



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO  
-ESTUDO EXPLORATÓRIO DE BASE POPULACIONAL NO CONCELHO DE PAÇOS DE FERREIRA-**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por:

**SUSANA CARLA RIBEIRO DE SOUSA REGADAS**

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, abril | 2021





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO  
-ESTUDO EXPLORATÓRIO DE BASE POPULACIONAL NO CONCELHO DE PAÇOS DE FERREIRA-**

**FAMILIES THAT INTEGRATE DEPENDENT PEOPLE IN SELF-CARE  
- EXPLORATORY STUDY OF POPULATION BASIS IN THE COUNTY OF PAÇOS DE FERREIRA-**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por:

**SUSANA CARLA RIBEIRO DE SOUSA REGADAS**

Orientação:

Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, abril | 2021



## Agradecimentos

Aos meus Professores  
(na dianteira e por “tudo”,  
ao Professor Abel Paiva e Silva pela “Enfermagem Avançada”, pela sua sapiência e erudição;  
à Professora Cândida Pinto pela partilha e exigência neste percurso;  
à Professora Adelaide Marques por ser a minha primeira...e a todos os demais)

Aos meus Alunos  
(porque com eles...aprendo todos os dias)

Às Colegas de labuta  
(Cátia, Elisabete, Olga e Vera)

Ao André Leão  
(porque os verdadeiros amigos estão em todas as ocasiões, e nesta foste inigualável)

À Carla e ao Rui  
(porque quem ajuda logo...ajuda duas vezes)

Às Famílias e às Pessoas Dependentes  
(porque só com elas foi exequível, e só com elas e para elas, faz sentido)

A Deus pela minha vida  
(“Ensina-nos a contar os nossos dias de tal maneira que alcancemos corações sábios”\*)

Muito Obrigada!

\*Salmos 90:12, in Bíblia



Aos meus avós, que na sua ausência sempre presente, zelam.

Aos meus pais, Bininha e Sousa, os melhores do mundo.

Ao Toni, “pelo Ontem, pelo Hoje e pelo Amanhã”.

À minha Família...às minhas Pessoas.



Ao meu Pai  
*in memoriam*

(Uma das melhores Pessoas que viveu...  
...e nem a morte nos separa!)



“Não há modo de mandar, ou ensinar mais forte, e suave, do que o exemplo: persuade sem retórica, impele sem violência, reduz sem porfia, convence sem debate, todas as dúvidas desata, e corta caladamente todas as desculpas. Pelo contrário, fazer uma coisa, e mandar, ou aconselhar outra, é querer endireitar a sombra da vara torcida.”

Manuel Bernardes (1644-1710) \*

(Aos Enfermeiros... aos Exemplos)

\*Escritor, orador e religioso português nascido a 20 de agosto de 1644, em Lisboa, e falecido a 17 de agosto de 1710, na mesma cidade



## RESUMO

**Problemática:** A integração de uma pessoa dependente no autocuidado no seio do agregado familiar, comporta uma realidade passada, presente e futura. O envelhecimento populacional tem vindo a acentuar a proliferação de doenças crónicas e com isso, o incremento de pessoas dependentes no autocuidado. Estes novos cenários de necessidades em cuidados de saúde, reivindicam uma premente reflexão crítica, quer pela oportunidade de desenvolvimento do *core* de conhecimentos da disciplina de Enfermagem, quer pela possibilidade de sustentação de modelos de ação dos Enfermeiros, mais significativos para as pessoas.

**Objetivos:** No âmbito deste projeto partiu-se para um estudo no concelho de Paços de Ferreira que visava a caracterização: das famílias clássicas que integravam pessoas dependentes no autocuidado; da pessoa dependente; do cuidador familiar; dos recursos utilizados; e, o melhoramento da compreensão deste fenómeno no que se reporta à experiência do cuidador familiar acerca da assunção e exercício do papel.

**Material e métodos:** Tendo como população-alvo as famílias clássicas residentes no concelho de Paços de Ferreira, concebeu-se um plano de investigação que incluía duas etapas sucessivas. Num primeiro momento, um estudo de carácter descritivo e correlacional, que se enquadra nos modelos de investigação quantitativa de base populacional. Foi constituída uma amostra probabilista, aleatória, areolar, estratificada e proporcional com base na freguesia de residência, através de um sistema de informação geográfica. A recolha de dados foi realizada porta a porta por investigadoras-Enfermeiras com recurso a um formulário, instrumento esse que constitui uma ferramenta de utilidade clínica na perspetiva da avaliação multidimensional do fenómeno em questão. No momento seguinte levou-se a cabo um segundo estudo de natureza qualitativa, realizando-se para o efeito 6 entrevistas semiestruturadas a cuidadores familiares que integraram o primeiro estudo, referenciados como informantes privilegiados, no sentido de ampliar a compreensibilidade da problemática.

**Resultados:** Das 2126 famílias clássicas que fazem parte do estudo, 11,73% integravam pelo menos uma pessoa dependente no autocuidado, sendo que 39,8% tem mais de 80 anos e a principal situação que originou a dependência são as doenças crónicas (63,6%), sendo a sua instalação gradual, em 66,5% dos casos. No que diz respeito ao grau de dependência, face ao domínio do autocuidado global, 91,7% tinham necessidade de ajuda de pessoa, 0,4% só necessitavam de equipamento, sendo que 7,9% eram totalmente dependentes, não participantes, “acamadas”. Constatamos assim que 99,6% dos dependentes necessitavam, no mínimo, de ajuda de pessoa para realizar, pelo menos, uma atividade do autocuidado.

Os cuidadores familiares são na sua maioria do sexo feminino (89,6%), com uma média de idades de 56 anos, na sua maioria casada (75,9%), filho/filha da pessoa dependente (42,7%), e em 89,4% coabitavam com o dependente. Os resultados deste estudo demonstraram ainda que a taxa global de utilização dos recursos é de 53,5% o que significa que são utilizados pouco mais de metade, havendo diferenças significativas entre os diferentes domínios do autocuidado. Das razões referidas para a não utilização dos recursos, a mais significativa é a razão económica. Ao Enfermeiro recorrem 67,2% das famílias, que assumem o Médico como principal recurso profissional (92,9%). Os cuidadores familiares outorgam diferentes significados aos cuidados que prestam, reconhecendo no entanto que, a taxa de esforço, a exigência e a vulnerabilidade inerentes a este processo, torna o exercício do papel difícil e crítico, implicando uma preocupação constante, quer pela diversidade e complexidade de cuidados que prestam, quer pelas mudanças que esta situação despoleta nos seus próprios processos de vida.

**Conclusões:** O fenómeno da dependência no autocuidado é hoje indubitavelmente uma temática emergente que urge escrutinar. A natureza mutável e complexa das necessidades de cuidados das pessoas dependentes requer que, os Enfermeiros reconheçam o sentido inevitável da mudança e deste modo possam gerar, para aplicar conhecimento próprio da disciplina. A pessoa dependente no autocuidado continua preferencialmente a ser integrada no contexto familiar, e este enquadramento conduz à transição do familiar cuidador, associada ao exercício do papel. As famílias desempenham um papel vital como recurso indispensável, por garantirem e assegurarem a satisfação das necessidades dos membros dependentes. Os cuidadores familiares assumem maioritariamente a relação de cuidados munidos de competências que adquiriram pela sua experiência ao longo da vida e por “tentativa-erro”, sendo certo que por vezes, mesmo fazendo “o tudo que podem e sabem”, se revela cabalmente insuficiente para dar resposta às reais necessidades do dependente. A profissionalização dos cuidados poderia alavancar este processo para maiores ganhos em saúde, designadamente sensíveis aos cuidados dos Enfermeiros, quer na reconstrução da autonomia/ independência possível no autocuidado dos dependentes, quer facilitando a transição saudável do cuidador familiar.

**Palavras-chave:** Famílias; Dependência; Autocuidado; Perceção de Autoeficácia; Familiar cuidador.



## ABSTRACT

**Background:** The integration of a dependent person in self-care within the household, involves a past, present and future reality. Population aging has accentuated the proliferation of chronic diseases and, with this, the increase of dependent people in self-care. These new scenarios of health care needs demand an urgent critical reflection, both for the opportunity to develop the core knowledge of the Nursing discipline, and for the possibility of sustaining Nurses' models of action, which are more meaningful for people.

**Objectives:** As part of this project, we started a study in the municipality of Paços de Ferreira that aimed at characterizing: the classic families that included dependent people in self-care; dependent person; family caregiver; the resources used; and, the improvement of the understanding of this phenomenon with regard to the family caregiver's experience about assuming and exercising the role.

**Material and methods:** With the target population of the classic families living in the municipality of Paços de Ferreira, a research plan was devised that included two successive stages. At first, a descriptive and correlational study, which fits into the population-based quantitative research models. A probabilistic, random, areolar, stratified and proportional sample was created based on the parish of residence, through a geographic information system. Data collection was carried out door-to-door by nurse-researchers using a form, an instrument that constitutes a tool of clinical utility in the perspective of the multidimensional assessment of the phenomenon in question. In the following moment, a second qualitative study was carried out, for which 6 semi-structured interviews were carried out with family caregivers who were part of the first study, referred to as privileged informants, in order to increase the understanding of the problem.

**Results:** Of the 2126 classic families that are part of the study, 11,73% integrated at least one dependent person in self-care, with 39,8% being over 80 years old and the main situation that led to the dependency is chronic diseases (63,6%), with its gradual installation in 66,5% of cases. With regard to the degree of dependence, given the domain of global self-care, 91,7% needed help from people, 0,4% only needed equipment, with 7,9% being totally dependent, not participating, "bedridden". We thus found that 99,6% of dependents needed, at least, the help of a person to carry out at least one self-care activity.

Family caregivers are mostly female (89,6%), with an average age of 56 years, mostly married (75,9%), son / daughter of the dependent person (42,7%), and 89,4% lived with the dependent. The results of this study also demonstrated that the overall rate of use of resources is 53,5%, which means that just over half are used, with significant differences between the different areas of self-care. Of the reasons mentioned for not using the resources, the most significant is the economic reason. The Nurse appeals to 67,2% of families, who take the Doctor as their main professional resource (92,9%). Family caregivers grant different meanings to the care they provide, recognizing, however, that the effort rate, the demand and the vulnerability inherent in this process, makes the exercise of the role difficult and critical, implying a constant concern, both for diversity and complexity care they provide, either because of the changes that this situation triggers in their own life processes.

**Conclusions:** The phenomenon of dependency in self-care is today undoubtedly an emerging theme that needs to be scrutinized. The changing and complex nature of the care needs of dependent people requires that Nurses recognize the inevitable sense of change and thus can generate it, in order to apply the discipline's own knowledge. The dependent person in self-care preferably continues to be integrated into the family context, and this framework leads to the transition of the family caregiver, associated with the exercise of the role. Families play a vital role as an indispensable resource, as they guarantee and ensure that the needs of dependent members are met. Family caregivers mostly assume the relationship of care provided with skills that they have acquired through their experience throughout life and through "trial-and-error", being certain that sometimes, even doing "everything they can and know", it proves to be totally insufficient to respond to the dependent's real needs. The professionalization of care could leverage this process for greater gains in health, namely sensitive to the care of Nurses, either in the reconstruction of autonomy / independence possible in the self-care of dependents, or by facilitating the healthy transition of family caregivers.

**Key words:** Families; Dependence; Self-Care; Perception of Self-efficacy; Family caregiver.



## **Abreviaturas, siglas e acrónimos**

AC – Autocuidado

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AE – Autoeficácia

ANOVA – Análise de variância

ARS – Administração Regional de Saúde

Art.º – Artigo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade (s) de Vida Diária

BGRI – Base Geográfica de Referenciação de Informação

CAOP – Carta Administrativa Oficial de Portugal

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CE – Comissão Europeia

cf. – Conforme

CF – Cuidador Familiar

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNIG - Centro Nacional de Informação Geográfica

CNP – Classificação Nacional das Profissões

CSI – Complemento Solidário para Idosos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DF – Dependente familiar

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto de Lei

E – Entrevista

ECCL – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EHCP – Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

*et al.* – e outros autores

F – *Anova*

FC – Família Clássica

FD – Familiar Dependente  
FDA – Familiar Dependente no Autocuidado  
HTA – Hipertensão Arterial  
ICN – International Council of Nursing (Nurses)  
ICNP® – International Classification for Nursing Practice  
IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional  
IGeoE - Instituto Geográfico do Exército  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
IPCC- Instituto Português de Cartografia e Cadastro  
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social  
KML – Keyhole Markup Language  
Km(s) – Quilómetro(s)  
MFPC – Membro da Família Prestador de cuidados  
N – Frequência absoluta  
n – Frequência relativa  
n.º– número  
NANDA – North American Nursing Diagnosis Association  
NIC – Nursing Interventions Classification  
NOC – Nursing Outcomes Classification  
NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos  
OCDE – Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Económico  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
p. – Página  
*p-value* – (significância)  
PAE – Perceção da Autoeficácia  
PBE – Prática Baseada na Evidência  
PCD – Prestador de Cuidados do Dependente  
PD – Pessoa Dependente  
PEG – Gastrostomia endoscópica percutânea  
PMC – Pessoas com Mobilidade Comprometida  
RN – Região Norte

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
RSI – Rendimento Social de Inserção  
SIG – Sistema de Informação Geográfica  
SNG – Sonda Nasogástrica  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SOS – “*si opus sit*” (sempre que necessário)  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences  
SU – Serviço de Urgência  
TDAE – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem  
TSC – Teoria Social Cognitiva  
Tx– Taxa  
UC – Unidades de Convalescença  
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade  
UCCI– Unidades de Cuidados Continuados Integrados  
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
UDPA – Unidade de Dia de Promoção da Autonomia  
UE – União Europeia  
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção  
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação  
UN – United Nations  
UNIESEP – Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto  
UP – Úlcera de Pressão  
USA– United States of America  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
USP – Unidade de Saúde Pública  
VSN – Vale do Sousa Norte  
WC – Water Closet  
 $x^2$  – *Qui-Quadrado*  
% – Percentagem



## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Problemática em estudo .....	51
<b>Figura 2.</b> Conceitos centrais do estudo.....	52
<b>Figura 3.</b> Atividades incluídas no autocuidado .....	55
<b>Figura 4.</b> Teoria das Transições .....	82
<b>Figura 5.</b> Desenho da investigação .....	92
<b>Figura 6.</b> Mapa da Região Norte- Concelhos que constituem o ACeS do Tâmega III- Vale do Sousa Norte .....	93
<b>Figura 7.</b> Mapa do Concelho de Paços de Ferreira (freguesias) .....	94
<b>Figura 8.</b> Polos cronológicos da análise de conteúdo .....	108
<b>Figura 9.</b> FC do concelho de Paços de Ferreira que integravam pessoas dependentes no autocuidado .....	119
<b>Figura 10.</b> Proporção de FC, por freguesia, do concelho de Paços de Ferreira, que integravam pessoas dependentes no autocuidado .....	120
<b>Figura 11.</b> Relações com significância estatística entre a dependência no AC e as diferentes variáveis em estudo .....	151
<b>Figura 12.</b> Maiores taxas de utilização de recursos .....	201
<b>Figura 13.</b> Menores taxas de utilização de recursos.....	201
<b>Figura 14.</b> Perfil da Família Clássica no Concelho de Paços de Ferreira .....	231
<b>Figura 15.</b> Perfil da Pessoa Dependente .....	232
<b>Figura 16.</b> Perfil do Membro da Família Prestador de Cuidados .....	233
<b>Figura 17.</b> Perceção de autoeficácia face aos domínios do AC.....	235
<b>Figura 18.</b> Equipamentos e recursos.....	238
<b>Figura 19.</b> Os cuidados prestados pelo MFPC à PD .....	239
<b>Figura 20.</b> Transição do MFPC para tomar conta da pessoa dependente .....	241



## Índice de Quadros

<b>Quadro 1.</b> Indicadores de Envelhecimento .....	45
<b>Quadro 2.</b> Gigantes da geriatria de Bernard Isaacs .....	46
<b>Quadro 3.</b> Área geográfica de influência do ACeS Tâmega III-VSN.....	94
<b>Quadro 4.</b> Número de FC que integraram a amostra, por local de residência, no concelho de Paços de Ferreira.....	99
<b>Quadro 5.</b> (Domínios), categorias e subcategorias emergentes .....	203
<b>Quadro 6.</b> Categorias, subcategorias e unidades de registo: (Domínio- Natureza da transição) .	204
<b>Quadro 7.</b> Categorias, subcategorias e unidades de registo: (Domínio- Padrões de resposta: indicadores de processo) .....	208
<b>Quadro 8.</b> Categorias, subcategorias e unidades de registo: (Domínio- Padrões de resposta: indicadores de resultado) .....	209
<b>Quadro 9.</b> Categorias, subcategorias e unidades de registo: (Domínio- Condições facilitadoras e inibidoras da transição).....	210



## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Número de FC por local de residência, no concelho de Paços de Ferreira.....	96
<b>Tabela 2.</b> Número de FC que integram a amostra por local de residência, no concelho de Paços de Ferreira.....	98
<b>Tabela 3.</b> Proporção de FC, por freguesia, do concelho de Paços de Ferreira, que integravam pessoas dependentes no autocuidado .....	120
<b>Tabela 4.</b> Características dos alojamentos .....	122
<b>Tabela 5.</b> Características das famílias .....	123
<b>Tabela 6.</b> Medidas de localização e dispersão para a variável idade das pessoas dependentes integradas em FC, no concelho de Paços de Ferreira .....	125
<b>Tabela 7.</b> Características sociodemográficas (género e estado civil) das pessoas dependentes integradas nas FC no concelho de Paços de Ferreira.....	125
<b>Tabela 8.</b> Caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes no AC integradas em FC do concelho de Paços de Ferreira (Habilitações Literárias e Profissão) .....	127
<b>Tabela 9.</b> Causa e instalação da dependência das pessoas dependentes integradas em FC no concelho de Paços de Ferreira .....	128
<b>Tabela 10.</b> Tempo de dependência das pessoas dependentes integradas em FC no concelho de Paços de Ferreira.....	129
<b>Tabela 11.</b> Recursos financeiros dos dependentes .....	129
<b>Tabela 12.</b> Características do estado de saúde da pessoa dependente .....	130
<b>Tabela 13.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: tomar banho .....	132
<b>Tabela 14.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: vestir-se e despir-se .....	132
<b>Tabela 15.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: arranjar-se.....	133
<b>Tabela 16.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: alimentar-se .....	134
<b>Tabela 17.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: uso do sanitário .....	134
<b>Tabela 18.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: elevar-se.....	135

<b>Tabela 19.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: virar-se .....	135
<b>Tabela 20.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: transferir-se .....	135
<b>Tabela 21.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: usar cadeira de rodas .....	136
<b>Tabela 22.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: andar.....	137
<b>Tabela 23.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: tomar medicação.....	137
<b>Tabela 24.</b> Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por domínio de AC .....	138
<b>Tabela 25.</b> Percentagem global de dependência por domínio de autocuidado e por concelho ...	142
<b>Tabela 26.</b> Diferenças estatísticas entre a idade da pessoa dependente e a dependência nos domínios de AC.....	143
<b>Tabela 27.</b> Diferenças estatísticas entre o estado civil da pessoa dependente e a dependência nos domínios de AC.....	144
<b>Tabela 28.</b> Diferenças estatísticas entre a profissão da pessoa dependente e a dependência nos domínios de AC.....	145
<b>Tabela 29.</b> Diferenças estatísticas entre a situação que originou a dependência (doença crónica) e a dependência nos domínios de AC .....	145
<b>Tabela 30.</b> Diferenças estatísticas entre o modo de instalação da dependência e a dependência nos domínios de AC.....	146
<b>Tabela 31.</b> Diferenças estatísticas entre o consumo de medicamentos e a dependência nos domínios de AC.....	147
<b>Tabela 32.</b> Diferenças estatísticas entre o número de internamentos e a dependência nos domínios de AC.....	148
<b>Tabela 33.</b> Diferenças estatísticas entre o número recursos ao SU e a dependência nos domínios de AC.....	149
<b>Tabela 34.</b> Diferenças estatísticas entre a profissão do PC e a dependência nos domínios de AC150	
<b>Tabela 35.</b> Diferenças estatísticas entre o parentesco do PC e a dependência nos domínios de AC .....	150
<b>Tabela 36.</b> Diferenças estatísticas entre a coabitação do PC com a PD e a dependência nos domínios de AC.....	151
<b>Tabela 37.</b> Medidas de localização e dispersão para a variável dos PC - Perfil 1 .....	156
<b>Tabela 38.</b> Características sociodemográficas dos PC - Perfil 1 (género e estado civil).....	156

<b>Tabela 39.</b> Características sociodemográficas dos PC - Perfil 1 (Habilitações Literárias e Profissão)	157
<b>Tabela 40.</b> Características sociodemográficas dos PC - Perfil 1 (Grau de Parentesco e Coabitação)	157
<b>Tabela 41.</b> Medidas de localização e dispersão para a variável idade dos PC - Perfil 2	158
<b>Tabela 42.</b> Características sociodemográficas dos PC - Perfil 2 (género e estado civil)	158
<b>Tabela 43.</b> Características sociodemográficas dos PC - Perfil 2 (Habilitações Literárias e Profissão)	159
<b>Tabela 44.</b> Características sociodemográficas dos PC - do Perfil 2 (Grau de Parentesco e Coabitação)	159
<b>Tabela 45.</b> Caracterização da frequência diária com que o PC realiza os cuidados	161
<b>Tabela 46.</b> Caracterização da frequência semanal com que o PC realiza os cuidados	162
<b>Tabela 47.</b> Caracterização da frequência mensal com que o PC realiza os cuidados	163
<b>Tabela 48.</b> Caracterização dos incentivos dados pelo PC relativamente à variável- cuidados relacionados com a mobilidade	163
<b>Tabela 49.</b> Caracterização dos incentivos dados pelo PC relativamente à variável- cuidados relacionados com a higiene	164
<b>Tabela 50.</b> Caracterização dos incentivos dados pelo PC relativamente à variável- cuidados relacionados com a alimentação	164
<b>Tabela 51.</b> Caracterização dos incentivos dados pelo PC relativamente à variável- incentivos relacionados com outros cuidados	165
<b>Tabela 52.</b> Caracterização dos cuidados em relação aos locais e à decisão	166
<b>Tabela 53.</b> PAE do cuidador familiar em relação ao AC tomar banho	168
<b>Tabela 54.</b> PAE do cuidador familiar em relação ao AC vestir-se e despir-se	169
<b>Tabela 55.</b> PAE do cuidador familiar em relação ao AC alimentar-se	170
<b>Tabela 56.</b> PAE do cuidador familiar em relação ao AC uso do sanitário	171
<b>Tabela 57.</b> PAE do cuidador familiar em relação ao AC virar-se	172
<b>Tabela 58.</b> PAE do cuidador familiar em relação ao AC transferir-se	173
<b>Tabela 59.</b> PAE do cuidador familiar em relação ao AC andar	174
<b>Tabela 60.</b> PAE do cuidador familiar em relação ao AC tomar medicação	175
<b>Tabela 61.</b> PAE do cuidador familiar por AC	176
<b>Tabela 62.</b> Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC tomar banho	180
<b>Tabela 63.</b> Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC tomar banho	180
<b>Tabela 64.</b> Recursos necessários, utilizados e desejados para AC vestir-se e despir-se	181

