

## “Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados” Formulário

N.º: \_\_\_\_\_

### Dados da Família

#### 1. Avaliação do tipo de família:

- Família nuclear                       Família mono parental                       Família alargada  
 Família unitária                       Família reconstituída                       Outras

#### 2. Pessoas que residem na habitação: \_\_\_\_\_

2.1 Número de membros da família: \_\_\_\_\_

#### 3. Apoios utilizados no último ano:

- |   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apoios formais   | { | <input type="checkbox"/> Serviços sociais  | { | <input type="checkbox"/> Centro de dia                       |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> Lar                                 |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> Apoio domiciliário                  |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> Outro _____                         |
|   |   | <input type="checkbox"/> Serviços de saúde | { | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde (USF;<br>UCSP; UCE) |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> Hospital                            |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> RNCCI                               |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> UCC                                 |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> Fisioterapia                        |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> Outro _____                         |
| <input type="checkbox"/> Apoios informais | { | <input type="checkbox"/> Familiares        |   |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Vizinhos          |   |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Amigos            |   |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Outros: _____     |   |  |

### Dados do Utente com Dependência

4. Idade: \_\_\_\_

5. Género:                       Feminino                       Masculino

#### 6. Estado civil:

Solteiro(a)       Casado(a) / União de facto                       Viúvo(a)       Divorciado(a) / Separado(a)

#### 7. Origem da dependência:

- Processo de envelhecimento                       Doença, Qual ou quais? \_\_\_\_\_  
 Acidente                       Outra \_\_\_\_\_

8. Início da dependência: Ano \_\_\_\_/Mês \_\_\_\_/Dia \_\_\_\_

#### 9. Complicações:

\_\_\_\_\_

10. Número de internamentos nos últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

11. Número de episódios de recurso ao S.U. nos últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

### 12. Consumo de medicamentos

Não

Sim

12.1 Número de medicamentos diários: \_\_\_\_\_

### 12.2 Medicação prescrita

Prescrição	Grupos de fármacos													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Ex: Captopril 1+ 0+1+0			X											

#### Legenda:

1 - Sistema gastrointestinal

2 - Sangue e órgãos hematopoéticos

3 - Sistema cardiovascular

4 - Fármacos usados em dermatologia

5 - Sistema génito-urinário

6 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

7 - Anti-infecciosos de uso sistémico

8 - Vitaminas e sais minerais

9 - Agentes antineoplásicos e imunomoduladores

10 - Sistema músculo-esquelético

Sistema nervoso central

11 - Aparelho respiratório

12 - Antialérgicos

13 - Outros

### 13. Escala de Barthel (adaptada)

#### 13.1 Alimentação

0 Dependente.

5 Precisa de ajuda para cortar os alimentos, barrar manteiga, etc.

10 Independente: consegue alimentar-se utilizando talheres e completar a refeição num tempo aceitável.

#### 13.2 Higiene pessoal

0 Dependente.

5 Independente: lava a cara, as mãos e os dentes, penteia-se e barbeia-se sozinho.

### **13.3 Ida à casa de banho**

- 0 Dependente.
- 5 Precisa de ajuda para se sentar, segurar as roupas e usar papel higiénico.
- 10 Independente: consegue ir à casa de banho sem ajuda.

### **13.4 Tomar banho**

- 0 Dependente.
- 5 Independente: entra e sai da banheira/chuveiro e lava-se sem ajuda.

### **13.5 Mobilidade (superfícies sem degraus)**

- 0 Dependente.
- 10 Anda com ajuda de uma pessoa, consegue andar pelo menos 50 metros com uma pequena ajuda.
- 15 Independente: consegue andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar próteses, canadianas, andarilhos, etc.

#### **13.5.1 Mobilidade com cadeira de rodas**

- 5 Desloca-se de forma independente numa cadeira de rodas.

### **13.6 Deslocação (da cama para a cadeira de rodas e vice-versa)**

- 0 Dependente.
- 5 Consegue sentar-se, mas necessita de ajuda para se levantar da cama e transfere-se de/para a cadeira de rodas com grande necessidade de ajuda.
- 10 Necessita de ajuda para se sentar, levantar ou sair da cama/cadeira, mesmo que seja apenas ajuda verbal.
- 15 Independente em todas as fases desta actividade.

### **13.7 Subir ou descer as escadas**

- 0 Dependente.
- 5 Necessita de ajuda ou supervisão.
- 10 Consegue descer e subir escadas em segurança sem ajuda ou supervisão de uma pessoa.

### **13.8 Vestir-se e despir-se**

- 0 Dependente.
- 5 Precisa de ajuda para vestir-se/despir-se e apertar qualquer peça de vestuário.
- 10 Consegue vestir-se, despir-se e apertar todo o vestuário e apertar os sapatos

### **13.9 Evacuar (controlo dos intestinos)**

- 0 Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.
- 5 Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana).
- 10 Consegue controlar os intestinos.

