Bom	11



4. Estrutura global da apresentação

Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	4
Muito Bom	10



5. Adequação dos métodos de apresentação a uma melhor compreensão do tema

Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	5
Muito Bom	9



6. Interesse prático

Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	2
Muito Bom	12



7. Duração da apresentação

Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	5
Muito Bom	9



8. Adquiri e/ou renovei conhecimentos.

● Insuficiente	0
● Suficiente	0
● Bom	7
● Muito Bom	7



9. Ganhei e/ou desenvolvi competências práticas.

● Insuficiente	0
● Suficiente	2
● Bom	4
● Muito Bom	8



10. Elogios e/ou sugestões de melhoria

3
Respostas

Respostas Mais Recentes
"Muito boa apresentação, parabéns "

Anexo IX – Folheto recursos comunitários

Contatos úteis:
Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer - 226066863
Associação Nacional Cuidadores Informais - 937102684 - ancuidadoresinformais.pt

INFORME-SE JUNTO DA SUA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR

Estes recursos visam permitir a promoção da autonomia, a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa bem como, prevenir a exaustão e a sobrecarga daqueles que cuidam deles com tanto amor.

RECURSOS COMUNITÁRIOS PARA IDOSOS

Elaborado por: Andreia Santos, Aluna do I MESCSF sob orientação da [redacted] Abril 2023 - Revisão bianual

O QUE SÃO RECURSOS?
 Recursos são todos os serviços e programas disponíveis numa determinada comunidade. Eles podem incluir centros de dia, higiene e refeições, transporte, serviços de saúde, aconselhamento, apoio emocional e outros serviços que ajudam os idosos a se manterem independentes e saudáveis em suas comunidades/ domicílios.

Existem várias tipologias de recursos de acordo com o serviço prestado, entre as quais:

- Serviço de apoio domiciliário (SAD) - Resposta social, desenvolvida a partir de equipamento, que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, a satisfação das suas necessidades básicas, nomeadamente higiene, alimentação, tratamento das roupas...

- Centro social e Paroquial de Vilar de Andorinho - C. Dia/ SAD - 224917777 e 915412288 e geral@cspvilarandorinho.pt
- Centro Dia e Jardim Infância Salvador e Ana Caetano - Centro Dia e SAD 227871914 e 910532725 e cdjlsalvadorcaetano.secretaria@gmail.com
- Liga dos Amigos C. Saúde Soares dos Reis - SAD 223706300 e 918190170 e geral@lacsrr.net
- Lar Santa Isabel - C. Dia/ ERPI/ SAD - 227110092 e geral@larsantaisabel.pt
- Centro Social e Paroquial S. Cristóvão de Mafamude - C. Dia e Centro Convívio, 223702173, socialmafamude@sapo.pt
- Centro Social Serra do Pilar (Centro dia, SAD e ERPI) - 223 756 746 e centroserrapilar@gmail.com

- Centro de Dia (CD) - Resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar.
- Centro de convívio - Resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação activa das pessoas idosas de uma comunidade.
- Equipamento Residencial para Idosos (ERPI) - Resposta social desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.

- Bem Fazer da paz, SAD - 223 759 304 e cruzadabemfazerdapaz@gmail.com
- Miminhos dos avós - SAD - 22 375 60 45 e gaia@miminhoaosavos.pt
- Alface Freska - SAD, centro convívio - 224964725 e info@alfacefreska.com
- Centro social Mário Mendes da Costa - C. Dia, SAD, Centro de Convívio - 22 309 869 798 - centrosocial.mmc.ipss@gmail.com
- Centro social S. Pedro Vilar do Paraíso - SAD e C. Dia - 227116168 e geral@csspvp.org