<b>Tabela 65.</b> Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC tomar banho .....	181
<b>Tabela 66.</b> Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC arranjar-se .....	182
<b>Tabela 67.</b> Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC arranjar-se .....	182
<b>Tabela 68.</b> Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC alimentar-se.....	183
<b>Tabela 69.</b> Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC alimentar-se .....	183
<b>Tabela 70.</b> Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC uso do sanitário .....	184
<b>Tabela 71.</b> Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC usar o sanitário.....	184
<b>Tabela 72.</b> Recursos necessários, utilizados e desejados para AC elevar-se .....	185
<b>Tabela 73.</b> Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC elevar-se.	185
<b>Tabela 74.</b> Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC virar-se .....	186
<b>Tabela 75.</b> Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para virar-se.....	186
<b>Tabela 76.</b> Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC transferir-se .....	187
<b>Tabela 77.</b> Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC transferir-se .....	187
<b>Tabela 78.</b> Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC usar cadeira de rodas .....	188
<b>Tabela 79.</b> Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC usar cadeira de rodas .....	188
<b>Tabela 80.</b> Recursos necessários, utilizados e desejados para AC andar.....	188
<b>Tabela 81.</b> Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC andar .....	189
<b>Tabela 82.</b> Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: tomar medicação	190
<b>Tabela 83.</b> Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC tomar medicação.....	190
<b>Tabela 84.</b> Recursos complementarem necessários, utilizados e desejados.....	191
<b>Tabela 85.</b> Razão da não utilização dos recursos complementares.....	191
<b>Tabela 86.</b> Taxa de utilização dos recursos por autocuidado .....	193
<b>Tabela 87.</b> Recursos profissionais e serviços.....	194
<b>Tabela 88.</b> Recursos financeiros (principais fontes de rendimento).....	196
<b>Tabela 89.</b> Correlação de <i>pearson</i> entre taxa de utilização de recursos e a idade dos dependentes .....	197
<b>Tabela 90.</b> Taxa de utilização e nível de escolaridade dos dependentes .....	197
<b>Tabela 91.</b> Taxa de utilização e nível de escolaridade dos PC.....	198

<b>Tabela 92.</b> Taxa de utilização e necessidade de obras no alojamento .....	198
<b>Tabela 93.</b> Taxa de utilização e estado civil dos dependentes .....	198
<b>Tabela 94.</b> Taxa de utilização dos recursos e tipo de moradia .....	199
<b>Tabela 95.</b> Taxa de utilização dos recursos e grau de parentesco.....	199



## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1.</b> Grau de dependência das pessoas, relativamente a cada domínio de AC .....	140
<b>Gráfico 2.</b> Distribuição percentual de dependentes que no mínimo, necessitam de ajuda de pessoa, por domínio de AC .....	140
<b>Gráfico 3.</b> Distribuição percentual de dependentes que só necessitam de equipamento, por domínio de AC.....	141
<b>Gráfico 4.</b> Percentagem de PD no AC com sinais aparentes de alterações da condição de saúde	154
<b>Gráfico 5.</b> Comparação da PAE Global em relação à média de cada domínio de AC .....	177



## Índice Geral

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>41</b>
1.1. Problematização.....	43
1.1.1. O envelhecimento: questões teóricas e implicações práticas .....	44
1.2. Conceitos centrais e enquadramento da problemática.....	52
1.2.1. Família .....	52
1.2.2. Dependência.....	53
1.2.3. Autocuidado .....	54
1.2.4. Condição de saúde .....	58
1.2.5. Cuidador familiar .....	60
1.2.6. Equipamentos e Recursos .....	61
1.2.6.1. Recursos internos.....	65
1.2.6.2. Recursos externos .....	67
1.2.7. Autoeficácia .....	71
1.2.8. As Teorias de Enfermagem.....	73
1.2.8.1. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem .....	73
1.2.8.2. Teoria do Autocuidado.....	74
1.2.8.3. Teoria das Transições de Meleis .....	78
1.3. Justificação do estudo.....	82
1.4. Finalidade e objetivos do estudo .....	85
1.5. Visão geral da tese .....	86
<b>2. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>91</b>
2.1. Desenho da investigação .....	91
2.1.1. Paradigmas em que se inscreve a investigação.....	92
2.1.2. Contexto da investigação .....	93
2.2. Estudo 1.....	95
2.2.1. População e amostra .....	95
2.2.2. Dimensão da amostra.....	96
2.2.3. Plano de amostragem.....	97
2.2.4. Seleção da amostra .....	98
2.2.5. Instrumento de recolha de dados .....	100
2.2.5.1. Parte I- Inquérito preliminar .....	101

2.2.5.2.	Parte II- Formulário PCD .....	102
2.2.6.	Procedimentos de recolha de dados .....	102
2.2.7.	Métodos de análise e tratamento dos dados .....	103
2.2.8.	Preparação dos dados.....	103
2.2.9.	Análise dos dados .....	103
2.3.	Estudo 2 .....	104
2.3.1.	Seleção dos participantes .....	104
2.3.2.	Instrumento de recolha de dados.....	105
2.3.3.	Procedimento de recolha de dados .....	105
2.3.4.	Método de análise e tratamento dos dados.....	106
2.3.5.	Procedimento de preparação e análise dos dados.....	107
2.4.	Considerações éticas .....	112
<b>3.</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>117</b>
3.1.	Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado .....	118
3.1.1.1.	Caracterização dos Alojamentos .....	121
3.1.1.2.	Caracterização das FC.....	123
3.2.	As pessoas dependentes no autocuidado .....	124
3.2.1.	Características sociodemográficas das pessoas dependentes .....	124
3.2.2.	A instalação da dependência no AC.....	128
3.2.3.	Recursos financeiros dos dependentes .....	129
3.2.4.	Estado de saúde da pessoa dependente .....	130
3.2.5.	Tipo e grau de dependência no AC .....	131
3.2.5.1.	Autocuidado tomar banho .....	131
3.2.5.2.	Autocuidado vestir-se e despir-se .....	132
3.2.5.3.	Autocuidado arranjar-se.....	132
3.2.5.4.	Autocuidado alimentar-se .....	133
3.2.5.5.	Autocuidado uso do sanitário.....	134
3.2.5.6.	Autocuidado elevar-se.....	134
3.2.5.7.	Autocuidado virar-se .....	135
3.2.5.8.	Autocuidado transferir-se.....	135
3.2.5.9.	Autocuidado usar cadeira de rodas.....	136
3.2.5.10.	Autocuidado andar .....	136
3.2.5.11.	Autocuidado tomar medicação .....	137
3.2.6.	Variáveis sociodemográficas da PD e a dependência nos domínios de AC .....	143

3.2.6.1.	Diferenças estatísticas entre a idade da PD e a dependência nos domínios de AC	143
3.2.6.2.	Diferenças estatísticas entre o estado civil da PD e a dependência nos domínios de AC .....	143
3.2.6.3.	Diferenças estatísticas entre a profissão da PD e a dependência nos domínios de AC	144
3.2.7.	Variáveis de caracterização da dependência e a dependência nos domínios de AC	145
3.2.7.1.	Diferenças estatísticas entre a situação que originou a dependência (doença crónica) e a dependência nos domínios de AC .....	145
3.2.7.2.	Diferenças estatísticas entre o modo de instalação da dependência e a dependência nos domínios de AC.....	146
3.2.8.	Variáveis de caracterização do estado de saúde da PD e a dependência nos domínios de AC	147
3.2.8.1.	Diferenças estatísticas entre o consumo de medicamentos e a dependência nos domínios de AC.....	147
3.2.8.2.	Diferenças estatísticas entre o número de internamentos e a dependência nos domínios de AC .....	147
3.2.8.3.	Diferenças estatísticas entre o número de recursos ao SU e a dependência nos domínios de AC .....	148
3.2.9.	Variáveis sociodemográficas do PC e a dependência nos domínios de AC.....	149
3.2.9.1.	Diferenças estatísticas entre a profissão do PC e a dependência nos domínios de AC	149
3.2.9.2.	Diferenças estatísticas entre o parentesco do PC e a dependência nos domínios de AC .....	150
3.2.9.3.	Diferenças estatísticas entre a coabitação do PC com a PD e a dependência nos domínios de AC.....	151
3.2.10.	Condição de saúde da pessoa dependente.....	152
3.3.	O membro da família prestador de cuidados .....	155
3.3.1.	Caracterização sociodemográfica dos MFPC.....	155
3.4.	Os cuidados assegurados pelo MFPC à pessoa com dependência .....	160
3.4.1.	Intensidade dos cuidados prestados à pessoa dependente .....	161
3.4.2.	Cuidados de incentivo à autonomia da pessoa dependente .....	163
3.5.	Perceção da Autoeficácia do MFPC relativa ao exercício do papel .....	167
3.5.1.	Face ao AC tomar banho .....	167
3.5.2.	Face ao AC vestir-se e despir-se .....	169
3.5.3.	Face ao AC alimentar-se .....	169
3.5.4.	Face ao AC uso do sanitário.....	170

3.5.5.	Face ao AC virar-se.....	172
3.5.6.	Face ao AC transferir-se.....	173
3.5.7.	Face ao AC andar.....	174
3.5.8.	Face ao AC tomar medicação.....	174
3.5.9.	Face à Perceção da Autoeficácia Global .....	176
3.6.	Equipamentos e recursos que se constituem como suporte para o AC .....	178
3.6.1.	Equipamentos por domínio de AC.....	178
3.6.1.1.	AC tomar banho.....	179
3.6.1.2.	AC vestir-se e despir-se .....	181
3.6.1.3.	AC arranjar-se .....	181
3.6.1.4.	AC alimentar-se .....	182
3.6.1.5.	AC uso do sanitário.....	183
3.6.1.6.	AC elevar-se .....	184
3.6.1.7.	AC virar-se.....	185
3.6.1.8.	AC transferir-se.....	186
3.6.1.9.	AC usar cadeira de rodas .....	187
3.6.1.10.	AC andar .....	188
3.6.1.11.	AC tomar a medicação.....	189
3.6.2.	Recursos complementares.....	190
3.6.3.	Utilização dos recursos por AC.....	191
3.6.4.	Recursos profissionais e serviços .....	193
3.6.5.	Recursos financeiros .....	194
3.6.6.	Análise correlacional: variáveis relacionadas com a taxa de utilização dos recursos	196
3.7.	A transição para o exercício do papel do MFPC .....	201
3.7.1.	Caracterização sociodemográfica dos participantes (MFPC e PD) no Estudo 2 .....	202
3.7.2.	(Domínios), categorias e subcategorias emergentes.....	203
3.7.3.	Das categorias e subcategorias às unidades de registo.....	204
	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>227</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>251</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>277</b>
	ANEXO I- Operacionalização das variáveis	
	ANEXO II- Formulário: Parte I (preliminar)	
	ANEXO III- Formulário: Parte II (PCD)	

ANEXO IV- Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em projeto de investigação

ANEXO V- Guião da entrevista semiestruturada



# Capítulo I

---

## INTRODUÇÃO

*1.1. Problematização*

*1.2. Conceitos centrais e enquadramento da problemática*

*1.3. Justificação do estudo*

*1.4. Finalidade e objetivos do estudo*

*1.5. Visão geral da tese*



## 1. INTRODUÇÃO

Nesta era de globalização são múltiplos e complexos os problemas e desafios que interpelam a Enfermagem, bem como os aspetos da atualidade que ela questiona.

Em Portugal, à semelhança do que se constata na maioria dos países europeus e ditos desenvolvidos, “o serviço de saúde organizou-se em torno do tratamento das doenças” (Silva, 2007), constituindo-se a nível nacional como um conjunto organizacional responsável por gastos colossais do orçamento de estado anual, enfrentando múltiplos reptos.

Hodiernamente, a cultura dos cuidados de saúde em Portugal gravita então para a convergência de múltiplos enfoques, nomeadamente, a acessibilidade aos cuidados, a sustentabilidade do modelo global vigente, a continuidade da prestação dos cuidados e a cooperação intersectorial. Debate-se a matriz ideológica do SNS, discussão essa acompanhada por uma cultura de melhoria contínua do desempenho, assente em níveis de qualidade e ganhos em saúde que se pretendem crescentes e devidamente apoiados por ferramentas que possibilitem essa transformação e gestão.

A massificada impulsão tecnológica/científica, o aumento da esperança média de vida e conseqüente envelhecimento demográfico, o incremento dos doentes crónicos com crescentes níveis de dependência face ao autocuidado, o declínio da taxa de natalidade associado à redução da taxa de mortalidade infantil e as crescentes condições a nível educacional e nutricional das populações empurram, mandatoriamente, os cuidados de saúde de um modo geral e a Enfermagem em particular, num sentido de mudança.

Neste panorama, os Enfermeiros podem e devem surgir cada vez mais creditados, para se constituírem como recursos profissionais irrefutáveis na participação ativa no que concerne à resolução destas questões, sendo gritante a necessidade de prestar cuidados de “Enfermagem com mais Enfermagem” (Silva, 2007). No entanto e para que seja exequível tal preceito, vislumbra-se um único caminho, a aquisição de um *core* de conhecimentos próprio, que só poderá advir do trabalho de refutação (diga-se investigação) dos próprios Enfermeiros. Sendo-nos claro que investigação realizada por Enfermeiros, não é necessariamente igual, a investigação em Enfermagem e que os diferentes profissionais do SNS se confrontam presentemente com alterações sócio/demográficas/epidemiológicas e económicas que condicionam e exigem a redefinição de conhecimentos e estratégias, podemos deduzir que é necessário aprofundar o corpo de conhecimentos da nossa área disciplinar.

Meleis (2010) advoga a imperiosidade de gerar para aplicar conhecimento de Enfermagem em dimensões como: caracterização dos clientes e das suas necessidades em cuidados, as formas de

aumentar o bem-estar dos clientes e os seus recursos cognitivos para lidar com as suas atividades diárias, a forma e os meios de aumentar a capacidade dos clientes para cuidarem de si próprios e dos seus familiares, através da utilização e otimização dos recursos disponíveis e da criação/mobilização de novos recursos.

A Enfermagem sobrevém assim numa aproximação à *praxis*, refletindo sobre ela e neste sentido, orientando a ação e o desenvolvimento de uma sabedoria prática enraizada na sua compreensão teórica, instaurando uma interligação entre *axis* e *praxis*, um verdadeiro círculo hermenêutico, de um saber nunca acabado, sempre procurado. Estas inquietações acordam com a premência desta “Enfermagem Avançada” essencial para a construção de um caminho inquestionavelmente singular, mas necessário e inadiável (Silva, 2007).

Podemos asseverar portanto que, o desenvolvimento e crescimento do *corpus* de conhecimento próprio da Enfermagem exigem uma correlação íntima entre teoria, prática e investigação. Na verdade, nenhuma profissão pode existir sem explicitar as bases teóricas da sua prática, sem comunicar, testar e alargar os seus conhecimentos, o mesmo será dizer que nenhuma profissão pode existir sem recurso à investigação de modo a desocultar, esclarecer, prever e controlar os fenómenos que lhe dizem respeito. Nesta perspetiva, o exercício profissional dos Enfermeiros tem vindo a evoluir de uma lógica inicial essencialmente executiva, para uma lógica progressivamente mais conceptual, ao se afastar do modelo biomédico – com ênfase na gestão de sinais e sintomas da doença – para modelos nos quais haja maior valorização da teoria de Enfermagem – com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições (Silva, 2007).

De facto, a afirmação da Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, passa pela clarificação e pela valorização dos processos de cuidados da exclusiva responsabilidade dos Enfermeiros, “para um certo *back to basics*”, em que a indispensabilidade da máxima competência dos Enfermeiros face ao exercício do seu papel, vem aglutinar-se aos apelos da população para a satisfação das suas reais necessidades em cuidados de saúde (Silva, 2007).

Enfatizar ainda que as sociedades atuais capitalizam a crescente valorização de questões atinentes às fragilidades e vulnerabilidades humanas, ponderando a tecnologia galopante e as possibilidades científicas que lhe estão adstritas, e concomitantemente as responsabilidades éticas inerentes. Urge desenvolver, logo, neste contexto, capacidades de reflexão teórica como fundamentação da ação.

Importa e muito referir que, nesta panóplia de novos cenários em contexto de procura de cuidados de saúde, a dependência no autocuidado constituindo-se como um foco central para a prática de Enfermagem, surge como um fenómeno compressor e preocupante para as políticas de saúde e sociais no mundo moderno, que importa perscrutar.

A integração de uma pessoa dependente no autocuidado no seio do agregado familiar, comporta uma problemática cuja análise, não se esgota no presente. Sendo uma realidade do passado e de sempre, mas cujos contornos e contextos têm sido alvo de profundas metamorfoses, continuando a perdurar no tempo.

Em Portugal, a exiguidade de dados sobre este fenómeno, é objeto de interesse e de curiosidade da comunidade científica que, justifica a necessidade de se efetuar um diagnóstico de situação aferido, vital para o planeamento de modelos de intervenção que possam responder de um modo profícuo às reais necessidades observadas.

Neste sentido trata-se de aferir a metodologia ao objeto de estudo, defendendo que a abordagem da investigação em Enfermagem terá de ser plural e multimodal, quer em termos paradigmáticos quer metodológicos, adequando-se à natureza francamente complexa da pessoa/família, sem excluir nenhuma das suas dimensões.

Porque emerge a possibilidade de nos constituirmos como “uma ajuda mais significativa para as pessoas” (Silva, 2007) e pelo reconhecimento de uma aliciante e possível oportunidade de desenvolvimento disciplinar de Enfermagem, cuja centralidade se prende com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, realizou-se o presente estudo.

### **1.1. *Problematização***

Um tema vale antes de mais, pelo interesse que os leitores atribuem ao respetivo conteúdo. Vale também pelo que representa para aqueles, que ao decidirem escolhê-lo para estudo, o colocam na centralidade das suas prioridades.

Assim, a delimitação do contexto problemático em que se situa a temática desta investigação, constitui um elemento essencial para a compreensão da abordagem adotada ao longo do trabalho investigativo. O marco teórico que a escolta resulta de um conjunto de referências claras e autores que, com grande consistência se têm dedicado à mesma área de interesse a que nos devotamos e, dessa forma, fundam uma base sólida na problematização da temática.

O título do trabalho é também e forçosamente uma porta de entrada para o que se segue, podendo constituir-se como um íman que chama e fornece indicações sérias sobre as circunstâncias e tendências do problema. Exibe uma designação que no começo de um trabalho, de uma obra, ou no caso concreto desta tese, indica o assunto ou a matéria que ali se trata.

O fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar, assume-se hoje, como sendo uma questão com relevância social e profissional, que pese embora se constitua como uma realidade pouco iluminada, apresenta-se como problemática e acesa.

Neste quadro, interessa evoluir para a clarificação dos conceitos centrais desta investigação, mas não sem antes referir que este problema assume atualmente maior agudeza, e para tal e em muito tem contribuído o que transversalmente se poderá encaixilhar como envelhecimento.

### 1.1.1. O envelhecimento: questões teóricas e implicações práticas

O envelhecimento é conseqüência com processos de declínio do número de nascimentos e de aumento da longevidade, sendo versado internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI que, impõe diversos desafios e problemas aos indivíduos em particular e às famílias e sociedade em geral (Cabral et al., 2013; Pocinho, 2014).

Se é sabido que Portugal apresenta transformações demográficas assinaláveis e com relevantes repercussões em termos sociais, económicos e mesmo culturais, já os contextos e contornos destas realidades estão longe de ser particularmente conhecidos. A realidade da dinâmica populacional, com um aumento gradual do peso dos grupos etários mais avançados e uma redução significativa do peso da população jovem, aponta para uma transição demográfica sem precedentes na história. A magnitude do impacto do envelhecimento português encabeça uma tendência pesada com fortes implicações estruturantes, que requer e deve incluir os *apports* dos diferentes *stakeholders*, refletindo seriamente o reconhecimento deste desafio real (e daí a oportunidade), em que vemos incluída esta investigação.

Segundo o Relatório de Primavera 2015,

há uma expectável correlação positiva entre a idade e o grau de dependência no autocuidado. Assim, fazer face à crescente necessidade em cuidados de saúde associados à dependência no autocuidado constitui-se, no presente, como um dos desafios mais significativos à inteligência coletiva dos Portugueses. Em paralelo, dever-se-á ter em conta, que as diferentes respostas que vierem a ser desenvolvidas não poderão deixar de ter como fio condutor - a centralidade do cidadão no sistema e a respetiva acessibilidade às mesmas (OPSS, 2015, p. 86).

De acordo com os indicadores de envelhecimento exibidos no quadro 1, podemos de facto constatar uma tendência crescente, do problema em apreço.

### Quadro 1. Indicadores de Envelhecimento

ANOS	1990	2000	2010	2012	2014	2016	2017	2018
ÍNDICES								
Índice de envelhecimento (A)	65,7	98,8	121,6	129,4	138,6	148,7	153,2	157,4
Índice de dependência total (A)	51,1	48,3	50,8	51,7	52,8	53,8	54,4	54,9
Índice de dependência idosos (A)	20,3	24,0	27,9	29,1	30,7	32,1	32,9	33,6
Índice de longevidade(B)	39,4	41,4	47,6	48,7	49,0	48,8	48,6	48,4
Índice de sustentabilidade potencial (C)	4,9	4,2	3,6	3,4	3,3	3,1	3,0	3,0

Fontes: INE/ PORDATA (2019) - Estimativas Anuais da População Residente  
(atualizações por Fundação Francisco Manuel dos Santos)  
(A) Rácio - % (B) Proporção - % (C) Rácio

Estes números franqueiam incontornavelmente a dimensão real do envelhecimento no nosso país, justificando por isso as nossas preocupações.

Segundo Faria e colaboradores:

O futuro vai impor algo de completamente diferente do que temos vivido até agora. Dado o prolongamento do tempo de vida, não será razoável admitir que essa mesma vida continue a dividir-se nas mesmas três etapas de agora, ignorando que a larga maioria das pessoas que hoje nascem irão seguramente ultrapassar os 80 anos de idade (2020, p.21).

#### *Processo de envelhecimento*

O ser humano envelhece, eis uma realidade indubitável. Sabemos, porém, que as pessoas não envelhecem todas da mesma forma. A par dos fatores genéticos basilares neste processo, há que avivar que não é igual envelhecer no feminino ou no masculino, no meio rural ou no meio urbano, sozinho ou no seio da família, solteiro ou casado, divorciado ou viúvo. Importa apreciar esse decurso com filhos ou sem filhos, na intelectualidade das profissões mais culturais ou por seu turno nos misteres mais braçais, no país de origem ou no estrangeiro e ativo ou inativo (Ministério da Saúde, 1998).

A etapa da vida caracterizada como velhice, com as suas peculiaridades inseparáveis, só pode ser apreendida a partir da relação profunda que se erige entre os diferentes aspetos biológicos, cronológicos, demográficos, históricos, políticos, económicos, geográficos, mercadológicos, psicológicos e socioculturais.

O envelhecimento é efetivamente uma realidade do agora e de sempre. Tratando-se de um processo extraordinariamente complexo, irreversível e multifatorial, assume-se como um fenómeno de desmedida variabilidade, cuja análise circunscrita ao uso do tempo (como principal item para medição), camufla um amplo conjunto de variáveis.

Constitui-se desde logo como um processo único, exclusivo e emaranhado, onde se alistam, concomitantemente, dados objetivos intimamente relacionados com a hipofuncionalidade somática e subjetivos no que concerne à representação que a pessoa faz do seu próprio processo de envelhecer.

Importa também ponderar que o envelhecimento é um processo inexorável e indeclinável, que se encontra cinzelado na matriz da vida. Podendo ser apreendido como um processamento que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência humana, as suas etapas assentam em transformações estruturais e funcionais, assaz significativas e evidenciáveis, sendo que as suas causas e a sua natureza estão ainda longe de se considerarem desvendadas.