### **13.10 Urinar (controlo vesical)**

- 0 Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho.
- 5 Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil.
- 10 Contínente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite.

**TOTAL: \_\_\_\_**

## 14. Escala de Braden (adaptada)

Não aplicável

<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Íngere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
<b>Fricção e forças de deslização</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
				Pontuação total

## Dados do Prestador de Cuidados

15. Idade: \_\_\_\_

16. Género:  Feminino  Masculino

17. Estado civil:

Solteiro(a)  Casado(a) / União de facto  Viúvo(a)  Divorciado(a) / Separado(a)

**18. Situação Profissional:**

- Activo(a)                       Pré-reforma                       Reformado(a) por idade                       Reformado(a) por invalidez
- Desempregado(a)                       Doméstica/nunca trabalhou                       Baixa clínica,  
 Motivo: \_\_\_\_\_

**19. Profissão Actual:** \_\_\_\_\_

**20. Escolaridade:**

- Nenhum                                       Ensino básico – 2º ciclo (6 anos)                       Ensino secundário
- Ensino básico – 1º ciclo (4 anos)                       Ensino básico – 3º ciclo (9 anos)                       Ensino superior

**21. Relação de parentesco:**

- Filho(a)                                       Esposa(o)                                       Nora/genro
- Outro: \_\_\_\_\_

**22. Doença/incapacidade**

- Sim                       Não                       Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**Situação como Prestador de Cuidados**

**23. É a única pessoa a prestar cuidados?**

- Sim
- Não Se não, quem colabora e em quê? \_\_\_\_\_

**24. Há quanto tempo é prestador de cuidados?** \_\_\_\_\_

**25. Vive na mesma habitação que o seu familiar?**

- Sim                       Não                                       Esporadicamente

**26. Tem a seu cargo outras pessoas?**

- Sim                       Não                       Se sim, quem? \_\_\_\_\_

**27. Já cuidou de alguém com dependência anteriormente?**

- Sim                       Não                       Se sim, quem? \_\_\_\_\_

**28. Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?**

- Sim                       Não                       Se sim, de quem? \_\_\_\_\_

**29. O seu familiar pode ficar só?**

- Sim                       Não                       Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

**30. Considera que precisa de mais apoio dos profissionais de saúde?**

- Sim                       Não                       Se sim, em que áreas? \_\_\_\_\_

**31. Gostaria de integrar o Grupo de Ajuda a Prestadores de Cuidados?**

- Sim                       Não

**32. Gostaria de beneficiar da rede de voluntariado para o cuidador?**

- Sim                       Não

### 33. Competências na prestação de cuidados

	Conhecimentos			OBS
	Sim (√)	Não (X)	Não se aplica (NA)	
<b>Autocuidado: Higiene</b>				
1. Refere o material necessário para o banho (panos/esponjas, compressas, soro fisiológico, toalhas, creme hidratante, sabão, champô, roupa do familiar) e a frequência do mesmo;				
2. Sabe regular a temperatura da água e gerir o ambiente;				
3. Inicia o banho pela cabeça seguindo a ordem até aos pés; lava por último a região genital da zona mais limpa para a zona mais suja;				
4. Mantém os cuidados de higiene à boca;				
5. Corta as unhas.				
6. Faz vigilância da pele tendo em conta os sinais de alteração da integridade da pele;				
7. Executa troca da fralda referindo o material necessário e frequência da troca;				
8. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência tendo em conta as suas preferências e gostos pessoais.				
<b>Autocuidado: Vestir e Despir</b>				
1. Utiliza roupas de acordo com a temperatura ambiente, optando por vestuário simples, confortável, adequado à pessoa com dependência e de acordo com as suas preferências;				
2. Ao vestir se uma extremidade está lesada, imobilizada ou se tem algum equipamento, veste em primeiro lugar;				
3. No que diz respeito ao calçado opta por sapatos com sola de borracha antiderrapante e com elástico na parte superior.				
4. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
<b>Autocuidado: Alimentar por Via Oral</b>				
1. Proporciona ao dependente uma refeição completa, equilibrada, variável, de consistência adequada às características da pessoa com dependência, com intervalos não superiores a 3 horas;				
2. O número total de refeições varia entre 4 e 6 refeições por dia tendo em conta as preferências da pessoa com dependência;				
3. Incentiva a hidratação oral nos períodos fora das refeições;				
4. Posiciona a pessoa com dependência em fowler, ou semi-fowler para prevenir a aspiração de vômito e mantém a posição durante mais 30 minutos após as refeições;				
5. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
<b>Autocuidado: Alimentar por SNG</b>				
1. Refere o material necessário (seringa de alimentação, refeição, água e resguardo);				
2. Confirma o posicionamento da SNG colocando a mão no epigastro para sentir uma pequena quantidade de ar introduzida pela seringa de alimentação na sonda;				
3. Aspira o conteúdo gástrico, se este for maior que ½ da quantidade da última refeição pondera a possibilidade de reformulação do plano alimentar, tendo em conta as características do conteúdo aspirado;				
4. Proporciona à pessoa com dependência uma refeição completa e variável bem triturada de modo a que passe pela sonda evitando que fique obstruída. A quantidade administrada é de 300 a 400 ml por cada refeição, num total de 4 a 6 refeições por dia;				
5. Administra a refeição durante aproximadamente 20 minutos;				
6. Lava a SNG com 20 a 30 ml de água para manter a sonda permeável;				
7. Incentiva a hidratação oral nos períodos fora das refeições. Posiciona o dependente em fowler, ou semi-fowler para prevenir a aspiração de vômito e mantém durante mais 30 minutos após as refeições.				
<b>Autocuidado: Uso do Sanitário</b>				
1. Auxilia no uso do sanitário posicionando a pessoa com dependência na sanita ou aparadeira;				
2. Respeita a privacidade e o tempo que a pessoa com dependência necessita;				
3. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
<b>Autocuidado: Posicionar</b>				
1. Refere o material necessário (almofadas e rolos);				
2. Posiciona o dependente de 2/2 horas ou de 3/3 horas, adaptando a frequência do posicionamento às				