Tendo um início relativamente precoce no final da segunda década de vida, perdurando por longo tempo pouco perceptível, até que surgem no final da terceira década as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais. Admite-se como regra geral, que ocorre a cada ano a partir dos trinta anos de idade, perda de 1% da função (Martins, 2011). O ritmo de declínio dos sistemas orgânicos é variável, mas sem a interferência dos fatores ambientais, há alterações que se dão mais cedo e se tornam mais manifestas quando o organismo é agredido por exemplo pela doença. Tal facto justifica e legitima a impressão de que o envelhecimento é subjetivo produzindo efeitos dissemelhantes, de pessoa para pessoa.

Inevitavelmente existem entidades patológicas que se tornam mais prevalentes nos idosos, devendo ser ressaltado que a presença de múltiplas afeções associadas na mesma pessoa amplia a probabilidade de incapacidade para um ou mais domínios do autocuidado.

Sabe-se hoje que a idades mais avançadas está intimamente associado um acréscimo da morbidade/mortalidade por enfermidades complexas e mais onerosas, sendo que os problemas de saúde considerados "típicos da terceira idade", foram denominados por Bernard Isaacs (1992) como os "gigantes da geriatria" e encontram-se plasmados no quadro 2.

**Quadro 2.** Gigantes da geriatria de Bernard Isaacs

<b>Sistema Nervoso Central</b>	Demências Doenças neurológicas Padrões de sono <i>Delírium</i> Depressões
<b>Aparelho Locomotor</b>	Limitações físicas incapacitantes Artropatias Imobilidade Instabilidade postural / quedas Reumatismos
<b>Sistema Cardiovascular</b>	Arteriosclerose Hipertensão Cardiopatias
<b>Sistema Respiratório</b>	Afeções pulmonares
<b>Sistema Urinário</b>	Incontinência Perturbações renais

Segundo a DGS (2005) na faixa etária dos idosos, as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas e as neoplasias, constituem-se nos grupos de patologias que, para além de representarem as principais causas de morte em Portugal, originam, frequentemente, uma perda de autonomia, originando situações de dependência. Refere ainda que, a velhice não é necessariamente sinónimo de doença ou dependência, mas é nesta faixa etária que se verifica um aumento mais marcado no que se reporta às doenças crónico-degenerativas.

A OMS (2015) estima que cerca de 15% da população mundial vive com algum tipo de incapacidade e que entre 2% e 4% das pessoas com 15 ou mais anos têm dificuldades funcionais, verificando-se um aumento das taxas de deficiência e de problemas de saúde crónicos, em parte devido ao envelhecimento da população.

Assim sendo, a tendência atual reflete-se num número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais tempo, patenteiam também uma maior tendência para o aparecimento de doenças crónicas, e por conseguinte maior nível de dependência no autocuidado.

#### *Envelhecimento demográfico*

As alterações na composição etária da população residente em Portugal e para o conjunto de países que constituem a União Europeia são reveladoras de um perfil demográfico mais envelhecido. Portugal apresenta no conjunto dos 28 estados membros: o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento, o 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa e o 3º maior aumento da idade mediana (OCDE, 2019).

As projeções feitas pelo Instituto Nacional de Estatística (2017) revelam que a população de Portugal poderá passar de 10,3 milhões de habitantes em 2017 para 7,5 milhões em 2080. O ano de 2031 será marcante, com a população a descer abaixo do número simbólico dos 10 milhões de habitantes, que todos retemos na memória desde tenra idade, na escola. O número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões entre 2017 e 2080. O número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões; mesmo admitindo aumentos no índice sintético de fecundidade, resulta, ainda assim, uma diminuição da taxa de natalidade motivada pela redução de mulheres em idade fértil, como reflexo de baixos níveis de fecundidade registados em anos anteriores. Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento (relação entre a população com 65 ou mais anos e a que se situa entre os 0 e os 14 anos) mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens, em 2080.

O índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar perto de 2060, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações – isto é, cerca de 2,1 filhos por mulher – já se encontrarem no grupo etário dos 65 anos ou mais.

Segundo a OCDE (2019), a esperança de vida em Portugal tem aumentado continuamente desde 2000, chegando aos 81,6 anos em 2017, o que está ligeiramente acima da média europeia. Porém, as disparidades por sexo e por estatuto socioeconómico prevalecem, com uma diferença de cerca de seis anos entre os homens e as mulheres e entre os indivíduos com um nível de escolaridade mais alto e mais baixo.

O INE fez também projeções para as sete regiões NUTS II do país: Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira, tendo concluído que estas tendências são em geral transversais a todas as regiões NUTS II (INE, 2017).

Entretanto, a população em idade ativa diminuirá de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas e o índice de sustentabilidade (quociente entre o número de pessoas com idades entre 15 e 64 anos e o número de pessoas com 65 e mais anos) poderá adelgaçar de forma acentuada, face ao decréscimo da população em idade ativa, a par do acréscimo da população idosa. Este índice passará de 315 para 137 pessoas em idade ativa, por cada 100 idosos, entre 2015 e 2080 (INE, 2017).

A OCDE (2019) também refere que em 2017, os portugueses com 65 anos de idade esperavam viver mais 20 anos, tal como na UE no seu conjunto. Porém, cerca de 13 desses 20 anos seriam provavelmente vividos com alguma forma de incapacidade. A disparidade na esperança de vida aos 65 anos entre homens e mulheres aponta para os homens terem mais anos de vida saudável porque as mulheres tendem a viver uma maior parte da sua vida, após os 65 anos com problemas de saúde. Cerca de metade das pessoas com 65 ou mais anos em Portugal (53 %) comunicam sofrer de pelo menos uma doença crónica e muitas comunicam duas ou mais afeções crónicas – uma situação semelhante à média da UE. Cerca de 17 % da população com mais de 65 anos comunica algumas limitações nas atividades básicas da vida diária, tais como vestir-se e tomar duche, o que, mais uma vez, é semelhante aos níveis da UE (OCDE, 2019).

O grupo dos chamados “muito idosos” é um dos segmentos da população com um incremento mais célere no mundo ocidental e Portugal não foge à regra. Em 2016 havia cerca de 630 mil octogenários e nonagenários no país e os centenários eram já mais de quatro mil, segundo dados do INE. Os mais idosos em Portugal são maioritariamente mulheres (quase dois terços), a maior parte dos octogenários e nonagenários eram então analfabetos (46,1%) ou tinham frequentado a escola durante apenas quatro anos (41,9%), e quase um terço vivia sozinho (Censos 2011).

No subgrupo dos centenários que está a medrar a um ritmo ainda mais expressivo e enérgico, mais do que duplicou em cinco anos. A sua grande maioria vive com a família, apesar de já ser denunciativa a percentagem dos que residem em lares e se encontram institucionalizados. Os que apresentam um bom funcionamento cognitivo são a minoria, ainda que uma parte considerável faça uma avaliação positiva do seu estado.

Soprar cem velas vai ser cada vez mais comum. Se, em 2016, segundo os dados do INE, havia em Portugal, 4287 pessoas com 100 ou mais anos, até 2080, de acordo com as projeções, este número deverá amplificar cinco vezes (perto de 22 mil).

Nessa altura, indicam as projeções em apreço, que a esperança de vida dos portugueses terá crescido dez anos: em média, os homens chegarão aos 87 anos e as mulheres, aos 92.

### *O impacte*

Segundo, Faria e colaboradores:

O envelhecimento da população não é “um problema”, pelo contrário, constitui um feliz ponto de chegada do desenvolvimento humano. Viver mais tempo é fruto de conquistas diversas sob o ponto de vista médico, tecnológico e social, acarretando novos desafios para as comunidades. (...) A criação e manutenção de contextos favoráveis e facilitadores do envelhecimento é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas e para que elas possam continuar a ser, pelo maior tempo possível, autónomas e socialmente relevantes (2020, p.19).

De acordo com um estudo demográfico acerca da Europa desenvolvido pelo Instituto de Berlim para a População e o Desenvolvimento, menciona que “todos os países europeus estão a envelhecer, mas nem todos estão a encolher.” No entanto, “os países que sofrem de emigração e onde poucos filhos nascem, vão encolher de forma radical” (United Nations, 2015).

De facto, é nesta última realidade que se emoldura Portugal, um país que “Na União Europeia do futuro, (...) é o segundo país mais envelhecido” (United Nations, 2015).

A dinâmica populacional faz assim conjeturar uma sociedade vindoura cada vez mais envelhecida, pelo efeito cumulativo da emigração para outros países, da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade, observando-se um estreitamento relativo da base da pirâmide de idades (menor peso de efetivos populacionais jovens) e um alargamento do topo (aumento relativo de efetivos populacionais idosos).

Uma realidade que retrata uma melhoria geral das condições de vida, um acesso aos avanços biomédicos e tecnológicos com terapêuticas e medicamentos mais inovadores e eficazes, constituindo um indicador de desenvolvimento social e científico (Cabral et al., 2013; Pocinho, 2014).

No entanto as rápidas mudanças observadas na sociedade causaram incerteza sobre, se o envelhecimento da população representa assim, uma crise ou uma oportunidade (CCE, 2006). O paradoxo deste processo encontra-se relacionado com o aumento da longevidade, fator

socialmente assumido como positivo, conjugado com a diminuição da fecundidade, que em conjunto geram uma série de consequências complexas e gravosas para a sociedade portuguesa (Cabral et al., 2013, Ministério da saúde, 2018).

Ora, do crescente número efetivo de pessoas com idades mais avançadas e, previsivelmente mais dependentes porque acometidas de um maior número de patologias, emergem novas e inquestionáveis necessidades em cuidados em saúde (figura 2).

Na mesma perspetiva, Campos (2008), refere que cuidar de alguém que, repentina ou progressivamente, fica dependente, estando incapaz de realizar as atividades do dia-a-dia que sempre desempenhou, envolve um grande desafio pessoal e familiar.

O cuidado familiar representa um gigantesco desafio, levando a um sério comprometimento da qualidade de vida do cuidador, podendo produzir alterações profundas ao nível da saúde, da vida social, das relações com outros membros da família, do lazer, da disponibilidade económica, da rotina doméstica, da intimidade e do desempenho profissional.

Os cuidadores vêm-se confrontados com carências que muitas vezes se circunscrevem à falta de informação, inexistência de supervisão, bem como o próprio esgotamento dos recursos físicos e psicossociais.

O envelhecimento da população deve assim ser visto como uma oportunidade, tornando-se primordial a criação de políticas públicas de proteção social adequadas e o redimensionamento da saúde e do apoio, que promovam um envelhecimento bem-sucedido, incentivem a coesão e interação familiar e defendam o idoso de negligência, de más práticas e de violência (Sequeira, 2010; Pocinho, 2014; Ministério da Saúde, 2018).

Presentemente, espera-se que as pessoas, não só morram o mais tardiamente possível, mas também que experimentem uma velhice útil e participativa.

Contudo, os problemas de saúde dos “mais velhos”, além de serem de longa duração, reclamam pessoal qualificado, equipas multidisciplinares abalizadas e articuladas, equipamentos apropriados e exames complementares mais depurados.

Os clássicos modelos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, não podem ser mecanicamente transportados para estas pessoas sem que expressivas e importantes adaptações sejam executadas.

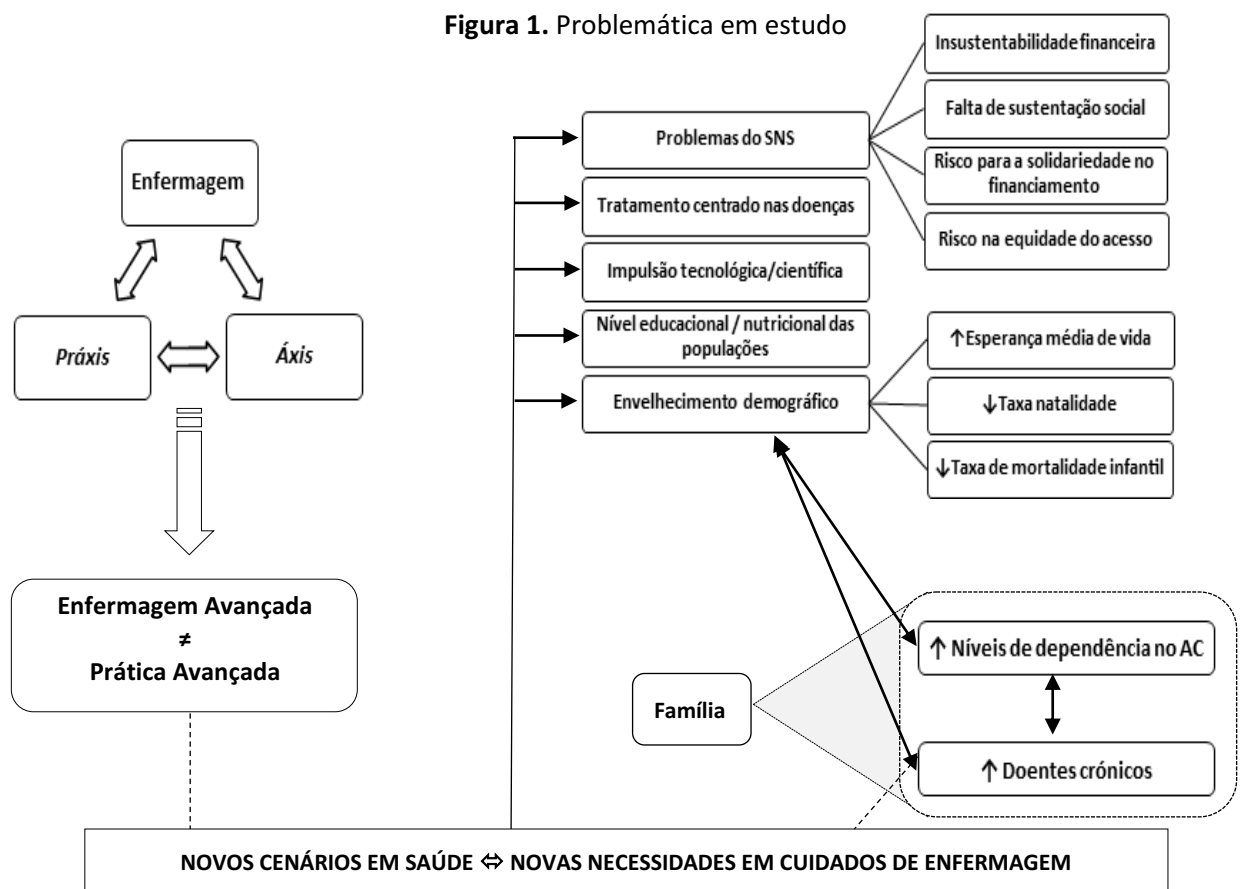
Na realidade o nascimento e a morte representam a maioria dos custos em saúde no ciclo de vida de um indivíduo. Os dois últimos anos antes da morte consomem cerca de um quarto do custo total, não importa se isso acontece aos 8 anos ou aos 88. Embora haja uma relação entre os custos de saúde e idade, os custos sobem mais após os 65, principalmente porque morrem mais pessoas nessa faixa etária (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo Petronilho,

se é verdade que a melhoria das condições socioeconómicas da população e o avanço da tecnologia na saúde levaram, inevitavelmente, a um aumento significativo da esperança média de vida e da própria qualidade de vida dos cidadãos nas últimas décadas, não menos relevante é o facto destes ganhos arrastarem em si consequências que, eventualmente, num primeiro momento não terão sido devidamente equacionadas (2007, p.12).

De acordo com a Circular Normativa, de 8 de junho de 2004, a DGS no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Pessoas em situação de Dependência, refere que viver com saúde, autonomia e independência para as atividades de vida, o maior número de anos possível, apresenta-se como um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento dos países.

Por forma a evidenciar e patentear alguns dos contornos mais marcantes e substantivos da problemática em estudo, somos a apresentá-los na figura 1.



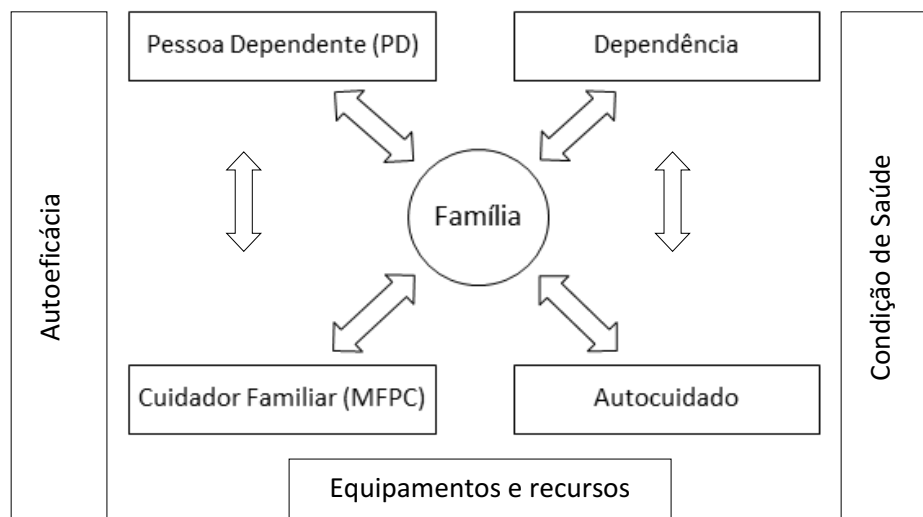
Neste panorama, e perante estes novos cenários em saúde e por conseguinte novas necessidades em cuidados de Enfermagem, interessa evoluir para a clarificação dos conceitos centrais desta investigação.

## 1.2. **Conceitos centrais e enquadramento da problemática**

Todas as disciplinas do conhecimento têm um domínio ou território teórico nuclear que se caracteriza por uma grande solidez e firmeza em torno dos seus conceitos centrais, e por um fecundo dinamismo claramente exposto no que concerne às questões e formas como elas são trabalhadas. O domínio “é a perspetiva e o território da disciplina. Inclui o objeto de interesse, os valores e crenças consensuais, os conceitos centrais, os fenómenos de interesse, os principais problemas, e os métodos utilizados no fornecimento de respostas da disciplina” (Meleis, 2005, p. 11).

Entendemos ser importante para a problematização da prestação de cuidados a uma pessoa dependente no seio da família, fazermos uma abordagem e revermos o seguinte conjunto conceptual (figura 2), pois a sua centralidade para o domínio, determina a sua inclusão.

**Figura 2.** Conceitos centrais do estudo



### 1.2.1. Família

A transformação das estruturas familiares é um dos fatores consideráveis no que respeita à mudança nas sociedades contemporâneas, colocando novos desafios em termos de necessidades

sociais e em termos da organização das respostas públicas e privadas, visando a promoção do bem-estar individual e coletivo, no contexto do fenómeno do envelhecimento.

A família é a instituição social mais antiga, a primeira onde o indivíduo se integra e desenvolve (Petronilho, 2007). É considerada a unidade fundamental da sociedade, sofrendo contudo ao longo dos tempos metamorfoses muito significativas na sua estrutura e na sua composição, como consequência das transformações sócio/ demográficas, económicas e políticas. Sendo uma entidade análoga a um organismo vivo, e a um sistema com sinergias variáveis caracteriza-se por uma diversidade de formas de convivência, privilegia a coesão e a solidariedade, e é transmissora de conhecimento e de valores, tendo, portanto, um papel socializador e educativo.

Em geral, a família desempenha um papel essencial na provisão dum vasto conjunto de serviços para fazer face às necessidades dos seus membros, acomodando os efeitos da incerteza em domínios importantes da vida, como é o caso do cuidado às pessoas em situação de dependência. Múltiplas mutações em diferentes contextos têm vindo a determinar profundas alterações na família, sendo difícil pensar a família e os movimentos estruturais que a transpõem, sem entender novas formas de organização/dinâmicas familiares.

Família, para o ICN (2019), é um “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

O conceito de família utilizado neste trabalho de investigação é o conceito de Família Clássica (FC) segundo o Instituto Nacional de Estatística. Para este organismo, FC é definida como,

um conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como FC qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento INE (2002: XXIV).

### 1.2.2. Dependência

O conceito de dependência em Enfermagem é um juízo frequentemente agremiado ao foco do Autocuidado. Este representa um constructo central das teorias filiadas na Escola das Necessidades remetendo-nos, portanto, para o fenómeno de “estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio” (ICN, 2006, p. 107), para efeitos de realização das atividades do AC (Meleis, 2007), constituindo-se um dos conceitos que permite qualificar ou caracterizar as áreas de atenção dos Enfermeiros.

De acordo com o Decreto-Lei Nº 101/2006, dependência refere 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 (DL. n.º 101, de 6 de junho de 2006).

Deste modo, importa salientar que, a dependência no autocuidado é um diagnóstico de Enfermagem com grande dimensão e relevância na prática dos Enfermeiros (Pereira, 2004; Pereira, 2007; Silva, 2011).

Pereira (2008) refere que o conceito de dependência é complexo, envolvendo a presença de três noções fundamentais: multidimensionalidade, multicausalidade e multifuncionalidade. A ideia da multidimensionalidade significa que a dependência pode estender-se a múltiplas dimensões: mental, física, económica (assim como a combinação entre as mesmas), podendo afirmar-se que a dependência não é um fenómeno que exiba uma única configuração. A ideia da multicausalidade implica que vários fatores influenciam o surgimento, progressão e manutenção da dependência, nomeadamente fatores físicos, psicológicos e contextuais.

De acordo com Imaginário (2004, p.33), “o nível de sensibilidade perante este novo fenómeno, no que concerne a toda a sociedade, em particular por parte dos políticos, dos profissionais de saúde, da segurança social e da família será um fator fulcral na resposta a este desafio”.

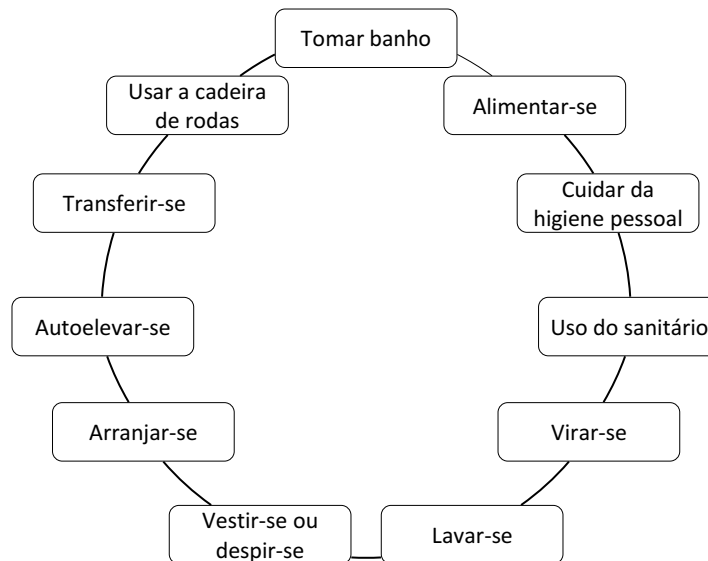
### 1.2.3. Autocuidado

O conceito Autocuidado é reiteradamente referido na teoria, na investigação e prática clínica de Enfermagem, assumindo peculiar importância no corpo de conhecimentos da nossa disciplina, como aliás já foi veiculado. Incessantemente considerado um conceito central para a Enfermagem, é assumido como um processo dinâmico, desenvolvido ao longo da vida, que se consolida quando a pessoa se compromete consigo mesma, em assumir a responsabilidade de cuidar de si, em tomar decisões, bem como, em empenhar-se efetivamente no seu próprio caminho em direção ao desenvolvimento integrado e bem-estar. Aglomera a prática das atividades da vida diária e das ações que os indivíduos executam por si próprios, de forma voluntária e intencional, para promover, manter ou restaurar a saúde. De acordo com este último propósito, implica ainda a adoção de comportamentos de saúde e de autogestão, apreciando a parceria com profissionais de saúde, um fator facilitador deste processo.

Segundo o ICN (2019), o AC consiste em “(...) tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”.

Acrescente-se ainda o facto de que no autocuidado estão incluídas as atividades: tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto elevar, usar o sanitário, transferir-se, virar-se, lavar-se e usar a cadeira de rodas, plasmadas na figura 3.

**Figura 3.** Atividades incluídas no autocuidado



Na CIPE®, referente à área de atenção do autocuidado, realçam-se, pelo interesse que tiveram na nossa investigação, os seguintes focos:

- Autocuidado: Higiene é:

um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene (ICN, 2011, p.55).

- Autocuidado: Banho é:

um tipo de Autocuidado Higiene com as características específicas: enxaguar o próprio corpo, total ou parcialmente, por exemplo entrando e saindo da banheira,

juntando todos os objetos necessários ao banho, obtendo água ou abrindo as torneiras, lavando e secando o corpo (ICN, 2011, p.55).

- Autocuidado: Arranjar-se é:

um tipo de Autocuidado Higiene com as características específicas: tomar cuidado com a apresentação, manter o cabelo, barba e bigode bem cuidados, lavados, penteados, lisos ou frisados; limpar, cortar e limar as unhas; aplicar desodorizante, cosméticos e pinturas; manter a roupa limpa, sem cheiro e arrumada; verificar a aparência no espelho (ICN, 2011, p.55).

- Autocuidado: Vestir-se é:

um tipo de Autocuidado com as características específicas: escolher e ir buscar a roupa, vestir, abotoar e apertar os fechos na parte superior e inferior do corpo, usar os fechos, peúgas, meias e calçado como por exemplo: sapatos e botas (ICN, 2011, p.55; ICN, 2019).

- Autocuidado: Despir-se é:

um tipo de Autocuidado com as características específicas: retirar as roupas desabotoando-as, desapertando-as e abrindo os fechos da roupa, tanto da parte superior do corpo como da inferior, tirar as meias, peúgas, calçado; dobrar, pendurar e arrumar as roupas, por exemplo numa gaveta ou armário (ICN, 2011, p.55; ICN, 2019).

- Autocuidado: Comer é:

um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar a comida à boca, metê-la na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito (ICN, 2011, p.56).

- Autocuidado: Beber é:

um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão de bebidas durante as refeições e regularmente ao longo do dia ou quando se tem sede, beber por uma chávena ou copo ou deitar os líquidos na boca utilizando os lábios, músculos e língua, beber até saciar a sede (ICN, 2011, p.56; ICN, 2019).

- Autocuidado: Ir ao Sanitário é:

um tipo de Autocuidado com as características específicas: levar a cabo as atividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar ou evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infeção (ICN, 2011, p.56).

- Autocuidado: Transferir-se é um tipo de Autocuidado com as características específicas: mover o corpo, deslocando-o entre a cama e a cadeira” (ICN, 2011, p.56).

- Autocuidado: Virar-se “é um tipo de Autocuidado com as características específicas: mover e mudar o corpo de um lado para outro e de frente para trás” (ICN, 2006, p.47; 2019).

- Autocuidado: Usar a Cadeira de Rodas é:

um tipo de Autocuidado com as características específicas: movimentar o corpo de um lado para outro em cadeira de rodas, transferir-se de e para a cadeira com segurança, manobrar em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos, com velocidade lenta, moderada ou rápida (ICN, 2006, p.47; ICN 2019).

Mas definir o conceito de autocuidado é muito mais do que um mero exercício lexical, semântico ou mesmo filosófico. Releva sobretudo ponderar e levar em linha de conta o impacto da definição, na pluralidade dos contextos de saúde, sendo certo que esta definição poderá estar amplamente afastada daquela que serve os interesses políticos e económicos.

Em 2009, a OMS propõe uma definição para este conceito, na qual se passa a integrar explicitamente a ajuda dos profissionais de saúde, para além de todas as atividades baseadas nos conhecimentos e habilidades de cada indivíduo para gerir a sua condição de saúde (Webber *et al*,

2013). Esta inclusão traduz um subsídio que capitula valor na definição do conceito, enfatizando o autocuidado como parte dos cuidados de saúde.

Segundo o Relatório de Primavera 2015, será importante também considerar que a evolução do processo de dependência na realização do autocuidado não atende a um padrão ímpar e singular.

“Esta evolução, se não for, ou não puder ser, oportunamente revertida, será progressiva, afetando um número crescente de domínios do autocuidado, e culminará numa condição - comumente designada de “acamado” - em que a pessoa que não consegue, por si só, levantar-se da cama e/ou transferir-se entre a cama e uma cadeira, ou mesmo posicionar-se na cama. Nesta condição, a pessoa estará dependente na realização de todas as demais atividades de vida referidas” (OPSS, 2015, p.85).

#### 1.2.4. Condição de saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1946, após a II Guerra Mundial, o conceito de saúde mais amplamente difundido (encontrado no preâmbulo da sua constituição), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”.

Um direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconómica, a saúde é assim anunciada como um valor coletivo, um bem de todos.

Havia uma preocupação nessa altura em traçar uma definição positiva de saúde, que incluiria fatores como alimentação, atividade física, acesso ao sistema de saúde, entre outros. O "bem-estar social" da definição proveio de uma preocupação com a devastação causada pela guerra, assim como de um otimismo em relação à paz mundial.

De enfatizar que a OMS foi ainda a primeira organização internacional de saúde a considerar-se responsável pela saúde mental, e não apenas pela saúde do corpo.

A definição adotada tem sido alvo de inúmeras críticas desde então. Definir a saúde como um estado de completo bem-estar, para alguns autores, faz com que a saúde seja algo inatingível. Por outro lado, a definição utópica de saúde é útil como um horizonte para os serviços de saúde, por estimular a priorização das ações.

A segunda definição mais citada também é da OMS, mais especificamente do Escritório Regional Europeu: a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e

satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde logo é vista como um recurso para a vida diária e não o objetivo dela; abraçar os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.

Também de acordo com a OMS, os principais determinantes da saúde incluem o ambiente social e económico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais da pessoa. Em geral, o contexto em que um indivíduo vive é de desmedida importância na sua qualidade de vida e no seu estado de saúde. O ambiente social e económico são fatores substanciais na determinação do estado de saúde dos indivíduos dado o facto de que altos níveis educacionais estão relacionados com um alto padrão de vida.

O ambiente físico é talvez o fator mais valorizado que deve ser ponderado na classificação do estado de saúde de um indivíduo. Isso inclui fatores como água e ar limpos, casas, comunidades, estradas seguras, entre outros.

A percepção de saúde varia muito entre as distintas culturas bem como quanto às crenças sobre o que traz ou retira a saúde.

O relatório Lalonde (de Marc Lalonde, Titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá) veio sugerir que existem quatro determinantes gerais de saúde, incluindo biologia humana, ambiente, estilos de vida e assistência médica. Deste modo, a saúde é mantida e melhorada, não só através da promoção e aplicação da ciência da saúde, mas também através dos esforços e opções de vida inteligentes do indivíduo e da sociedade.

Numa publicação de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reforça o conceito da saúde mais amplamente conhecido, apontando quatro condições mínimas para que um Estado assegure o direito à saúde ao seu povo: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país.

A promoção e proteção da saúde são capitais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento económico e social defensável. Estas premissas foram ratificadas há mais de 30 anos pelos signatários da Declaração de Alma-Ata, que assinalaram que a saúde para todos contribuiria tanto para melhor qualidade de vida como similarmente para a paz e segurança globais. Não constitui surpresa que as pessoas na maioria dos países classifiquem a saúde como uma das suas maiores prioridades, ultrapassada apenas pelas preocupações económicas, tais como desemprego, baixos salários ou alto custo de vida. Daqui resulta claro que a saúde se transforma frequentemente num tema político à medida que os governos tentam responder às expectativas da população.

No que concerne ao presente estudo, a avaliação da condição de saúde está estritamente atada à qualidade dos cuidados que foram assegurados pelo membro da família prestador de cuidados.

Centra-se em algumas manifestações suscetíveis de serem avaliadas de um modo autónomo pelos investigadores (Enfermeiras).

A evidência reporta para a dependência nos diferentes domínios de autocuidado, uma panóplia de problemas ou áreas de atenção dos Enfermeiros, pelo que a condição de saúde pode também ver-se enquadrada neste leque de dificuldades.

Assim a avaliação a ser realizada contempla alterações designadamente em várias áreas, como sendo o estado nutricional e de hidratação, a integridade cutânea, as amplitudes articulares, a eliminação, a respiração, a higiene e asseio, o vestuário, as quedas e o estado mental.

Sabendo que algumas das condições elencadas não se encontram incorporadas em nenhuma dimensão fisiológica, não deixam de ser preponderantes na apreciação que as pessoas imputam ao autocuidado.

#### *1.2.5. Cuidador familiar*

Na literatura, é frequente encontrar referências ao conceito de cuidador, querendo significar a pessoa que, com ou sem grau de parentesco com o dependente, apossa-se da prestação de cuidados. Cuidador é, portanto, qualquer pessoa que toma conta, apoia e assiste alguém que esteja doente, idoso ou incapacitado. Cada vez mais, por força das novas políticas da saúde, com ênfase na precocidade das altas hospitalares, começamos a assistir a um incremento significativo do número de casos de famílias com dependentes em casa (Petronilho, 2007). É neste quadro que emerge o conceito de Membro da Família Prestador de Cuidados (MFPC), como um dos conceitos centrais deste estudo. Segundo o ICN (2011, p.172), MFPC é uma pessoa “responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família”.

Quanto ao papel de prestador de cuidados (PC) pode definir-se como interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família (ICN, 2019).

Neste alinhamento, para Petronilho (2008, p.30) a transição para o papel varia de acordo com algumas características da família e principalmente do PC, tal como a perceção que tem de cuidar, a identificação com o novo papel e a aceitação do mesmo: “(...) quanto mais a pessoa se identificar e assumir o seu novo estatuto de cuidar de alguém, tanto maior será a disponibilidade com que irá desempenhar esse papel, contribuindo para o seu bem-estar.” O desgaste do cuidador afeta o próprio, a pessoa dependente, mas também todos os outros elementos que

constituem o núcleo familiar e está muitas vezes estritamente associado ao nível de dependência física. Não é um processo estático e inerte, diversificando-se no tempo e com a prestação de cuidados.

#### 1.2.6. Equipamentos e Recursos

Neste estudo os equipamentos e recursos reportam-se a todo um conjunto de meios e aos dispositivos (ICN, 2019), que a pessoa dependente ou o cuidador familiar utilizam para colmatar um conjunto de limitações. Por seu turno, o conceito de suporte endereça-se para os serviços e os meios de assistência ou de apoio que são recrutados em benefício de ambos, nas atividades de tomar conta (Stoltz, et al., 2004).

Segundo Petronilho (2010) o padrão de recursos disponíveis constitui-se como um fator decisivo para que a transição para o exercício do papel de cuidador familiar se operacionalize de forma saudável. O mesmo autor alude ao facto de que a verificação da existência de suporte e de recursos disponíveis na comunidade podem auxiliar para a prevenção de situações difíceis, ou seja, situações de crise.

Meleis (2005) acrescenta ainda que a valorização do cuidado é manifestamente demonstrada nos recursos disponíveis para os prestadores de cuidados formais e informais.

Por este conjunto de razões, fará, portanto, todo o sentido equacionar abordagens orientadas para a capacitação das pessoas dependentes e cuidadores, designadamente no concernente à promoção de conhecimento, do acesso e da utilização, dos recursos e equipamentos com perspectiva de melhorarem a respetiva condição de saúde e por sua vez a promoção da autonomia.

Nesta ordem de ideias, será relevante acrescentar ainda que, a prestação de cuidados de saúde em Portugal caracteriza-se pela coexistência de três sistemas: Serviço Nacional de Saúde (SNS), subsistemas públicos e privados específicos para determinadas categorias profissionais e seguros voluntários privados (Simões et al., 2017).

O SNS é o principal sistema de apoio à saúde e foi criado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, como instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. O SNS integra todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social (Ministério da Saúde, 2018).

De enfatizar também que a última década foi marcada por um conjunto de reformas, com particular incidência nas urgências hospitalares, nos cuidados de saúde primários (CSP) e nos cuidados continuados integrados (CCI).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, constitui-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento progressivo de um conjunto de serviços adequados, nos âmbitos da Saúde e da Segurança Social, que respondessem à crescente necessidade de cuidados. Representa um processo reformador resultante das sinergias de dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde e o Sistema de Segurança Social. Esta Rede pretende promover um modelo de prestação de cuidados moldado às necessidades do cidadão e centrados no utente, onde este possa aceder aos cuidados indispensáveis, no tempo e locais certos e pelo prestador mais ajustado. Através desta visão paradigmática, a RNCCI espicaça a revisão do papel do hospital e fortifica o papel dos CSP como charneira do SNS, patrocinando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país.

A RNCCI dirige-se, assim, a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que careçam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias.

Nesta altura seria relevante enquadrar a resposta da RNCCI, caracterizando as várias tipologias disponíveis a nível nacional em: Unidades de Internamento, Equipas Domiciliárias, Equipas Hospitalares e Unidades de Ambulatório.

#### Unidades de Internamento:

- As Unidades de Convalescença (UC): têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, sendo referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com grande potencial de reabilitação, com previsibilidade de internamento, até 30 dias consecutivos.
- As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR): visam responder a necessidades transitórias, impulsionando a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação crónica, cuja previsibilidade de internamento se situe entre os 30 dias e 90 dias.
- As Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDMD): têm por finalidade disponibilizar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o *status* do estado de saúde, num período de internamento previsto no seu cômputo geral superior a 90 dias. Propõem-se responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam ser cuidados no domicílio.

- As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP): visam os doentes com patologias complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

#### Equipas Domiciliárias:

- As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), (n.º 4 do art. 11º do Decreto-Lei número 28/2008 de 22 de fevereiro), direcionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. O seu desenvolvimento, para além dos Cuidados de Saúde Primários, contempla também a intervenção da Rede Social, no apoio social domiciliário.

#### Equipas Hospitalares:

- As Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EHCP): que como o nome indica estão sedeadas nos hospitais de agudos, têm como intuito a assessoria técnica diferenciada nesta área, transversalmente nos diferentes serviços do hospital. Arrogam-se como recurso hospitalar uma vez que integram elementos dos diferentes grupos profissionais, com formação em cuidados paliativos.
- As Equipas de Gestão de Altas (EGA): são equipas hospitalares multidisciplinares, cuja atividade se resume à preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que reclamam suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório.

#### Unidades de Ambulatório:

- As Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia (UDPA): focadas na promoção da autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sócio familiares lhes facultam a permanência no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são proporcionados em regime de dia.

De acordo com os dados fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tem vindo a apresentar um crescimento, traduzido quer na adição do número de camas nas diferentes tipologias de cuidados, quer no aumento das dotações relativas a recursos humanos.

Contudo e segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2019) há mais utentes a aguardar vaga na RNCCI, que os tempos de espera aumentaram e que o nível de acesso geográfico piorou.

Segundo a mesma entidade, que cita a informação disponibilizada publicamente pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 1.641 utentes aguardavam vaga no final de 2018, um aumento de 9% relativamente ao ano anterior e mais 24% do que no final de 2016.

Segundo o Relatório de Primavera 2015,

a criação da RNCCI afigura-se como uma dimensão do sistema de saúde português muito relevante para fazer face às necessidades de saúde dos cidadãos resultantes do forte envelhecimento populacional. Apesar dessa boa solução, a capacidade de resposta atual da RNCCI é insuficiente (OPSS, 2015; p.93).

Acrescenta ainda que,

a insuficiente assistência profissional proporcionada aos doentes e aos familiares cuidadores que ficam “fora da rede” tem implicações no agravamento da condição de saúde de ambos; no doente: rigidez articular, desidratação, quedas, úlceras de pressão, compromissos respiratórios; no familiar cuidador, entre outras consequências nefastas sobre a saúde e a qualidade de vida, releva a perceção de stresse associado ao exercício específico do papel de prestador de cuidados (OPSS, 2015, p.93).

Infere-se, portanto, que a manutenção da pessoa dependente no domicílio é o resultado desejável para o sistema de saúde Português e concomitantemente para a própria pessoa dependente; no primeiro caso devido a razões particularmente económicas e de gestão dos recursos que são manifestamente insuficientes para dar resposta às necessidades exibidas pela população, no segundo por razões humanistas e de dignidade, ao manter-se a pessoa no seu meio, com aqueles que lhe são significativos.

De acrescentar, porém, que a família contrai maioritariamente este ónus, mas o MFPC assume a responsabilidade destes cuidados, comumente sem existir uma avaliação prévia dos recursos de que dispõe. Vários estudos (Brito, 2002; Lage, 2007; Petronilho, 2008; Gonçalves, 2013; Lourenço, 2015)) têm demonstrado que um suporte desadequado tem implicações na própria prestação de cuidados, na saúde dos cuidadores e da PD.

Assim, quando falamos em recursos em saúde englobamos um conjunto de instrumentos, serviços, meios, financiamento, informação, entre outros, de que “alguém” dispõe seja o PC ou o dependente no autocuidado, para fazer face a necessidades específicas em cuidados de saúde.

Trata-se de um conceito amplo, extremamente abrangente e inclusivo, frequentemente dividido em duas grandes áreas: os recursos internos e os recursos externos.

Os primeiros dizem respeito à própria pessoa, por exemplo, as competências que o MFPC possui para o cuidado da pessoa dependente, os significados que atribui a essa situação ou as estratégias de *coping* que desenvolveu.

Os segundos podem ser concernentes a equipamentos materiais, rendimentos, serviços; podem ser fornecidos por instituições de saúde, por familiares, mas também se reportam ao que a sociedade oferece aos indivíduos e tem uma estrita relação com os sistemas de saúde de cada sociedade.

O mesmo refere Häggman-Laitila (2005) citado por Lage:

ao falar de recursos reportamo-nos ao conceito de recursos internos e externos. Onde os recursos internos compreendem os membros familiares, a saúde física e psíquica, a auto estima, conhecimentos e competências, competências de resolução de problemas, e atitudes otimistas em relação ao futuro. E os recursos externos incluem os aspetos mais utilitários da situação como os apoios financeiros, condições habitacionais e ainda em diferentes dimensões de suporte social, ou seja, suporte emocional, cognitivo e concreto (2007, p.173).

#### 1.2.6.1. Recursos internos

Os recursos internos são então as capacidades intrínsecas do cuidador e da família. Dar nota que os problemas físicos e psicológicos e a sobrecarga sentida pelo prestador de cuidados são muitas vezes devidos ao embaraço na assunção do papel de cuidador, relacionado com a complexidade dos cuidados e com um defeituoso suporte da rede de apoio.

Para Petronilho (2008, p.79) relacionam-se também com a motivação para o exercício do papel, dado que na maioria das vezes o cuidador assume o papel por uma obrigação e não por vontade própria. Relacionam-se, portanto, com características da própria personalidade e a literatura divide-as em 3 áreas principais (Lage, 2007, p.116): competências ou recursos pessoais e familiares, significados atribuídos e estratégias de *coping*.

Lage (2005) refere que as competências pessoais abraçam um conjunto de competências como a inteligência e o conhecimento, mas também a própria personalidade que pode facilitar a adoção de estratégias de *coping*.

Petronilho (2008, p.35) acrescenta que as características do PC são basilares para o êxito deste processo “se a capacidade de adaptação do cuidador é reduzida, provavelmente a sua resposta à

crise será insuficiente. Se o indivíduo possui recursos para fazer frente à situação de crise, a probabilidade de resolução dessa mesma crise será maior.”

Relativamente à família destaca-se a coesão, a organização familiar e a comunicação que coadjuvam a família a coordenar esforços na gestão das exigências.

Relativamente aos significados atribuídos, Sequeira (2007) refere que a história de vida do cuidador com o idoso dependente torna-se relevante para a aceitação do papel do cuidador de forma positiva ou negativa. As experiências de conflito potenciam a perceção de repercussões negativas, em que as relações interpessoais passadas influenciam o comportamento entre ambos. Mas para Brito (2002) os significados atribuídos vão mais longe do que a relação entre cuidador/dependente. Relacionam-se com os significados pessoais que o PC associa a esse papel.

De facto, o PC experiencia sentimentos de gratificação relacionados com os significados que atribui aos vários aspetos da prestação de cuidados como o facto de desenvolver novas competências e capacidades; o sentimento de estar a cumprir um dever; ou de estar a retribuir cuidados ou carinho recebidos no passado, ou de se sentirem reconhecidos por outros relativamente a esse papel.

Distintos estudos atestam que os recursos internos, como estratégias de *coping* podem facultar a prestação de cuidados. Brito (2002) concluiu na sua investigação, que efetivamente os prestadores de cuidados apresentam indicadores de uma morbilidade mais elevada do que a população em geral, tanto no que diz respeito à sintomatologia depressiva, como em relação à sua perceção do estado de saúde.

Situações de sobrecarga do cuidador (consequências físicas, psicológicas e sociais inerentes à prestação de cuidados), situações de crise e rotura, são amiudadas no cuidador informal, e estão regularmente associadas a um suporte desadequado como refere Brito,

as situações de crise e mesmo de rutura são frequentes, e a única forma de aliviar a sobrecarga pessoal e familiar de quem cuida dos idosos é de facto, conhecer e poder intervir junto desta população, antecipando-se às suas necessidades específicas e apoiando o seu esforço, evitando que surjam situações de descompensação que, além de prejudiciais ao próprio, precipitam frequentemente a institucionalização do idoso, que é afinal o que se pretende evitar (2002, p.21).

Importante também será aludir que Serra (1988) citado por Petronilho (2008, p.34) define *coping* como “um termo que se aplica às estratégias que uma pessoa utiliza para lidar com as situações de dano, ameaça e desafio com que se depara e para as quais não tem respostas de rotina preparadas”.

Lage (2005, p.117) define de forma idêntica, sendo para esta autora “um esforço específico através do qual o indivíduo ou família tentam reduzir uma exigência.” Ainda para a mesma autora, podem dividir-se em cinco os comportamentos específicos de *coping*: a ação direta para reduzir ou eliminar o número e/ou intensidade das exigências (por exemplo, institucionalizar um familiar idoso em vez de o deixar no seu domicílio); a ação direta para conseguir recursos adicionais; a manutenção dos recursos existentes de forma a poderem ser mobilizados perante novas exigências (por exemplo manter os laços sociais, manter a coesão familiar); gerir a tensão associada a pressões existentes (por exemplo expressar emoção e afeto); a avaliação cognitiva que visa mudar o significado das exigências (por exemplo reduzir as expectativas do papel) ou o significado dos recursos (por exemplo ver-se a si próprio como competente).

#### 1.2.6.2. Recursos externos

As necessidades dos dependentes e dos MFPC no meio domiciliário, já se vai constituindo como uma problemática-alvo de alguns estudos, e, por conseguinte, várias necessidades em recursos externos têm vindo a ser identificadas.

Um estudo levado a cabo no Brasil por Caldas (2003), aponta que a família apresenta necessidades que vão desde os aspetos materiais até aos emocionais, passando pela necessidade de informação. O aspeto material compreende os recursos financeiros, os aspetos habitacionais, os transportes e a acessibilidade a serviços de saúde. Por outro lado, a família cuidadora precisa de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente à PD. Além disso, é importante o suporte emocional, ou seja, uma rede de cuidados que apegue a família aos serviços de apoio e meios que afiancem qualidade de vida aos cuidadores principais.