necessidades;				
3. Mantém o alinhamento corporal;				
4. Posiciona em decúbito dorsal;				
5. Posiciona em decúbito lateral esquerdo e direito;				
6. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
<b>Autocuidado: Transferir</b>				
1. Transfere da cama para o cadeirão e vice-versa;				
2. Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco;				
3. Verifica o alinhamento corporal, observando o dependente de frente;				
4. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
<b>Autocuidado: Deambular</b>				
1. Assiste o dependente no deambular;				
2. Planeia com a pessoa com dependência as actividades a desenvolver e a distância a ser percorrida;				
3. Caminha ao lado e ligeiramente atrás da pessoa com dependência;				
4. Apoia pelo lado afectado, caso a pessoa com dependência possua uma parte do corpo que não movimenta;				
5. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
<b>Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas</b>				
1. Transfere da cama para a cadeira de rodas e vice-versa;				
2. Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco;				
3. Verifica o alinhamento corporal, observando a pessoa com dependência de frente;				
4. Respeita as precauções de segurança no uso da cadeira de rodas (travão, remoção do lateral da cadeira, suporte de pés);				
5. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
<b>Gestão do Regime Medicamentoso</b>				
1. Providencia o regime medicamentoso, mantendo o stock de medicamentos necessário às necessidades;				
2. Identifica a medicação (Nome, acção, dosagem adequada, periodicidade da administração, efeitos secundários e precauções);				
3. Administra a medicação;				
4. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
<b>Prevenção de Acidentes</b>				
1. Identifica factores de risco e garante um ambiente seguro;				
2. Assegura uma iluminação adequada;				
3. Retira objectos desnecessários;				
4. Coloca barras de apoio na casa de banho;				
5. Coloca tapetes antiderrapantes;				
6. Coloca grades laterais de segurança na cama articulada;				
7. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				

Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)\* (PC há mais de 6 meses)

Nas últimas 4 semanas:

		Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
<b>Sobrecarga emocional</b>	<b>1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?</b>	1	2	3	4	5
	<b>2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?</b>	1	2	3	4	5
	<b>3. Sente-se cansado(a) e esgotado(a) por estar a cuidar do seu familiar?</b>	1	2	3	4	5
	<b>4. Entra em conflito consigo próprio por estar a tomar conta do seu familiar?</b>	1	2	3	4	5

Implicações na vida pessoal	5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
	6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
	7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
	8. Os planos que tinha feito para esta fase da sua vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
	9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
	10.Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
	11.É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
	12.Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso(a)?	1	2	3	4	5
	13.Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
	14.A sua vida social, (p. ex. férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
	15.Sente-se só e isolado(a) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Sobrecarga financeira	16.Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
	17.Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Reações a exigências	18.Já se sentiu ofendido(a) e zangado(a) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
	19.Já se sentiu embaraçado(a) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
	20.Sente que o seu familiar o(a) solicita demasiado por situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
	21.Sente-se manipulado(a) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
	22.Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Mecanismo de eficácia e de controlo	23.Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
	24.Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
	25.Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Suporte familiar	26.A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
	27.Sente-se apoiado(a) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
Satisfação com o papel e com o familiar	28.Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
	29.O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
	30.Fica satisfeito(a), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
	31.Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
	32.Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

**Recusa**

**N.º:** \_\_\_\_\_

**Morada:** \_\_\_\_\_

**Dados do Utente com dependência**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**N.º. Processo:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_/\_\_/\_\_

**Dados do Prestador de Cuidados**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_/\_\_/\_\_

**Contacto telefónico:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_