Uma investigação realizada no Canadá, proporcionou medidas substanciais de implementação de intervenções em áreas de apoio social que têm como objetivo proporcionar diferentes elementos de apoio, como o suporte emocional (proporcionando conforto, ouvindo os problemas), instrumental (fornecendo formação, organização de serviços, ajudando nas tarefas domésticas), informativo (ministrando informações sobre a doença e serviços) e suporte de avaliação (fornecendo *feedback* sobre os cuidados prestados) (Cameron et al, 2008). Os estudos revistos pelos autores, concluem que o apoio é mais proveitoso se este estiver direcionado para as necessidades individuais das pessoas. O que fortifica a necessidade de observar de perto as necessidades dos cuidadores ao longo do tempo, quando se estabelecem intervenções. A focalização nas necessidades de apoio ao longo do tempo, também pode cooperar para a orientação da escolha de resultados que podem ser utilizados para avaliar as intervenções.

As necessidades dos MFPC e das PD são de ordem diversa, mas o recurso mais frequentemente mencionado como necessário em estudos efetuados, o primeiro em termos de importância e o que provoca maior angústia no seio familiar é o apoio económico (Marote et al, 2005; Lopes, 2007).

Este recurso suporta a grande maioria dos outros recursos (como o acesso a ajudas técnicas, à medicação e a cuidados diferenciados), sendo extremamente fácil compreender a utilidade do mesmo e a consequência da sua escassez.

Esta realidade é análoga ao que acontece noutros países, como refere Caldas:

as evidências empíricas mostram que as doenças causadoras de dependência geram gastos crescentes, cujo impacto na economia familiar ainda não é conhecido (...). A necessidade de assistência permanente ao enfermo gera um custo elevado para os familiares, pois, atualmente, nenhum sistema de atenção à saúde prevê uma oferta suficiente dos serviços necessários a uma população portadora de dependências com crescimento exponencial (...). Hoje, pouco se conhece sobre o impacto económico da dependência do idoso na família e no próprio sistema de saúde (2003, p.774).

Outras duas áreas de grande destaque em termos de recursos imprescindíveis que foram identificados pelos PC em estudos realizados, reportam-se a: acessibilidade a ajudas técnicas e acessibilidade à educação para a saúde.

Relativamente às ajudas técnicas, que se apresentam sob a forma de equipamentos, são instrumentos de auxílio ou de substituição, usados pela PD numa perspetiva de promoção da autonomia, como também, meios de suporte à prestação de cuidados, por parte do MFPC.

Almeida e colaboradores (2006, p.30) citam as áreas onde estes equipamentos são fundamentais: “a prestação de cuidados por parte do cuidador principal assentou, essencialmente, no domínio instrumental, englobando cuidados relativos à alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilização (...).”

Em relação à acessibilidade à educação para a saúde, a sua relevância é inquestionável e o papel do Enfermeiro imprescindível. Os Enfermeiros, seja em contexto hospitalar ou no domicílio são os responsáveis pela preparação em termos de conhecimentos e competências da PD e do MFPC. Cabem-lhes efetuar ações de educação para a saúde, no sentido de estes adquirirem conhecimentos e habilidades para executar as atividades de autocuidado no domicílio e serem capazes de responder eficazmente a problemas que surjam diariamente, evitando-se assim, complicações no estado de saúde, internamentos desnecessários e custos acrescidos.

O mesmo é referido por Petronilho:

a informação e o treino sobre os cuidados a prestar no domicílio são estratégias fundamentais com vista a capacitar o membro da família cuidador para lidar com a situação de dependência geradora de necessidades, sobretudo, no domínio do bem-estar, no autocuidado e na prevenção de complicações, com fortes implicações na qualidade de vida destas pessoas (cuidadora/cuidada) (2008, p.54).

Num estudo realizado por Shyu (2000) citado por Petronilho referente à transição do dependente do hospital para o domicílio, esta autora identificou:

as necessidades em educação para a saúde dos prestadores de cuidados: informação acerca da condição de saúde do doente; competências na monitorização de sinais e sintomas; domínio de habilidades nos cuidados pessoais; suporte emocional e apoio da equipa de cuidados domiciliários (2008, p.72).

De referir também que existem outras redes de apoio à família, como os serviços comunitários que incluem os serviços de saúde, igrejas, associações, escolas, entre outros. Estes serviços são externos à rede familiar e constituem um valorizado recurso em saúde pelo apoio instrumental que fornecem a custos mínimos ou muitas vezes gratuitamente, mas também e particularmente, pelo apoio emocional prestado.

Associado à sobrecarga dos cuidadores, estão sentimentos de ansiedade, frustração, depressão e desânimo sendo evidente a importância que desempenha o suporte social para a manutenção ou recuperação do bem-estar do indivíduo.

Para Nunes (1999), citado por Tojal e colaboradores (2005), suporte social consiste num conjunto de transações interpessoais que se estabelecem com as pessoas significativas, como os amigos, família, vizinhos, entre outros, e que englobam preocupações a nível emocional, o apoio instrumental, a informação e o reconhecimento por parte dos seus elementos significativos. O suporte concreto envolve fazer coisas pela pessoa, tais como, modificar o meio e arranjar suporte financeiro.

Para Lage este tipo de suporte social tem uma função mediadora nos efeitos do stresse:

de todos os recursos sociais, aquele que mais interesse despertou no âmbito da literatura do stresse foi o suporte social. O suporte social tem sido considerado como um dos principais mediadores entre o stresse e as perturbações na saúde. As conceptualizações acerca do suporte social, incluem o tipo de suporte emocional,

informação, ajuda tangível/instrumental, como é que quem recebe esse suporte se sente apoiado, e quem dá esse suporte, ou seja, as redes de apoio. O processo de aquisição e distribuição de recursos para satisfazer as exigências é um aspeto crucial na resposta de ajustamento e adaptação (2005, p.174).

Em 2010, Sapag e colaboradores, no estudo que realizaram ambicionavam identificar estratégias inovadoras dirigidas a melhorar o cuidado e o AC dos doentes com doenças crónicas e explorar o interesse em criar uma rede Latino Americana de profissionais dessa área. Concluíram que as tecnologias da informação e telecomunicações aplicadas à saúde constituem um recurso pouco utilizado na América Latina para melhorar a efetividade e a eficácia dos programas de cuidados a doentes com doenças crónicas, apesar do uso amplo dos telefones fixos e móveis nas populações de todos os níveis económicos. Outras tecnologias informáticas como a Internet, estando cada vez mais disponíveis, poderiam ser aproveitadas para ultrapassar as limitações estruturais e de disponibilidade dos recursos humanos existentes nos sistemas de saúde destes países. O contacto com doentes crónicos através do telefone também pode dar uma maior continuidade ao tratamento e apoiar os doentes a adotar e manter um estilo de vida que contribua para controlar a sua doença. O telecuidado realizado por profissionais, apoiados por outras tecnologias como o sistema de chamadas automáticas, permite também reconhecer problemas reversíveis, se forem detetados a tempo, e melhorar a comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde.

Estes autores concluíram que o seu uso, baseado em modelos de partilha de comportamentos, entrevistas motivacionais e guias estruturados de AC, podem benfeitorizar a efetividade e a eficácia dos cuidados de saúde. O efeito positivo do telecuidado observou-se também em pessoas de menor nível educacional desde que os programas sejam coerentes e integrados.

Contudo, os autores verificaram que é indispensável reduzir os custos destas intervenções. Demonstrou-se que os cuidados prestados no âmbito do AC realizado por profissionais de saúde são eficazes, mas demasiado dispendiosos em alguns países devido às características específicas dos seus sistemas de financiamento de saúde. Por outro lado, as chamadas automáticas – complementares do telecuidado profissional, permitem monitorizar e apoiar eficazmente e com menor custo o AC dos doentes.

Dos estudos referidos, fica claro que, esta problemática assume diferentes contornos consoante a realidade a que nos reportamos. Existem porém, apoios estruturados em alguns países, que passam pelo subsídio ao cuidador; a participação à pessoa com necessidades de cuidados; benefícios fiscais; licença remunerada; licença sem vencimento; acordos de trabalho flexíveis; formação e educação gratuitos; descanso do cuidador e aconselhamento.

Em Portugal, muito trabalho há ainda a desenvolver nestas matérias. Importa contudo destacar que, o Estatuto do Cuidador Informal (regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio), foi recentemente aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, estando a decorrer o prazo para a sua regulamentação específica. Temos vindo a assistir, de facto, a um reforço das respostas/recursos, às necessidades das pessoas dependentes e dos seus cuidadores (como por exemplo a RNCCI, a hospitalização domiciliária, os cuidados paliativos e a reorganização dos cuidados de saúde primários), mas que manifestamente ficam aquém das reais necessidades sentidas.

Segundo o OPSS, e a título ilustrativo destas dificuldades, relata que:

a criação da RNCCI afigura-se como uma dimensão do sistema de saúde português muito relevante para fazer face às necessidades de saúde dos cidadãos resultantes do forte envelhecimento populacional. Apesar dessa boa solução, a capacidade de resposta atual da RNCCI é insuficiente (2015, p.93).

#### 1.2.7. Autoeficácia

Albert Bandura, psicólogo canadense da escola behaviorista, na valorização dos processos cognitivos propôs a Teoria da Aprendizagem Observacional (ou Aprendizagem Social). Esta teoria abarca conceitos centrais como:

- O reforço vicariante (aprendizagem ou fortalecimento de uma resposta por meio da observação das consequências de tal comportamento);
- A modelagem (diferente da modelagem do behaviorismo, significa a modificação do comportamento a partir da observação do comportamento de outra pessoa);
- Os processos cognitivos (a natureza da aprendizagem é governada por quatro processos cognitivos: 1. processos de atenção, 2. processos de retenção, 3. processos de produção e 4. processos de incentivo e motivação);
- O autorreforço (administração de recompensas ou punições a si mesmo por satisfazer, superar ou frustrar as próprias expectativas ou padrões);
- A autoeficácia (que significa o nosso sentimento de adequação, eficácia e competência para lidarmos com a vida).

Assim, a autoeficácia é apresentada como as “crenças que as pessoas têm sobre as suas capacidades e/ou o exercício de controlo que têm sobre os eventos que afetam a sua vida” (Bandura, 1989, p.1175).

Este conceito abarca a crença de que com empenho podemos governar acontecimentos gerando o efeito almejado. De acordo com Bandura (1989), a autoeficácia requer não apenas habilidades,

mas também força de vontade em acreditar na capacidade de exercer uma determinada conduta, o que é um marcante elo entre o “saber, saber e o saber fazer”. Este autor admite ainda que, na prática clínica, valorizando a autoeficácia, o sujeito pode progredir no tratamento de determinado transtorno, do mesmo modo que sujeitos com baixo grau de autoeficácia podem apresentar uma demora maior de resposta.

Não se trata de possuir certas capacidades, mas sim de acreditar que as tem, ou que pode adquiri-las por meio de esforço pessoal (expectativa de resultado).

Algumas das fontes sugeridas pelo autor sobre a autoeficácia poderão situar-se:

- Na aquisição do desempenho (experiências prévias de sucesso oferecem indicações sobre o nível de competência. Realizações ampliam a capacidade e fortalecem sentimentos de autoeficácia, sendo que os fracassos prévios, singularmente repetidos na infância, coartam a autoeficácia);
- Nas experiências vicariantes (observar outras pessoas a apresentarem um bom desempenho, fortifica a autoeficácia, sobretudo se o modelo em questão for semelhante ao observador);
- Na persuasão verbal (rememorar as pessoas que elas possuem a capacidade de alcançar o que querem, amplia a autoeficácia);
- Na estimulação fisiológica e emocional (comumente o grau de medo, de ansiedade e de stresse afeta diretamente, encolhendo a autoeficácia na forma como o indivíduo avalia a sua capacidade de administrar a situação em que se encontra. Quanto mais calmo o indivíduo se encontra, melhor governa as situações, aumentando a autoeficácia.

Bandura conclui que certas condições dilatam a autoeficácia, podendo ser empregadas e transportadas para as PD e para os seus MFPC. Expor os indivíduos a experiências bem-sucedidas, estabelecendo objetivos atingíveis, bem como a modelos congruentes podem alicerçarem-se como contributos muito robustos e válidos.

As experiências vicariantes, a oferta de persuasão verbal e a estimulação fisiológica podem copular-se ao primeiro rol de ajudas. Aponta ainda a prática de exercícios físicos, a dieta apropriada e a redução de situações promotoras de stresse como contributos salientes para o alcançar deste objetivo.

Segundo e ainda o mesmo autor, uma sensação forte de autoeficácia melhora o sentimento de realização do ser humano e o seu bem-estar, permitindo encarar situações difíceis como desafios a ultrapassar, com mestria em vez de ameaças a evitar. Concomitantemente resguarda que as crenças das pessoas têm efeitos distintos, isto é, estas crenças influem no padrão de resposta das pessoas, o esforço para realização de determinada tarefa, o tempo de resistência perante obstáculos e falhas, a sua resiliência perante a adversidade, o próprio padrão de pensamento se é

estimulador ou impeditivo, quanto stresse e depressão experienciam perante os desafios anunciados e o nível de realização atingido.

No âmbito deste trabalho a avaliação da percepção da AE do PC assume peculiar relevância, isto porque está intimamente relacionada com o sentido de mestria, na resposta às necessidades da PD.

O papel do Enfermeiro neste âmbito (quer com a PD, quer com o MFPC) é relevante e valioso, pois segundo Bandura (1989), quando uma das partes tem uma alta percepção de AE, influencia positivamente a outra, e o oposto também se verifica.

#### *1.2.8. As Teorias de Enfermagem*

O desenvolvimento da disciplina de Enfermagem impulsiona a construção de um corpo de conhecimentos que suporta a conceção dos cuidados. É crucial que os “modelos expostos” na teoria de Enfermagem possam ser aplicados aos “modelos em uso” nas práticas profissionais.

Pelo apontado, e tendo em consideração os objetivos desta investigação, entendemos ser importante para além do escrutínio dos conceitos centrais elencados, abordar as teorias de Enfermagem que, na nossa opinião, dão os maiores contributos à compreensão da problemática do nosso estudo:

- A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Elisabeth Orem;
- A Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis.

A opção por este quadro teórico é justificada e legitimada pelo facto de serem amplamente as teorias de Enfermagem mais empregadas e referenciadas na investigação em Enfermagem, acerca do fenómeno do AC.

##### *1.2.8.1. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem*

Uma das teorias mais citadas na Enfermagem é sem qualquer dúvida, a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, que incorpora o modelo de Enfermagem proposto pela mesma.

Orem negou qualquer tipo de contributo filosófico na construção da TDAE e apesar de ter manifestado interesse por várias teorias, referiu-se particularmente à estrutura de ação social de Parson e à teoria do sistema de von Bertalanffy's (Orem, 1991).

Esta teoria surgiu então no final dos anos 50, como o culminar da sua constante inquietude com a melhoria dos cuidados de Enfermagem. A teoria tem como conceito elementar o AC, definido pela autora, como a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar, contribuindo assim para sua integridade,

funcionamento e desenvolvimento. Segundo a teórica, todos os indivíduos adultos e saudáveis têm capacidade de se autocuidar. Porém, quando por motivo de doença, falta de recursos ou fatores ambientais, a necessidade de AC do indivíduo é superior à sua capacidade de o realizar, a pessoa necessita de ajuda para satisfazer as suas necessidades de AC, podendo essa ajuda provir dos familiares, amigos e profissionais de Enfermagem.

Orem considera a TDAE uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas, sendo elas:

- A Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como, as pessoas cuidam de si próprias;
- A Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da Enfermagem;
- A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve explicando as relações que têm de ser criadas e preservadas para que se produza Enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Na Enfermagem, o fenómeno do AC tem sido substancialmente abordado no paradigma tradicional de interação entre Homem e o Ambiente, onde as conceções desta autora têm tido grande aceitação e têm sido empregadas internacionalmente por inúmeras escolas de Enfermagem, como base para a construção dos currículos académicos.

#### *1.2.8.2. Teoria do Autocuidado*

Segundo (Orem, 1991), o AC é uma função humana reguladora para manutenção da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar, que os indivíduos têm, propositadamente, de realizar por si próprios ou, caso não consigam, cumprida por alguém que os substitua. O AC, enquanto função humana aferidora, é diferente de outros tipos de regulação do funcionamento e desenvolvimento humano; tem de ser apreendido e executado continuamente, em conformidade com as necessidades dos indivíduos.

Mediante o referido anteriormente, depreende-se que a capacidade de AC não é inata, mas adquirida ao longo do ciclo vital. Ela não se expressa em crianças porque ainda não a adquiriram, nem em PD porque não adquiriram ou perderam essa capacidade. Esta capacidade subentende a indispensabilidade de um grau de autonomia.

Segundo Dorothea Orem, este AC é universal, no sentido de que não se restringe às atividades da vida diária, nem às atividades instrumentais da vida diária, mas à totalidade dos aspetos vivenciais. Assim, à medida que se desenvolve, o indivíduo vai angariando competências que lhe permitem ser autónomo.

Para a autora existem requisitos de AC, ou seja, ações realizadas pelos indivíduos ou para os indivíduos, com a fim de controlar os fatores que lesam o funcionamento e desenvolvimento humano.

Estes requisitos podem dividir-se em três categorias: universais; de desenvolvimento e de desvio de saúde. Podem ainda ser delimitados como os objetivos que devem ser alcançados através de ações de AC realizadas pela pessoa ou por terceiros, ou seja, correspondem aos grupos de necessidades identificadas pela teórica (Tomey & Alligood, 2002).

#### *Requisitos de Autocuidado Universais*

Muitas vezes relatados como “necessidades humanas básicas”, os requisitos universais, transversais a todos os indivíduos, durante todas as fases do ciclo vital, estão implicitamente associados aos processos de integridade, de funcionamento e de vida humanos.

#### *Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento*

São os requisitos que surgem consoante o estágio de desenvolvimento do indivíduo, o ambiente em que se encontra e as mudanças inopinadas que podem sobrevir na sua vida (doença, dependência ...).

#### *Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde*

Existentes em situação de doença, são carências que despontam porque a doença, a incapacidade ou o tratamento, não possibilitam a satisfação das necessidades de AC. Segundo Orem (2001), os fatores condicionantes básicos, internos ou externos aos indivíduos que afetam a sua capacidade de AC são: a idade, o sexo, o estágio de desenvolvimento, a experiência de vida, o estado de saúde, a orientação sociocultural, o sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e os recursos adequados.

A Teoria do Autocuidado constitui em suma, a base para capturar as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar com a Enfermagem (Tomey & Alligood, 2002), embora seja elementar existir um ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado, para que o indivíduo seja capaz de se autocuidar.

#### Teoria do Défice de Autocuidado

A Teoria do Défice de Autocuidado constitui a essência da Teoria Geral, uma vez que, acarreta a necessidade da intervenção de Enfermagem. Esta intervenção surge quando o indivíduo é incapaz de garantir a quantidade e qualidade de AC, basilar à sustentação da vida e da saúde, no recobro da doença ou na capacidade para lidar com os seus efeitos. Relativamente a este propósito, Orem advoga ainda que a Enfermagem deve estar presente quando o cuidador não demonstra

habilidade para responder à necessidade de AC da pessoa ou, quando as necessidades de AC excedem as suas capacidades de resposta.

Esta teoria tem como objetivo promover a autonomia da pessoa, potenciando a sua qualidade de vida. O seu postulado central é a incapacidade da pessoa em cuidar dela própria para atingir a saúde e ou bem-estar.

A quantidade e o tipo das ações que a pessoa realiza ou deveria realizar num determinado tempo, para conseguir atingir os seus objetivos e requisitos, são denominadas necessidades de AC.

Se os recursos existentes (pessoais, sociais) não possibilitam a autossatisfação das necessidades, a capacidade de AC enfraquece e emerge a necessidade de AC terapêutico, sendo primordial a ajuda de agentes. Esses agentes podem ser informais, como os MFPC ou agentes profissionais.

O défice de autocuidado é um termo que expressa a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de AC terapêutico.

Sendo um conceito orientador, faculta a adequação dos métodos de auxílio e a compreensão do papel da pessoa no AC. Perante o reconhecimento do défice de AC, o Enfermeiro pode projetar a sua intervenção.

Em síntese, a ideia central da Teoria do Déficit de Autocuidado é que a necessidade de cuidados de Enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação, relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde (Tomey & Alligood, 2002). Por sua vez, estas limitações deixam-nas completa ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprias ou dos seus dependentes.

### Teoria dos Sistemas de Enfermagem

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem alvitra que a Enfermagem é uma ação humana, pois estes são sistemas de ação concebidos e obrados por Enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de AC (Tomey & Alligood, 2002).

Nos pressupostos desta Teoria, as necessidades de AC da pessoa são colmatadas pelos Enfermeiros, utilizando sistemas de Enfermagem distintos, aplicados conforme as necessidades evidenciadas.

Centrando-se na capacidade do Enfermeiro para auxiliar a pessoa a suprir as suas necessidades reais ou potenciais de AC, ou a capacidade de execução alterada desse mesmo AC.

Os Sistemas de Enfermagem despontam como um meio para contrabalançar o défice de AC patente na pessoa. Nesta linha de pensamento, Orem (1995) enumera três Sistemas de Enfermagem:

### *Sistema Totalmente Compensatório*

A pessoa não tem papel ativo no seu AC, sendo socialmente dependente de outros. O Enfermeiro substitui-a em todas as suas atividades.

### *Sistema Parcialmente Compensatório*

A pessoa consegue executar algumas atividades de forma autónoma. O Enfermeiro ajuda naquilo que ela não é capaz de fazer por si.

### *Sistema de Apoio e Educação*

A pessoa é capaz de executar o AC, embora careça da ajuda do Enfermeiro para o ensinar e supervisionar na execução das ações de forma ajustada, impulsionando o indivíduo a ser um agente de AC, estimulando o processo de tomada de decisão e a aprendizagem de conhecimentos e capacidades.

O intuito da intervenção de Enfermagem é, asseverar o cuidado ao indivíduo e promover o AC naquilo que ele é capaz de realizar por si. A família também deve ser alvo da intervenção de Enfermagem, de forma a habilitar-se para cuidar da PD.

Os agentes de AC terapêutico fomentam ações de autocuidado e de educação terapêutica, que promovam a autonomia para o autocuidado (Orem, 1995).

Neste sentido, a promoção do AC deve constituir-se como um dos objetivos da prática de Enfermagem, pois consente à pessoa a participação ativa na sua recuperação.

Também nesta perspetiva, um método de ajuda é uma série sequencial de ações que irão sobrepujar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas para empreender ações reguladoras do seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou o dos seus dependentes.

Nesta lógica, Orem identificou cinco métodos de que os Enfermeiros se podem servir em combinação ou isoladamente, quando cuidam da PD, sendo eles:

- Executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer;
- Orientar e encaminhar;
- Dar apoio físico e ou psicológico;
- Criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento;
- Ensinar (Tomey & Alligood, 2002).

A pertinência da teoria de Orem reside no seu âmbito, complexidade e proficuidade clínica, na capacidade de gerar hipóteses e por ajuntar conhecimento ao corpo da Enfermagem. Tem-se revelado analogamente útil na conceção de currículos para a formação dos Enfermeiros em várias faculdades e universidades, assim como na criação de orientações para a gestão e administração em Enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Por outro lado, Orem, através da sua TDAE, cooperou na construção de uma linguagem específica disciplinar, acarretando para a Enfermagem conceitos (conceitos migratórios) que neste campo de ação são recriados e assumem aspetos muito particulares, como seja o conceito major AC.

Este conceito assume centralidade disciplinar pela sua capacidade de clarificar um propósito para a Enfermagem (promover ou restituir a capacidade de AC das pessoas) e pelo poder explicativo de uma ação (aquisição de competências para a autonomia e autodeterminação).

Importa ainda ressaltar o poder germinativo deste conceito, que autoriza o desenvolvimento de outros, como sejam o AC estimativo, AC transitivo e o AC produtivo. Angariam poder operatório e podem ser utilizados na construção de narrativas do que confecionamos e na identificação do estágio em que se situam os beneficiários da nossa ação.

Na perspetiva de Petronilho (2007) e Campos (2008), a dependência no AC é inegavelmente um diagnóstico com colossal dimensão e relevância na prática de Enfermagem.

A dependência no AC, desde há muito tempo, que se constitui numa extensa preocupação, e tem vindo a adquirir notoriedade entre os profissionais de Enfermagem que fazem investigação, como no nosso caso.

#### *1.2.8.3. Teoria das Transições de Meleis*

Para que o exercício futuro dos Enfermeiros seja apetrechado de um conhecimento capaz de formular diagnósticos e intervenções concertadas a cada realidade palpável, urge uma teoria que seja capaz de satisfazer as necessidades mais prementes. Apontamos a Teoria das Transições de Meleis (figura 5) como a factível neste trabalho.

Esta teoria é o exemplo de uma Teoria de Médio Alcance. Apesar de concorrer com um padrão menos abrangente, sendo por isso menos abstrata e cingindo-se a fenómenos ou conceitos específicos, pode refletir produtivamente a prática (Meleis, 2010).

Este tipo de teorias determina a situação ou o estado de saúde, a população de doentes ou a sua faixa etária, o estabelecimento ou a área de prática e a atuação da Enfermeira ou intervenção (Tomey & Aligood, 2002).

Afaf Ibrahim Meleis (1991), sublinha ainda e a este respeito que, a disciplina de Enfermagem está catalogada com o processo e com as experiências humanas de transição, no qual a saúde e o bem-estar podem ser encarados resultados da sua intervenção. A mesma autora considera ainda que, facilitar os processos de transição deve constituir o foco principal da disciplina de Enfermagem e que o conceito de transição deve ser estruturante para a profissão.

Ajudar os indivíduos a lidar com as transições que afetam a sua saúde surge como um desafio para os Enfermeiros, tanto antes de ocorrer uma alteração, bem como durante e após a mesma.

A Teoria das Transições é composta pela:

- Natureza das transições (tipos, padrões e propriedades);
- Condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade);
- Padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados);
- E terapêuticas de Enfermagem.

Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos:

- Desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital);
- Situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis);
- Saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença);
- E organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional).

Apresentam diferentes padrões:

- Simples (única transição) ou múltiplas;
- Sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas;
- Relacionadas ou não relacionadas.

São percebidas como padrões de multiplicidade e complexidade por não serem autónomas, nem mutuamente exclusivas. São complexas, multidimensionais e possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, como a:

- Consciencialização;
- Envolvimento;
- Mudança e diferença;
- Espaço temporal da transição;
- E os eventos e pontos críticos.

A consciencialização é uma característica definidora estando intimamente relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. A sua ausência significa que o indivíduo pode não ter iniciado a experiência de transição.

O seu nível influencia o nível de envolvimento, que é definido como o grau comprometimento da pessoa no seu processo de transição. O indivíduo só se envolve depois de se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. São exemplos de envolvimento a disponibilidade para a procura de informações e a pró-atividade.

Todas as transições obrigatoriamente desencadeiam mudança (mas as mudanças podem não causar transições), e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e seus significados. Estas devem ser exploradas segundo sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais.

A mudança pode estar relacionada com eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas ideais, percepções, identidades, relações e rotinas.

A diferença é uma outra propriedade da transição que consiste nas expectativas não atendidas ou divergentes; como por exemplo, sentir-se diferente; perceber-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira diferente.

As transições são também caracterizadas pelo espaço temporal, ou seja, pelo fluxo ao longo do tempo, sendo que esta propriedade se estende desde os sinais iniciais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por períodos de instabilidade, confusão e stresse até um eventual fim, em que é atingida novamente a estabilidade.

Os eventos críticos ou pontos de viragem estão, comumente, associados com a consciência de mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição. Estes podem ocorrer, por exemplo, pela necessidade de lidar com as seguintes situações: o nascimento, a morte, a menopausa, o diagnóstico de uma doença crónica.

Cada ponto crítico exige do Enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior fragilidade e vulnerabilidade para os indivíduos, designadamente a situação de dependência no AC e na assunção do papel de prestador de cuidados.

Para compreender as experiências vivenciadas dos indivíduos durante as transições é inevitável conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, os quais podem facilitar ou dificultar o processo para que o indivíduo alcance uma transição saudável, ou seja, atinja a reformulação de sua identidade, o domínio de novas habilidades e alteração dos seus próprios comportamentos. Quanto aos condicionantes pessoais temos:

- Os significados (neutros, positivos ou negativos) atribuídos aos eventos que precipitam a transição;
- As crenças e atitudes culturais, quando o estigma está ligado a uma transição podem influenciar a expressão de emoções relacionadas com a transição;
- O *status* socioeconómico mais baixo está mais vulnerável a sintomas psicológicos e a factos que dificultam a transição;
- A preparação e o conhecimento prévios facilitam a experiência de transição, ao passo que a falta de preparação e de conhecimento podem constituir-se como inibidores; ambos podem ser usados como estratégias para auxiliar na gestão da situação e vivência de uma transição saudável.

As condições da comunidade e da sociedade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e de estereótipos, podem também dificultar ou facilitar a transição.

Uma transição saudável é determinada assim pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que se pode dar a partir dos indicadores de processo e de resultado.

Os indicadores de processo são importantes pois possibilitam identificar se o indivíduo, que vivencia a transição, se encontra na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e de riscos. Os indicadores de processo compreendem:

- O sentir-se ligado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde);
- O interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores familiares) a fim de clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições;
- O estar situado (no tempo, espaço e relações) possibilita que a pessoa se desprenda de seu passado e enfrente novos desafios;
- E o desenvolver confiança e  *coping*, que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação.

Os indicadores de resultado referem-se:

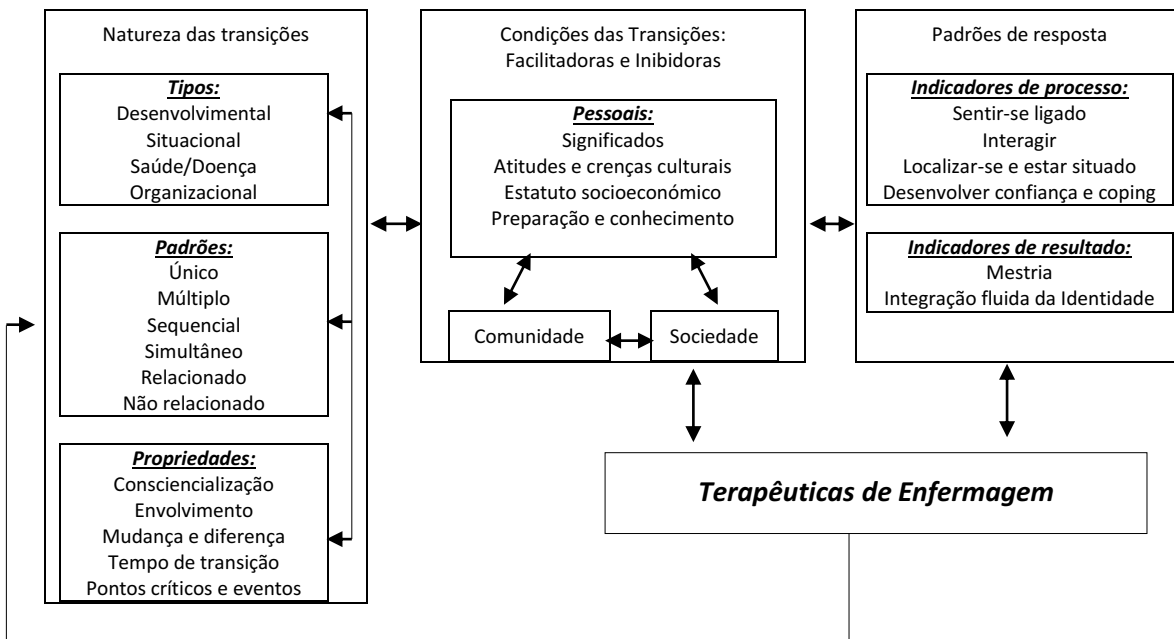
- À mestria (domínio de novas competências);
- E à integração fluida de identidade (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica).

A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso, sendo que ambas são definidoras de um processo de transição saudável.

Quanto às terapêuticas de Enfermagem podem ser percebidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição, devendo proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar.

Os Enfermeiros que promovem o cuidado transicional valorizam e empoderam o indivíduo, já que os cuidados dispensados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade.

**Figura 4. Teoria das Transições**



Fonte: Adaptado de Meleis, *et al.* (2010, p. 56)

### 1.3. **Justificação do estudo**

O Ministério da Saúde (2018), apontou algumas situações problemáticas mais eminentes, que passam pela obtenção de ganhos em saúde, ampliando o nível de saúde das pessoas nas diferentes fases do ciclo vital e a utilização de instrumentos necessários, de modo a centralizar a mudança no cidadão, reorientando o sistema do PC. Este referencial adota ainda como estratégia, para obter mais saúde para todos, a centralização das intervenções na família e no ciclo de vida, e aborda os problemas de saúde por uma aproximação à gestão da doença.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2002), os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Entre outros são apontadas pela mesma entidade, como fatores de qualidade dos cuidados de Enfermagem, a procura da promoção da saúde através da identificação da situação de saúde da população, a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas dos clientes relativamente aos quais o Enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar dos clientes e suplementar as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.

Em Portugal, a realidade das PD integradas em famílias é pouco conhecida. Dispõem-se de escassos dados sobre o perfil dos dependentes e dos respetivos MFPC, dos serviços e dos recursos utilizados nessa assistência.

Pensa-se então, ser relevante conhecer a realidade nacional para que num futuro, já presente, se possa trabalhar de forma suportada na construção de modelos de intervenção adaptados às reais necessidades dos dependentes e das famílias cuidadoras. Face a este enquadramento e pelo exposto, e de acordo com a emergente produção sistemática de novas evidências, o estudo que propomos concorre diretamente para o preenchimento de tais requisitos, pelo que se nos afigura premente a sua realização. Nesse sentido, elegemos como problemática da investigação, “famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado”, sendo um estudo de base populacional no concelho de Paços de Ferreira.

De facto, o conhecimento do impacto do envelhecimento na população, da mudança do perfil das patologias (sobretudo da maior incidência de doenças crónicas), do incremento das situações de dependência e fragilidade, do nível de dependência em cada uma das tarefas de AC, terá uma aplicação prática na comunidade além de que, só por si, a procura de PD para participação no estudo, consentirá uma sinalização de casos muitas vezes desconhecidos.

Presentemente subsistem várias políticas governamentais de apoio a pessoas com dependência, no entanto a identificação dessas pessoas, do seu nível de dependência e dos cuidados básicos de que carecem, não se encontram estudadas de forma a um efetivo aproveitamento por todos aqueles que delas necessitam.

Para acrescentar valor a esta argumentação adicione-se alguns dos aspetos relativos à tomada de posição, do Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, em 26 de abril de 2006, num documento emanado e respeitante à investigação em Enfermagem.

Nele faz-se referência à investigação em Enfermagem enquanto processo sistemático, científico e rigoroso que procura incitar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades, englobando todos os aspetos da saúde, da prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida.

Faz ainda menção que o conhecimento adquirido é aproveitado para desenvolver uma PBE, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados em saúde.

A OE admite que a investigação sobre os focos de atenção, intervenções e resultados de Enfermagem permite alimentar o desenvolvimento da disciplina, argumento que já anteriormente havíamos defendido, apoiando a replicação de estudos de investigação e a validação científica de instrumentos de pesquisa, definindo para o efeito quatro eixos prioritários de investigação.

O que aqui perscrutamos, é o que diz respeito à adequação dos cuidados de Enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão, em que são defendidos os estudos que promovam a clarificação e explicitação das necessidades das populações em cuidados de Enfermagem e os benefícios resultantes de respostas concretas, assentes nos processos de conceção dos Enfermeiros.

Pretende-se apontar este fenómeno (que permanece desconhecido na sua amplitude e ignorado em muitas das suas vertentes) como um desafio futuro, mas já muito atual, no âmbito dos cuidados de saúde em Portugal. A opção por direcionar o estudo para o concelho Paçense teve por base um conjunto de diversas razões.

Tendo em consideração que as autarquias têm por incumbência prestar apoio às populações da área geográfica das suas influências, bem como conhecer a situação em que se encontram os cidadãos e as dificuldades que apresentam, este estudo poder-se-ia enquadrar como uma ajuda ao processo de tomada de decisão política, nestas matérias.

Relativamente aos *inputs* do foro mais pessoal, prendem-se com o facto da autora deste relatório ter nascido numa das freguesias do concelho em apreço (Freamunde) e atualmente residir no município de Paços de Ferreira, na freguesia de Seroa. A somar a estes factos, temos que a meio deste percurso de investigação iniciou funções nos cuidados de saúde primários no ACeS Tâmega III- Vale do Sousa Norte (a qual o concelho de Paços de Ferreira pertence).

Como sabemos, uma parte substantiva do trabalho levado a cabo na investigação científica é realizado na academia. Temos, no entanto, uma convicção muito forte e faz-nos também sentido que, se criem relações potenciadoras de crescimento e sinergias entre indivíduos (diga-se diferentes investigadores), rumo ao que consideramos ser a rentabilização de recursos, a eficiência do processo e a otimização dos resultados.

Deste modo foi criada uma equipa alargada de investigação que integrou cinco investigadoras (uma estudante de doutoramento -a autora que desenvolveu o estudo que originou o presente relatório e mais quatro estudantes de mestrado). Estes elementos conjuntamente com o orientador, foram os responsáveis pelo planeamento dos projetos e pelo trabalho de campo desenvolvido (recolha de dados no terreno).

As quatro estudantes de mestrado já apresentaram/discutiram as respetivas dissertações, que passamos a referenciar:

- (Vera Lúcia Mota Leonardo)

Leonardo, V. (2011). Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

- (Elisabete Patrícia Pinto Pereira)

Pereira, E. (2011). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado relevância da definição dos cuidados prestados. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

- (Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro)

Ribeiro, O. (2011). Famílias com dependentes no autocuidado: um olhar sobre a pessoa dependente. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

- (Cátia Cristina Magalhães Ramos Fernandes)

Fernandes, C. (2012). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: percepção da autoeficácia do prestador de cuidados. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

#### 1.4. **Finalidade e objetivos do estudo**

A finalidade de uma investigação evidencia uma situação que necessita de elucidação, variando segundo se trata de descrever, explicar ou predizer relações entre os diversos conceitos, tendo o investigador de apresentar o tema e as principais características da população (Polit, 2004).

Fortin (2009, p.160), defende que “o enunciado dos objetivos da investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Eles especificam as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação”.

Este estudo ambiciona melhorar o conhecimento sobre o fenómeno da dependência no AC em contexto familiar, com o intuito de identificar tendências sobre as necessidades das PD no AC e das suas famílias, designadamente dos MFPC, modelos de prestação de cuidados de Enfermagem e a eficiente utilização de recursos.

Para tal desenvolvemos uma investigação, que contemplou dois estudos sucessivos.

Num primeiro momento através do estudo 1, e em resposta às várias questões de partida que o nortearam, pretende-se atingir diferentes objetivos que se apresentam de seguida estratificados, em dois níveis: um mais geral e outro mais específico.

- Caracterizar as FC que integram pessoas dependentes no AC, no concelho de Paços de Ferreira:
  1. Identificar a proporção de FC que integram pessoas dependentes no AC;
  2. Descrever as FC quanto: ao tipo de família, ao tipo de alojamento e às condições socioeconómicas.

- Caracterizar a PD no AC integrada na FC, no concelho de Paços de Ferreira:
  1. Identificar o modo de instalação da dependência no AC;
  2. Identificar o grau e o tipo de dependência no AC;
  3. Identificar os atributos da PD no AC;
  4. Caracterizar a condição de saúde da PD no AC.
- Caracterizar o MFPC nas FC que integram pessoas dependentes no AC:
  1. Identificar na FC o MFPC;
  2. Identificar os atributos do MFPC;
  3. Identificar os cuidados que o MFPC habitualmente assegura à PD;
  4. Caracterizar a PAE específica do MFPC relativa ao exercício do papel.
- Caracterizar a natureza dos recursos que se constituem como suporte para a prestação de cuidados à PD:
  1. Identificar os recursos necessários e utilizados na prestação dos cuidados à pessoa dependente;
  2. Identificar as razões para a não utilização dos recursos necessários.

Num segundo momento, e com o estudo 2 pretende-se:

- Melhorar a compreensibilidade do fenómeno da dependência no AC, no que se refere à experiência do MFPC, para o exercício do papel:
  1. Identificar a natureza das transições que o MFPC experiencia ao tomar conta da PD no AC;
  2. Identificar as condições facilitadoras e inibidoras que influenciam o exercício do papel como MFPC de uma PD no AC;
  3. Identificar as competências do MFPC para cuidar da PD no AC e a forma como são adquiridas;
  4. Identificar as terapêuticas de Enfermagem que devem ser trabalhadas para facilitar o exercício do papel, do MFPC de uma PD no AC.

### **1.5. *Visão geral da tese***

O presente relatório da investigação realizada, integra-se no Doutoramento em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Avançada, da Universidade Católica Portuguesa, estando estruturado em cinco capítulos capitais.

No primeiro capítulo que se confina neste ponto, procede-se à apresentação, ao enquadramento e à problematização da centralidade da temática, em estudo. Decidiu-se por, e ainda na introdução, enquadrar na problemática os conceitos centrais, designadamente, a família, a dependência, o autocuidado, o cuidador familiar, os equipamentos e recursos utilizados, quer

pela PD quer pelo MFPC. Por fim, justifica-se o interesse do estudo e apresenta-se a finalidade e objetivos do mesmo.

No segundo capítulo, que designamos por material e métodos, vemos tratadas as questões relacionadas com as opções metodológicas. Nele é explanado o desenho do estudo, onde se operacionalizam as variáveis basilares estudadas, e conhece-se a população e a amostra selecionadas. Os procedimentos de recolha de dados, bem como o instrumento utilizado para essa recolha são referidos, e ilustram-se os métodos de análise e tratamento dos dados. Também no final deste capítulo são abordadas as questões éticas alicerçantes e contempladas durante a realização do estudo.

O terceiro capítulo, possibilita a apresentação dos resultados bem como a sua respetiva discussão e escrutínio.

No capítulo seguinte, o quarto, expõem-se as principais conclusões da investigação, reflete-se sobre algumas fragilidades do estudo e opta-se por se colocar sobre a mesa a proposta de novos contributos, perspetivando o fenómeno sobre outros pontos de vista, para acrescentar valor ao conhecimento existente no presente.

A bibliografia surge no capítulo cinco, seguida no final pelos anexos.



# Capítulo II

---

## **MATERIAL E MÉTODOS**

*2.1 Desenho da investigação*

*2.2 Estudo 1*

*2.3 Estudo 2*

*2.4 Considerações éticas*



## 2. MATERIAL E MÉTODOS

A palavra método deriva do grego *methodos*; *meta* que significa “para”, e *hodos* que significa “caminho”. Poder-se-ia, então, traduzir por “caminho para” ou, então, “prosseguimento”, “pesquisa”.

A pertinência deste capítulo emerge, desde logo, como uma etapa fundamental dentro de todo o processo de pesquisa científica, fornecendo orientação aos investigadores para o tipo de estudo adequado e harmonizando-se com o estado do conhecimento sobre o tema em estudo e os objetivos do mesmo (Fortin, 2009).

### 2.1. *Desenho da investigação*

Os problemas de investigação assumem diferentes formas, resultando em distintos níveis de investigação e conseqüentemente divergentes métodos, pelo que um desenho de investigação “tem por objetivo fornecer uma estrutura operacional que permita obter respostas às questões de investigação (...) que foram formuladas” (Fortin, 2009, p.219), guiando o investigador na planificação e realização do estudo, para que os objetivos definidos sejam atingidos.

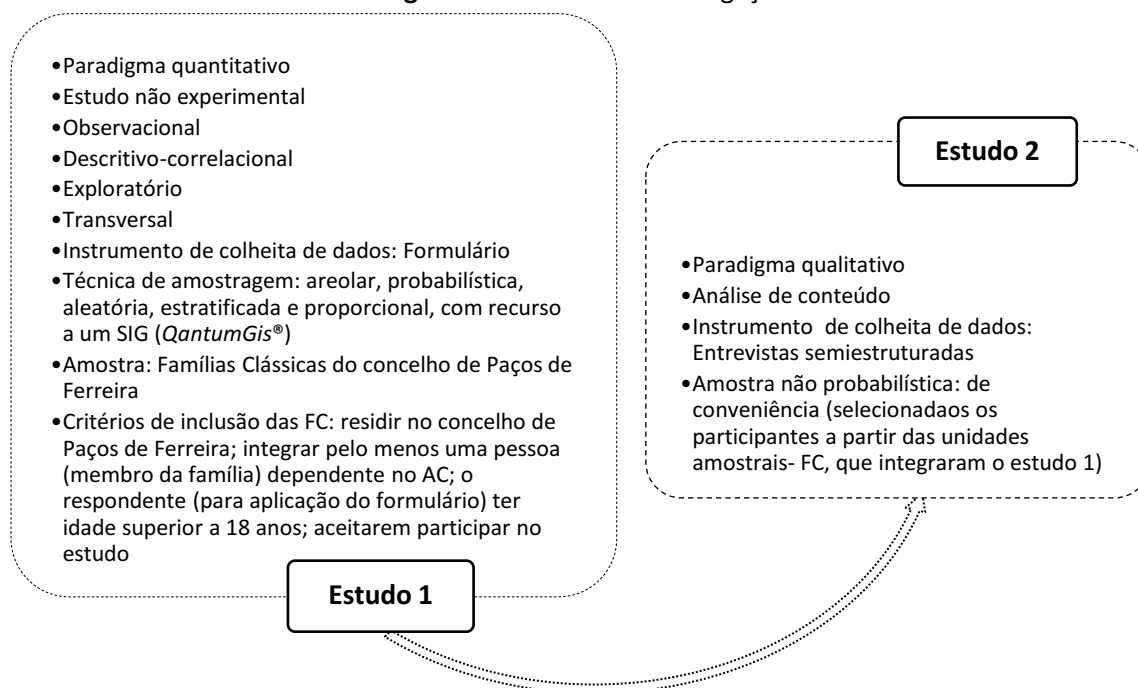
Assim a cada tipo de investigação corresponde com clareza, um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação, descrevendo a estrutura utilizada, as variáveis ou grupos de sujeitos e explorar ou examinar relações entre variáveis.

No presente trabalho investigativo e de acordo com a figura 5, numa fase inicial propõe-se um estudo não experimental, observacional, de carácter descritivo-correlacional. Como já tivemos oportunidade de referir, o estudo inscreve-se numa lógica exploratória, através de um processo de recolha de dados, utilizando como instrumento de colheita, um formulário, em que as variáveis são identificadas num ponto no tempo e as relações entre as mesmas são determinadas, o que lhe confere um carácter transversal.

Prevê-se numa segunda fase a realização de entrevistas ao MFPC da PD no AC, com a conseqüente necessidade de utilização de processos de análise de conteúdo, por forma a ampliar o domínio de conhecimento dos fenómenos apresentados.

A associação destas diferentes metodologias permitir-nos-á, pensamos, salientar a medição e análise de relações causais entre variáveis, bem como estudar os processos e significados que não são capturados rigorosamente em termos de quantidade, intensidade e frequência.

**Figura 5. Desenho da investigação**



### 2.1.1. Paradigmas em que se inscreve a investigação

Marta Lima Basto (1998, p. 23) advoga que “os resultados de uma investigação serão diferentes, dependendo da forma de olhar a realidade”. Apesar da postura paradigmática que se pode inferir da afirmação da autora, o que importa enfatizar é que uma determinada investigação, usualmente, ilumina apenas uma das faces do fenómeno, ficando outras por revelar.

Para Basto (1998, p. 25) um paradigma científico é uma “(...) forma de olhar o mundo, seguindo determinado modo de pensamento”.

Pretendemos com a clarificação do paradigma que vai iluminar a investigação, aclarar o olhar que vai ser lançado sobre a realidade. A distinção da investigação quantitativa e qualitativa reside na produção de conhecimento e no processo de investigação, no entanto ambos pressupõem a existência de uma correspondência entre a epistemologia, a teoria e o método.

Para conhecer a problemática das famílias que integram PD no AC no concelho de Paços de Ferreira, desenvolveremos um primeiro estudo situado no paradigma quantitativo. Mas porque queremos abarcar a compreensibilidade do fenómeno desenvolveremos parte da investigação, correspondente a um segundo estudo, no paradigma qualitativo.

O paradigma quantitativo postula uma conceção global positivista, hipotético-dedutiva, particularista, orientada para os resultados, própria das ciências naturais, enquanto o paradigma qualitativo postula uma conceção global fenomenológica, indutiva, estruturalista, subjetiva e orientada para o processo.

Esta investigação, visa através da recolha de dados em “grandes massas de casos” e de procedimentos de análise estatística (descritiva e inferencial), estimar a dimensão do problema em estudo (Fortin, 2009).

O estudo 1 inscreve-se, portanto no paradigma de perfil quantitativo, orientando-se para a descrição de regularidades estatísticas e a dimensão quantitativa dos fenómenos. Contudo, é nosso propósito, e de acordo com o perfil exploratório adotado, poder acrescentar valor a este trajeto com alguns subsídios enraizados no paradigma qualitativo, referente ao estudo 2.

É nossa intenção, portanto, assumir e defender a forte ligação dos dados da investigação com as circunstâncias da sua produção.

### 2.1.2. Contexto da investigação

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Tâmega III – Vale do Sousa Norte (VSN), localiza-se no distrito do Porto. A sua área geodemográfica de atuação estende-se por 282,2Km<sup>2</sup> e abrange os municípios de Felgueiras, Lousada e Paços de Ferreira.

Estes municípios são constituídos por 51 freguesias e integram a NUTS II- Norte. Juntamente com os municípios de Paredes, Penafiel e Castelo de Paiva, formam a Comunidade Urbana do Vale do Sousa. As suas confrontações são as seguintes:

- Nascente – Amarante e Celorico de Basto;
- Sul – Valongo, Paredes e Penafiel;
- Poente – Santo Tirso;
- Norte – Santo Tirso, Guimarães e Fafe.

**Figura 6.** Mapa da Região Norte- Concelhos que constituem o ACeS do Tâmega III- Vale do Sousa Norte



**Quadro 3.** Área geográfica de influência do ACeS Tâmega III-VSN

Área geográfica de influência do ACeS	Área (km <sup>2</sup> )
ACeS Vale do Sousa Norte	282,8
Felgueiras	115,7
Lousada	91,6
Paços de Ferreira	71,0

Fonte: ARS Norte, I.P.

O município de Paços de Ferreira, onde se realizou a investigação, possui um arranjo humanizado na sua paisagem de casario disperso entre espaços rurais e zonas urbanas e industriais. Paços de Ferreira designa o concelho e uma das freguesias onde está sediada a administração da autarquia. Para além desta, 15 freguesias mais o constituem: Arreigada, Carvalhosa, Codessos, Eiriz, Ferreira, Figueiró, Frazão, Freamunde, Lamoso, Meixomil, Modelos, Penamajor, Raimonda, Sanfins de Ferreira, Seroa.

A cerca de 25 quilómetros da cidade invicta, Paços de Ferreira, confronta-se a Norte e a Oeste com o concelho de Santo Tirso, a Sul com o de Valongo e de Paredes e a Este com o de Lousada.

O seu espaço físico e a privilegiada localização geográfica aliados à capacidade, arte e engenho das suas gentes, permitiram consolidá-lo como o maior centro difusor da Indústria de mobiliário-“Capital do Móvel”. É a partir deste epíteto que este concelho se demarca no panorama económico português e além-fronteiras, e são, de facto os móveis que garantem a quem vive no concelho identidade de ofício.

**Figura 7.** Mapa do Concelho de Paços de Ferreira (freguesias)



Fonte: INE

## 2.2. **Estudo 1**

### 2.2.1. População e amostra

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2005, p.60) define a população como sendo o “conjunto de todos os elementos (pessoas, entidades, objetos ou acontecimentos), com uma dada característica comum”.

Por seu lado, Polit, Beck & Hungler (2006, p.224), referem-se à população como sendo “uma agregação total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados”.

No caso da presente investigação (Estudo 1), definiu-se como população-alvo, no primeiro momento, as famílias residentes no concelho de Paços de Ferreira e, no segundo momento, um subconjunto daquelas, constituído pelas FC que integravam pessoas dependentes no AC.

Foram desta forma determinados alguns critérios de elegibilidade para a inclusão das famílias em que se pretendia estudar o fenómeno. Partindo de uma população-alvo, constituída por todas as FC com alojamento no concelho de Paços de Ferreira, procedeu-se pela aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, à demarcação de um agregado específico de elementos que obedecesse às particularidades estabelecidas (população de acesso).

Assim, no primeiro momento, e aplicando o formulário preliminar, como todas as FC a residirem no concelho de Paços de Ferreira integravam a população de acesso, foi necessário confirmar que se tratava de um alojamento onde residia, pelo menos, uma FC. Para este momento foi determinado um único critério para a exclusão da FC contactada:

- O respondente ter idade inferior a 18 anos.

No segundo momento, e aplicando os restantes formulários, foram estabelecidos os critérios de inclusão, das FC que integravam PD no AC:

- A FC integrar pelo menos uma pessoa (membro da família) dependente no AC;
- Aceitar participar no estudo.

Perante a impossibilidade de estudar a totalidade da população, constituiu-se uma amostra, que se pretende tanto quanto possível, representativa da população. Fortin (2009, p.312) suporta esta ideia, referindo que a “amostra é a fração da população que constitui o objeto do estudo” e que a “representatividade é a qualidade essencial de uma amostra”. Deste modo, fomos a determinar a dimensão da amostra no sentido de atingir essa representatividade.

### 2.2.2. Dimensão da amostra

A dimensão da amostra do primeiro momento do estudo 1 foi estimada a partir das 15341 FC, identificadas no concelho de Paços de Ferreira (tabela 1), no Censos de 2001.

**Tabela 1.** Número de FC por local de residência, no concelho de Paços de Ferreira

Freguesias (local de residência)	Total de Famílias clássicas (N)
Arreigada	592
Carvalhosa	1246
Codessos	257
Eiriz	614
Ferreira	1166
Figueiró	671
Frazão	1258
Freamunde	2201
Lamoso	483
Meixomil	1002
Modelos	438
Paços de Ferreira	1853
Penamaior	1041
Raimonda	744
Sanfins de Ferreira	893
Seroa	882

No segundo momento, a mostra foi constituída por todos os casos em que a ocorrência se observou no primeiro momento (FC com PD no AC) e que aceitaram participar.

Para este estudo a equipa de investigação optou por recorrer à fórmula publicada pela OMS (para estudos de saúde) de Lwanga e Lemeshow (1991).

$$n = z^2 \times p (1-p) / d^2$$

$$n = 1279$$

- O **n** corresponde ao número de famílias da amostra;
- O **z** é considerado o valor da distribuição normal *standard* para o nível de confiança de 1,96 (correspondente a um nível de confiança de 95%);
- O **p** é a proporção esperada de prevalentes;
- O **d** corresponde ao erro de precisão de 0,02 (correspondente a um erro máximo de precisão de 2%).

Face ao conhecimento prévio da proporção do fenómeno em estudo, designadamente nos concelhos do Porto (Gonçalves, 2013) e de Lisboa (Costa, 2013) que se aproximou, segundo os dados preliminares, dos 13,7%, evoluiu-se numa tentativa de definição de uma amostra com potencial de inferência para a população original.

Aplicada a fórmula, a dimensão da amostra calculada é de 1279 FC (unidades de alojamento).

### 2.2.3. Plano de amostragem

No estudo proposto, a técnica de amostragem será areolar, probabilística, aleatória, estratificada e proporcional.

Segundo Fortin,

a amostragem probabilística é um método, que consiste em constituir uma amostra escolhendo ao acaso um certo número de indivíduos. Todos os elementos da população têm igual possibilidade de fazerem parte da amostra. Este método tem a vantagem de reduzir o erro de amostragem e de aumentar a representatividade (2009, p. 315).

Na amostragem estratificada, supõe-se que a população pode ser decomposta em grupos distintos em função de certas características conhecidas da população. Este método consiste em dividir a população alvo em subgrupos relativamente homogêneos chamados “estratos” e depois tomar ao acaso uma amostra em cada estrato.

Este tipo de amostragem, pretende ainda estudar uma grande população: as FC residentes no concelho de Paços de Ferreira, que se encontra dividida em grupos com uma característica específica. Neste caso a característica definidora comum escolhida, será a freguesia de residência. A proporcionalidade será de acordo com a representação das famílias de cada freguesia, em relação ao valor na população total; foi considerado o peso de cada uma das freguesias no conjunto de FC do concelho de Paços de Ferreira, a partir dos dados apresentados na tabela 2.

No segundo momento, não se recorreu a qualquer técnica de amostragem, visto que a amostra foi constituída por todos os casos identificados no primeiro momento, e em que se observavam os respetivos critérios de inclusão.

**Tabela 2.** Número FC que integram a amostra por local de residência, no concelho de Paços de Ferreira

<b>Freguesia</b>	<b>Número Total de habitantes</b>	<b>Número Total de (FC)</b>	<b>Amostra</b>
Arreigada	2117	592	<b>49,36</b>
Carvalhosa	4257	1246	<b>103,68</b>
Codessos	856	257	<b>21,56</b>
Eiriz	2123	614	<b>51,12</b>
Ferreira	4085	1166	<b>96,28</b>
Figueiró	2286	671	<b>55,68</b>
Frazão	4276	1258	<b>104,64</b>
Freamunde	7452	2201	<b>182,08</b>
Lamoso	1710	483	<b>40,64</b>
Meixomil	3348	1002	<b>84,16</b>
Modelos	1651	438	<b>37,04</b>
Paços de Ferreira	6021	1853	<b>156,24</b>
Penamaior	3619	1041	<b>86,28</b>
Raimonda	2518	744	<b>62,52</b>
Sanfins de Ferreira	3005	893	<b>74,44</b>
Seroa	3661	882	<b>73,56</b>
<b>Totais</b>	<b>52985</b>	<b>15341</b>	<b>1279</b>

#### 2.2.4. Seleção da amostra

Face à dimensão das FC no concelho de Paços de Ferreira e simultaneamente face às potencialidades criadas pela crescente utilização dos Sistemas de Informação Geográfica (SIG), recorreu-se a uma ferramenta informática: o *QuantumGis*<sup>®</sup> (instrumento inovador para suporte às metodologias de recolha, gestão, controle e difusão da informação, eliminando diversos constrangimentos existentes, aumentando a eficiência e qualidade dos processos de produção estatística).

Este aplicativo selecionou, por um plano de amostragem areolar, uma amostra geograficamente representativa da área, cujas características se encontravam em estudo. Este tipo de amostragem também reconhecida como amostragem espacial matricula-se nos métodos de amostragem probabilística e assenta num sistema de identificação de unidades de amostra (que podem ser pontos, linhas ou segmentos), partindo de imagens de satélite de grande resolução espacial. No presente estudo os investigadores optaram pela utilização, como unidades da amostra, por segmentos que correspondessem a quarteirões (esta escolha revelou-se altamente vantajosa, visto que numa área relativamente restrita, puderam ser contactadas várias FC). Esses segmentos foram selecionados aleatoriamente, e possibilitaram concomitantemente um número mais limitado de deslocações dos investigadores (Enfermeiras) e a redução das distâncias percorridas pelas mesmas.

Para a operacionalização deste processo, recorreu-se à Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI). Sendo uma base de dados georreferenciáveis foi construída pelo INE em

estreita colaboração com outras entidades, entre as quais se distinguem a totalidade das Câmaras Municipais, o Centro Nacional de Informação Geográfica (CNIG), o Instituto Geográfico do Exército (IGeoE) e o Instituto Português de Cartografia e Cadastro (IPCC).

Assim, a partir dos dados do Censos 2001, concernentes à distribuição geográfica das FC e respetiva georreferenciação na BGRI, e através do SIG escolhido (programa *QantumGis*<sup>®</sup>: cartografia oficial Portuguesa - *open source*), foi possível identificar os quarteirões (subsecções estatísticas da BGRI) em cada uma das freguesias do concelho de Paços de Ferreira.

Os *outputs* que se pretenderam então deste processo são *layers* com subsecções estatísticas onde se encontram as FC a amostrar por freguesia. Realizou-se a exportação destas *layers*: Base Geográfica de Referenciação da Informação (2001) Norte- BGRI; Carta Administrativa Oficial de Portugal Continental 2010- CAOP e Base de dados alfanumérica da BGRI 2001 Norte, para o formato KML, para que pudessem ser importados para o *Bing Maps* e facilitar a recolha de dados, aos investigadores (Enfermeiras) no terreno.

No *Bing Maps*, pretende-se que para além do local assinalado, a *layer* exportada contenha informação do número de FC desse local, de forma a recolher os dados ao total de FC assinaladas. Em função do resultado obtido, procedeu-se ao lançamento sucessivo de seleções aleatórias simples até que o total de FC atingisse um valor igual ou superior ao número de FC calculado para cada uma das freguesias.

A estratégia que será adotada para contactar a nossa amostra, prende-se com a deslocação das cinco investigadoras (Enfermeiras) às seleções geográficas, definidas previamente.

No quadro 4 decorrente do plano de amostragem descrito, apresentamos, por freguesia, o número efetivo de famílias clássicas que integraram a amostra.

**Quadro 4.** Número de FC que integraram a amostra, por local de residência, no concelho de Paços de Ferreira

Freguesia do Concelho de Paços de Ferreira	Número de FC efetivo que integraram a amostra
Arreigada	55
Carvalhosa	139
Freamunde	280
Frazão	152
Figueiró	100
Ferreira	131
Eiriz	111
Codessos	32
Modelos	70
Seroa	92
Paços de Ferreira	212
Penamaior	240
Meixomil	131
Lamoso	51
Raimonda	172
Sanfins de Ferreira	147

### 2.2.5. Instrumento de recolha de dados

Segundo Gil (2007), os formulários podem ser definidos como uma das técnicas mais eficientes de colheita de dados, essenciais para a investigação social. O sistema de colheita consiste em obter informações diretamente do entrevistado e registadas pelo investigador. Por ser possível aplicá-los aos diferentes segmentos populacionais e possibilitar a obtenção de dados facilmente quantificáveis, constitui-se num instrumento que se molda à presente investigação.

Enfatize-se também que, tal como postulam Polit & Beck (2011, p.380) “as taxas de resposta são geralmente mais elevadas nos contactos face a face, sendo que ao ser preenchido pelo investigador, este instrumento não apresenta a limitação da compreensão da linguagem escrita”.

Dadas as características da população envolvida e face à probabilidade de poderem estar envolvidos no estudo participantes (num número considerável) de idades avançadas, ou mesmo de pessoas com baixo nível de escolaridade, o investigador em função da sua presença, poderia disponibilizar os esclarecimentos que se verificassem necessários, à medida que vai recolhendo os dados.

O formulário foi montado com base numa plataforma informática denominada TELEFORM®, que permite registar os dados com diminuto recurso à escrita e possibilita *à posteriori*, a leitura ótica desses dados. Assim não só facilita como acelera, o processo de recolha de dados nos contactos com o entrevistado e a introdução da informação na base de dados.

Quando se verifica a presença de grandes amostras em estudo, bem como de um significativo número de dados a colher, este recurso revela-se de grande eficiência, tal como se observa e aplica no presente estudo.

Cada formulário é codificado numericamente com sete dígitos (o primeiro afeto à cidade, os dois seguintes para a freguesia, e os últimos para o número de ordem de resposta).

Segundo Gonçalves (2013) foi construído de raiz pela sua equipa de investigação devido à circunstância de não existir nenhum que permitisse responder cabalmente às perguntas da sua investigação, a partir das evidências constantes da literatura técnica e da discussão dentro desse grupo de trabalho, integrando um “vasto conjunto de questões a colocar aos representantes das famílias e/ou às pessoas dependentes, bem como, vários itens de observação para o investigador” (Gonçalves, 2013, p.112).

Esta escolha permitiu por sua vez, que todo o processo de lançamento dos dados fosse totalmente automático (o que concorre para a fiabilidade da informação disponível).

Segundo Gonçalves (2013, p.115), o referido instrumento “foi objeto de pré-teste”, com o intuito de lhe conferir maior robustez e facilidade de uso. Segundo o mesmo autor, a qualidade do instrumento foi avaliada através de outros estudos autónomos que decorreram em simultâneo,

tendo por base critérios de validade (mede o que se pretende medir) e de fidelidade (mede com precisão). Dos estudos realizados, segundo Gonçalves (2013, p.115) “resultou clara a robustez dos instrumentos, já que ficou evidente a validade do conteúdo (relação dos instrumentos com os conceitos centrais) e a validade de constructo ou conceptual (capacidade de medir o conceito)”. Tendo sido já utilizado em estudos realizados nos concelhos do Porto (Gonçalves, 2013), Lisboa (Costa, 2013), Matosinhos (OPSS, 2015) e Maia (Rocha, 2015), está testado em termos de sensibilidade, consistência e validade e intitula-se:

“Famílias que integram Dependentes no Autocuidado”.

O formulário encontra-se dividido em duas partes autónomas, mantendo a integridade referencial entre as partes respeitantes à mesma família.

- Parte I – Inquérito Preliminar/caracterização: (Anexo II);
- Parte II – Formulário PCD (Prestador de Cuidados/Dependente): (Anexo III).

#### *2.2.5.1. Parte I- Inquérito preliminar*

A parte I do formulário (Anexo II) inteirava o denominado inquérito preliminar, designadamente as questões que possibilitavam o procedimento de levantamento das famílias que integravam PD no AC.

Conscientes das dificuldades implícitas ao processo de recolha de dados face a experiências descritas em estudos anteriores e similares ao presente, optou-se por uma abordagem das FC, através de um contacto tão breve quanto possível, mas profícuo na obtenção da informação desejada.

Esta parte compreendia cinco questões fechadas que possibilitavam obter as seguintes informações:

- Na primeira, confirmar a aceitação por parte do entrevistado da participação no estudo;
- Na segunda e terceira, pretendia-se saber se algum dos membros da FC que coabitavam no alojamento era dependente no AC (de pessoa e/ou de equipamentos);
- Na quarta questão a obtenção da resposta, permitia-nos saber se algum familiar estava institucionalizado (num lar ou instituição de saúde);
- E na quinta e última questão, avaliávamos a disponibilidade dos entrevistados que reunissem os critérios para integrar a (segunda) amostra, para continuarem a sua participação no estudo, respondendo de seguida às partes seguintes do formulário.

Consoante a resposta à última questão, a entrevista poderia terminar de imediato ou continuar para a questão seguinte.

Se se observasse uma resposta positiva nesta última questão (o entrevistado aceitar continuar a responder), evoluía-se para as secções seguintes, que diziam respeito à caracterização sumária do alojamento e do tipo de família.

#### *2.2.5.2. Parte II- Formulário PCD*

Nesta parte (II) do formulário (Anexo III) aspirava-se obter informações para a caracterização das PD que integravam a FC, da sua situação de dependência, da sua condição de saúde, dos cuidados prestados pelo MFPC, dos equipamentos e dos recursos considerados necessários e utilizados para o efeito e, a PAE no desempenho do papel pelo cuidador familiar.

Dada a grande quantidade de informação a recolher, o instrumento foi construído pelos seus autores, segundo Gonçalves (2013, p.114) “numa lógica de questões fechadas com respostas dicotómicas (sim/não) ou escalas e questões abertas”.

#### *2.2.6. Procedimentos de recolha de dados*

A colheita de dados foi realizada de acordo com o plano de amostragem definido, entre os meses de outubro e dezembro de 2010.

Os formulários foram aplicados “porta a porta”, nos domicílios das FC residentes no concelho de Paços de Ferreira, pelas cinco investigadoras/Enfermeiras, membros da equipa de investigação. Dos cinco elementos, quatro encontravam-se a desenvolver dissertações de mestrado e o quinto elemento, como veiculado previamente, a presente tese de doutoramento.

Esta vivência traduziu-se numa experiência enriquecedora e que, indubitavelmente excedeu amplamente os objetivos do estudo. Estamos também convictos que a proximidade efetiva com as famílias, nos permitiu ter uma compreensão da problemática em estudo, que de outro modo seria impossível.

A equipa de investigação perfeitamente familiarizada com a realidade do concelho, e por forma a garantir elevada consistência entre as diferentes investigadoras, definiu procedimentos uniformes de recolha de dados e realizaram várias sessões de treino que precederam o trabalho de campo.

Durante o período de recolha de dados, toda a equipa de investigação manteve uma dinâmica de interação, com a intenção de alinhar estratégias, obviar problemas e de potenciar a qualidade da recolha de dados. Cada uma das investigadoras apresentou-se às FC selecionadas, munida do seu cartão da OE e vestida com uniforme de trabalho (bata branca).

A recolha de dados decorreu de acordo com o seguinte procedimento:

- Realização do inquérito preliminar;
- Pedido de colaboração voluntária na investigação;

- Informação sobre os objetivos da investigação e sobre a confidencialidade das respostas, garantindo-se o esclarecimento de quaisquer dúvidas que pudessem surgir;
- Aplicação dos instrumentos, quando demonstrada disponibilidade para a participação no estudo.

Durante a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi a investigadora a fazer as questões, preenchendo ela própria o formulário, de acordo com os dados fornecidos. Este tipo de administração permitiu em simultâneo esclarecer as perguntas e ter uma maior adesão nas respostas.

#### 2.2.7. Métodos de análise e tratamento dos dados

O método de análise deve ser congruente com o desenho e os objetivos do estudo.

Assim, após realizada a colheita dos dados, estes foram objeto de um conjunto de procedimentos que visavam garantir a sua robustez, descritos nos pontos seguintes.

#### 2.2.8. Preparação dos dados

Os dados recolhidos através dos formulários (Anexo II e Anexo III) ficaram alojados numa base de dados ACCESS da Microsoft®. Foram depois inspecionados pela equipa de investigação, com o intuito de despistar erros e ou informações aberrantes. Conhecendo o programa, puderam ser detetadas anomalias e a sua correção exigiu voltar a consultar os registos em suporte de papel, que resultaram da documentação dos investigadores. A natureza dos erros pode-se eventualmente explicar pela dificuldade que o *software* apresenta, aquando da leitura, de algumas particularidades da caligrafia humana.

#### 2.2.9. Análise dos dados

Para analisar os dados obtidos no primeiro momento, recorreremos a procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial, isto no que se reporta ao primeiro momento da investigação.

Para o tratamento estatístico (análise descritiva e inferencial) dos dados, foi utilizado o programa informático de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 18.0 SPSS Inc, Chicago, USA).

Este apresenta grande flexibilidade possibilitando a codificação das variáveis bem como a realização de testes estatísticos com visualização rápida dos resultados. Como o objetivo do estudo consiste em responder a várias questões, os resultados serão apresentados para cada uma, facilitando e simplificando a compreensão dos resultados encontrados.

Como ferramentas da estatística descritiva utilizaremos:

- Cálculo numérico de medidas amostrais.
- Resumo e descrição global dos dados através da construção de tabelas e de gráficos.
- Análise e interpretação dos resultados obtidos.

Para analisar os dados recorreremos conjuntamente a procedimentos de análise estatística inferencial, que proporcionou os meios indispensáveis para que sejam aferidas conclusões sobre uma população.

Trata-se, portanto, de conjunto de métodos estatísticos que visam caracterizar (ou inferir sobre) uma população a partir de uma parte dela (a amostra), preocupando-se com o raciocínio necessário para, a partir dos dados, se obter conclusões gerais. O seu objetivo fulcral é obter uma afirmação acerca de uma população com base numa amostra.

### 2.3. ***Estudo 2***

#### 2.3.1. *Seleção dos participantes*

Os participantes para o estudo 2 foram escolhidos propositadamente (amostragem do tipo intencional- amostra de conveniência), de acordo com alguns critérios.

Foram considerados aspetos como:

- A sua capacidade de comunicação;
- A sua experiência na assunção do papel enquanto MFPC;
- A interação social efetiva;
- A volição, envolvimento e disponibilidade para participação no estudo;
- Assinatura do Consentimento Informado, livre e esclarecido (Anexo IV).

O consentimento informado, livre e esclarecido para integrar a referida amostra foi demonstrado verbalmente pelos participantes e pela assinatura de documento que comprovava a respetiva concordância (Anexo IV).

Em relação à quantidade de participantes, os investigadores mais do que um número específico de entrevistados, procurava a repetição e a confirmação dos dados, ou seja, continuaram o percurso de pesquisa até à saturação dos dados (situação que se verificou ao fim de seis entrevistas realizadas).

De referir que nenhum dos seis casos seleccionados, se recusou a participar, procedendo à assinatura do documento em questão, após clarificação de dúvidas verbalizadas.

### 2.3.2. Instrumento de recolha de dados

No estudo 2, a entrevista semiestruturada foi o veículo utilizado no sentido de compreender a problemática em estudo, na ótica de quem a vivencia.

Para o efeito foi construído um guião orientador (Anexo V), tendo em consideração o marco teórico selecionado nesta investigação.

### 2.3.3. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados fez-se através da realização de entrevistas semiestruturadas, onde configuravam uma seleção de questões, cujo propósito era a obtenção das respostas, que espelhassem as situações vivenciadas pelo entrevistado. As perguntas que incorporaram o guião orientador (Anexo V) estavam intimamente relacionadas com as questões de investigação, verificando-se, contudo, a flexibilização do guião de acordo com cada caso em estudo.

Quanto à implementação das entrevistas semiestruturadas, estas tiveram lugar entre maio e julho de 2012. Sendo um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, o entrevistador que recolhe os dados e um respondente que fornece a informação, pretende-se examinar conceitos e compreender o sentido dos fenómenos, tal como são percebidos pelos participantes, servindo de complemento ao outro método de colheita de dados desta investigação (formulário). Este tipo de entrevista foi selecionado pelos investigadores, pois é desejado maior conteúdo informativo particular sobre o tema. Foi determinada uma lista de temas a abordar, formulando-se questões respeitantes a estes temas (Guião orientador- Anexo V), em que os investigadores os apresentam ao respondente (MFPC), numa ordem que julgam apropriada. Este momento de colheita possibilitou aos membros da família prestadores de cuidados a ocasião de exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema tratado.

Sendo a ordem das questões flexível, o entrevistador pôde começar por questões simples e colocar progressivamente questões mais complexas. Assemelhando-se a uma conversa informal, as questões são inspiradas pelas circunstâncias, sendo do tipo geral, normalmente não se recorrendo a subquestões, essas mais “castradoras” da resposta.

Para agilizar a marcação destes momentos (data e horário), os investigadores dirigiram-se às moradas dos familiares dependentes, aferindo com os MFPC um horário que resultasse numa simbiose entre os seus interesses e disponibilidade, e fosse exequível pelos entrevistadores.

A duração de cada entrevista situou-se no mínimo em 45 minutos e no máximo em 120 minutos. Cada uma das entrevistas foi codificada com a letra (E), seguido do número respetivo de cada participante, por ordem de realização temporal.

Durante a concretização das entrevistas foram observadas designadamente as condições habitacionais onde se encontrava a PD e onde eram prestados os cuidados pelo MFPC, bem como a condição de saúde de ambos.

Tentamos abarcar quer a comunicação verbal oral quer a não-verbal dos atores envolvidos, por forma a ampliar o conhecimento face a cada caso em estudo (situação vivenciada). Este instrumento permitiu alcançar uma variedade de impressões e perceções, que os MFPC possuem em relação às questões em estudo, sendo certo que o conteúdo da comunicação, não obstante a fala humana, tão recheada e valiosa (permitindo uma panóplia de interpretações), remeteu-nos para o campo dos conteúdos manifestos e dos conteúdos latentes das mensagens.

Como referem alguns autores, trata-se de uma técnica importante que permite uma estreita relação entre as pessoas, facultando aos entrevistadores melhor entendimento e captação da perspetiva dos entrevistados, em consonância com os propósitos delineados para o estudo 2.

#### 2.3.4. Método de análise e tratamento dos dados

Consideramos que a opção metodológica utilizada no estudo 2 para análise dos dados, e sabendo da dificuldade do tratamento dos mesmos a partir da colheita neste tipo de entrevista (heterogéneos, o que torna a comparação mais difícil), estamos conscientes, todavia, que a escolha efetuada para a orientação deste trabalho, se poderá constituir como uma condição facilitadora do processo.

Sabemos também que embora a investigação qualitativa surja frequentemente em oposição à investigação quantitativa, em termos de pesquisa científica e no presente trabalho elas são mais complementares que opostas. A primeira ajuda a compreender o quê e o porquê, e a segunda ajuda, com a força dos números, a identificar.

Assim, uma vez recolhidos os dados (obtidos através das entrevistas semiestruturadas), foram objeto de um conjunto de procedimentos dirigidos à garantia da sua robustez, enquanto etapa preliminar de análise. Realizou-se uma análise de conteúdo que embora sendo menos convencional se revelou muito rica e desafiadora pela possibilidade de extração de significados dos dados da pesquisa.

A análise realizada pelos investigadores constituiu-se como uma ferramenta importante para reforçar a confiabilidade, não apenas dos dados *per si*, mas simultaneamente da análise e da interpretação dos mesmos.

Um dos desafios prendeu-se também com a redução da riqueza dos dados para fim de relato, tarefa que tivemos como certa de grande labuta mental, mas como apontado anteriormente foi auxiliada e conduzida com mestria pela orientação que em bom tempo selecionamos para este percurso.

Como realçam Polit, Beck & Hungler (2011, p.213), este tipo de escolha metodológica é consentâneo no que diz respeito à relevância, pois permite ao investigador “estar numa boa posição para coletar dados mais aprofundados com um subconjunto dos respondentes iniciais, que podem ser usados como informantes para ajudar o pesquisador a interpretar os resultados”. Consideramos premente acrescentar que, este método é relevante para investigar fenómenos centrais para a Enfermagem, como sendo o caso das transições vivenciadas quer pelas pessoas num processo saúde/doença, quer pelos seus cuidadores familiares (Streubert & Carpenter, 2013).

As divergências porventura existentes entre as abordagens escolhidas (nos estudos 1 e 2) refletem sobretudo diferentes epistemologias, estilos de pesquisa e formas de construção teórica. Convém reiterar, no entanto, e acreditamos que ambos os métodos apesar das suas especificações não se excluem, pelo que se pode antever uma riqueza latente, que a coartação de um deles, poderia amputar.

#### 2.3.5. Procedimento de preparação e análise dos dados

A análise de conteúdo apresentou-se como a estratégia de análise de dados mais adequada aos objetivos e desenho da investigação. Como tal, recorreremos à análise de conteúdo categorial preconizada por Laurence Bardin (1977), partindo para a respetiva análise com categorias definidas *à priori*.

Berelson, Lazarsfeld e Lasswell enquanto os verdadeiros marcos criadores de um instrumental de análise de conteúdo, defendem que nesta etapa os investigadores são chegados a um dos momentos mais nevrálgicos de todo este processo, pela oportunidade que têm face à exploração dos dados em toda a sua riqueza e possibilidades. Este olhar multifacetado que é conveniente, permite uma assimilação da pluralidade de significados existentes e sentidos pelos entrevistados, com um carácter polissêmico numa abordagem naturalística pretendida.

Segundo Laurence Bardin, a análise de conteúdo é:

um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas - desde o cálculo

das frequências que fornece dados cifrados, até à extração de estruturas traduzíveis em modelos- é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade a da fecundidade da subjetividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem (1977, p.11).

Ainda e segundo esta autora francesa, o maior interesse deste instrumento polimorfo e polifuncional, reside para além das suas funções heurísticas e verificativas, na tarefa de “desocultação”, respondendo a uma atitude de *voyeurismo* do investigador e justificando a sua preocupação honesta, de rigor científico.

Este tipo de análise toma em consideração a totalidade de um texto, passando-o, de forma objetiva, por um crivo classificativo, de acordo com a frequência da presença, ou não, dos itens de sentido.

A análise de conteúdo procura de facto conhecer aquilo que está por detrás das palavras sobre as quais se debruça, e organiza-se segundo (Bardin, 1977) de acordo com a figura 8.

**Figura 8.** Polos cronológicos da análise de conteúdo



Adaptado de Laurence Bardin (1977)

### *A pré-análise*

Sendo a primeira fase do processo, é o momento de organização propriamente dito, em que os investigadores tornaram operatórias e sistematizaram as ideias iniciais, arquitetando um esquema conciso (plano) para as operações sucessivas. Nesta fase inicial, as três missões a concretizar foram a escolha dos documentos para serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentem a interpretação final.

Os investigadores realizaram deste modo a “leitura flutuante” dos documentos, estabelecendo o contacto com o texto e deixando-se “invadir por impressões e orientações” (Bardin, 1977; p.122). No que se reporta à “escolha dos documentos”, foi determinada *a priori*, pois o universo estava demarcado, e a constituição do *corpus* para análise definida. Dada a seleção do material do estudo não ter obedecido a qualquer critério de exclusão, que pudesse delimitar e orientar de forma mais precisa o material selecionado para os objetivos do estudo, o nosso material revelou-se muito vasto.

Atendendo ao facto da análise de conteúdo deste trabalho se centrar na caracterização do papel do MFPC para tomar conta de PD no AC, tornou-se evidente ser necessária a constituição de um *corpus* de análise que fosse de encontro aos pressupostos assentes na definição da transição vivenciada por estes indivíduos.

Nesta constituição os investigadores consideraram algumas regras cruciais, designadamente:

- A regra da exaustividade (foram incluídas as seis entrevistas realizadas, não excluindo nenhuma delas, pois os critérios recenseados abarcavam todos os seus conteúdos).
- A regra da representatividade (como o universo era homogéneo e conhecidas algumas das frequências das características da população, retomadas na população selecionada, em proporções reduzidas). Esta redução pensada no número de entrevistas realizadas, e por conseguinte, no número de documentos a analisar está intimamente relacionada com a ideia segundo Bardin (1977, p.123) de que “a costureira para que possa fazer ideia de uma peça de tecido com flores, tem necessidade de uma amostra maior desse tecido do que aquela que seria necessária para ter uma ideia de um tecido liso”.
- A regra da homogeneidade, em que os investigadores retiveram a totalidade dos documentos, pois não apresentavam demasiadas singularidades fora dos critérios de escolha (as entrevistas foram efetuadas sobre um “tema” comum, reportando-se ao mesmo, sendo a técnica utilizada para a sua obtenção idêntica e foram realizadas pelos mesmos investigadores).
- A regra da pertinência, pois os documentos fixados foram adequados enquanto fonte de informação, correspondendo ao objetivo que suscitou a análise.

No concernente à “formulação das hipóteses e dos objetivos”, os pesquisadores ponderaram a hipótese enquanto uma afirmação provisória que se propõem verificar (confirmar ou infirmar), uma suposição cuja origem é a intuição e que permanece em suspenso enquanto não for submetida à prova dos dados seguros.

Os objetivos por seu lado, relevados enquanto finalidade geral para a qual os investigadores se direcionaram, suportados por um quadro teórico, no qual os resultados obtidos serão depois utilizados.

A “referenciação dos índices e a elaboração de indicadores” contempla o “índice enquanto uma menção explícita de um tema numa mensagem” (Bardin, 1977; p.126).

Em relação à “preparação do material”, e antes da análise propriamente dita, o material reunido foi preparado (preparação formal-edição: cada uma das entrevistas foi gravada e conservada na sua integralidade em registo exclusivamente áudio, e codificada: (E1, E2, E3, E4, E5, E6), respetivamente. Em momentos subsequentes à data da sua realização foi feita a sua transcrição na íntegra para informação paralinguística.

#### *A exploração do material*

Esta fase, extremamente morosa e laboriosa, consistiu essencialmente em operações de codificação, decomposição e enumeração, em função das regras previamente formuladas. Aplicaram-se de um modo sistemático as decisões que na etapa anterior foram ditadas.

#### *O tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação*

Bardin (1977, p.127) aponta que “os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos”. Em bom rigor, os resultados foram submetidos a testes de validação, ficando os investigadores à sua disposição com resultados significativos e fiéis, propondo inferências e adiantando interpretações a propósito dos objetivos delineados.

Produzir inferências significa não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas embasá-las com pressupostos conceptuais e teóricos e com as situações concretas dos seus produtores (os entrevistados) ou dos seus recetores (os entrevistadores). Esta situação concreta é considerada obrigatoriamente à luz do contexto histórico e social da sua produção e receção.

O processo interpretativo que se realizou aos dados emergentes, conduziu-nos à obtenção de conceitos chave e relações entre os dados.

Da informação obtida, fez-se a análise com o método de comparação constante, usando-se o processo de codificação que, primeiro, levou à segmentação e à concetualização dos dados, para depois, terem sido agrupados, de novo, em categorias.

Num primeiro período, através do processo de codificação aberta, fez-se a comparação de incidente por incidente no *corpus* de análise, procurando as similaridades e diferenças, chegando-se à identificação de categorias e subcategorias (previamente definidas).

Segundo Berelson (1971) a análise de conteúdo mantém-se ou desaparece pelas suas categorias. A divisão das componentes das mensagens analisadas em rubricas ou categorias foi basilar para a persecução dos objetivos delimitados neste estudo.

As categorias iniciais configuraram-se como as primeiras impressões acerca da realidade estudada. Resultaram do processo de codificação das entrevistas transcritas e cada categoria constitui-se dos trechos selecionados das falas dos entrevistados e, também, conta com o respaldo do referencial teórico.

Destaca-se que não existem “regras normativas” tanto para a nomeação das categorias, quanto para a determinação do seu número. Estas questões ficam intimamente contingentes à quantidade do *corpus* de dados coletados.

Assim, na pesquisa original, as categorias iniciais foram dispostas nas sessões de análise dos dados, através de citações ilustrativas nas narrativas dos entrevistados juntamente com o referencial teórico balizador. Com vista a refinar a análise dos dados, o agrupamento progressivo das categorias iniciais, resultou por vezes na emergência de categorias intermediárias. Estas por seu turno ampararam a construção das categorias finais.

As categorias terminais resultaram do reagrupamento progressivo de categorias com uma generalidade “mais fraca”, reunindo qualidades como a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade, a fidelidade e a produtividade.

Posteriormente, fez-se a codificação axial, estabelecendo-se uma relação entre as múltiplas categorias (por via da codificação seletiva chegou-se como aludido anteriormente, a um refinamento das categorias emergentes).

A codificação, ou seja, “o processo pelo qual, os dados brutos são transformados e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características relevantes do conteúdo” (Holsti, 1969, *apud* Bardin, 1977, p.103), é faseado de decisões e ações que deve levar em alta consideração e deve ser adaptado às características do material a estudar. Segundo Bardin (1977) trata-se de um processo de esquartejamento do texto, do estilhaçar o encadeamento discursivo e do seu sentido imediato, visível, com o objetivo de se descortinarem sub-repticiamente outros sentidos.

A análise categorial, cronologicamente o conjunto de técnicas de análise de conteúdo mais antigas, e na prática investigativa mais utilizada, funciona na sua essência e como no caso da presente investigação, por operações de “desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (Bardin, 1977; p.199).

A análise temática é transversal (recorta das entrevistas, através de uma grelha de categorias projetada sobre os conteúdos), sendo mais rápida e eficaz na condição de se aplicar a significações manifestas e simples.

A categorização é indubitavelmente a fase mais problemática desta técnica (análise de conteúdo), mas também deveras criativa, segundo a maioria dos peritos nesta matéria (Bardin, 1977).

Por muitos autores considerada como a “palavra-chave” que indica o significado central de um conceito que se pretende delimitar e por sinónimos ou indicadores que descrevem a proximidade ou a “constelação semântica” (Bardin, 1977) desse conceito.

É consensual que essa palavra-chave que melhor traduz todo o sentido da categoria deve ser escolhida de modo a representar, com exaustividade e rigor, o sentido dos indicadores.

A elaboração de um conjunto de subcategorias pode ser um recurso para explicitar clarificando, todo o sentido da categoria.

Nesta altura, a categorização apresenta um papel importante, uma vez que é das categorias elaboradas, *à priori* ou *à posteriori* da leitura dos documentos, que os investigadores procedem à agregação das unidades de registo previamente definidas (Bardin, 1977).

Berelson definia o tema como: “uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou frase condensada, por influência da qual pode ser afetado com um vasto conjunto de formulações singulares” (Bardin, 1977; p.131).

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Os discursos convertidos em unidades de significação sofrem um processo de localização e atribuição de traços de significado, como resultado de uma relação dinâmica entre o discurso proferido e a atividade interpretativa do investigador (Berelson, 1971).

Em síntese, a análise efetuada possibilitou um exame das comunicações, que esmiuçou o que foi dito nas entrevistas ou observado pelos investigadores, auxiliando na compreensão do que está nos e por trás dos discursos (fontes verbais e não-verbais).

Os investigadores neste alinhamento e pela impraticabilidade de o fazer de outro modo, optam por apresentar os conteúdos/ resultados que relevam e permitem o entendimento e explicação sobre este fenómeno: A transição vivenciada pelo MFPC face ao tomar conta de uma PD no AC, no Capítulo III desta tese.

#### **2.4. Considerações éticas**

Na investigação, os aspetos éticos assumem um papel capital, uma vez que sem esta toda a investigação poderá ser colocada em causa. A investigação no geral, seja qual for o caminho epistemológico, está regida por regras internacionais e nacionais, relativas à proteção das pessoas.

No que se refere especificamente à pesquisa em Enfermagem é de salientar o Guia de Valores Éticos da Associação Americana das Enfermeiras (1968), as Normas para pesquisa em

Enfermagem (1975) e o Professional Code for Nurses (1976), como documentos pioneiros nesta área.

Fazer investigação em saúde implica, não raramente, estudar populações constituídas por indivíduos fragilizados de forma física ou psicológica, de modo temporário ou permanente, e tal facto deve contribuir para que a Enfermagem se debruce de forma mais cuidada sobre o dever de proteção daqueles que estão vulneráveis (Artigo 81 do Código Deontológico de Enfermagem).

A conceção e a realização deste estudo fundamentam-se no Modelo Principalista apresentado por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, em *Principles of Biomedical Ethics* em 1979, em que os autores propõem a existência de quatro princípios morais:

- Princípio da Autonomia: etimologicamente, o termo autonomia significa a condição de quem é autor de sua própria lei; capacidade do cliente para o autogoverno, liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade de vontade, ser motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo, para ser atingida, pressupõe duas condições essenciais: liberdade (independência de influências controladoras) e qualidade de agente (capacidade de agir intencionalmente).
- Princípio da Não-Maleficência: a exigência geral de não fazer mal a outrem, isto é a obrigação de não infligir dano intencionalmente, *Primum non nocere* que significa acima de tudo não causar dano.
- Princípio da Beneficência: a obrigação moral de agir em benefício dos outros.
- Princípio da Justiça: a disponibilização de um tratamento justo, equitativo e apropriado, tendo por base aquilo que é devido às pessoas e a melhor evidência disponível.

Tendo em consideração que a colheita de dados foi realizada “porta-a-porta”, a pessoa inquirida teve total autonomia para recusar ou consentir a sua participação, em qualquer momento do processo.

O consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo IV) para recolha e utilização dos dados foi dado ou não pelo inquirido de acordo com a disponibilidade demonstrada em consentir o diálogo com as investigadoras e a aplicação do instrumento, ou realização da entrevista (se for o caso), após informação conveniente acerca da pertinência do estudo.

Obedecendo à declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, a todos os participantes no estudo foi assegurada a confidencialidade e a manutenção da privacidade (a anonimização dos dados será garantida).

A vontade e a liberdade dos participantes foram sempre respeitadas e os dados foram colhidos e mantido o anonimato implícito aos mesmos, visto que foram codificados apenas com informação relativa ao concelho e à freguesia, de modo a que os participantes não pudessem ser identificados. Neste sentido, a todos os participantes do estudo foi solicitado o consentimento

oral, através da realização de um inquérito preliminar, sendo, simultaneamente, esclarecidos e informados sobre o estudo a desenvolver, dos seus objetivos, da finalidade e dos benefícios que poderá trazer à comunidade, salientando, no entanto, que estes não serão imediatos.

Foram ainda informados sobre os procedimentos através dos quais os dados foram colhidos, da necessidade estrita da sua participação voluntária, e da possibilidade de poderem, a qualquer momento, desistir da sua participação, sem qualquer prejuízo.

Todos os participantes do estudo foram informados do direito de acesso aos resultados da investigação.

A Comissão Nacional de Proteção de Dados foi notificada quanto à realização do primeiro estudo, reunindo por isso conhecimento sobre o instrumento de colheita de dados (Formulário), assegurando a isenção de dano e de exploração do investigado.

Para o segundo estudo, foi produzido um documento de consentimento informado, livre e esclarecido para os MFPC (Anexo IV), que após a devida explicação e clarificação do processo, foi devidamente assinado pelos próprios, atestando a sua escolha e liberdade na participação.

Ressalvamos as situações de necessidades de cuidados prementes que objetivamente fossem detetadas, ou sinalizadas pelas investigadoras que, como não estando tratadas, necessitariam de ser encaminhadas: situações que não se vieram a observar ao longo do estudo.

Note-se que apesar do desenvolvimento da ciência se encetar através da investigação, não significa, no entanto, que o progresso do conhecimento científico, ofereça garantias morais e éticas. Os investigadores deste estudo estavam deste modo conscientes destas premissas, e partindo destes pressupostos zelaram para se constituírem charneira entre os céleres avanços tecnológicos e a humanidade indispensável.

## Capítulo III

---

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*3.1. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado*

*3.2. As pessoas dependentes no autocuidado*

*3.3. O membro da família prestador de cuidados*

*3.4. Os cuidados assegurados pelo MFPC à pessoa com dependência*

*3.5. Percepção da autoeficácia do MFPC relativa ao exercício do papel*

*3.6. Equipamentos e recursos que se constituem como suporte para o AC*

*3.7. A transição para o exercício do papel vivenciada pelo MFPC*



### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação e discussão dos principais resultados que caracterizam o fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar, no concelho de Paços de Ferreira, depois de descritas e devidamente justificadas as etapas metodológicas desta investigação. Esta etapa do processo investigativo é vital para a apresentação das principais sínteses e discussão dos aspetos mais relevantes da investigação, quer pelo seu significado intrínseco, quer pela comparação com a evidência científica produzida até ao momento.

Sendo a análise de dados, um conjunto de métodos estatísticos que permite visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados recolhidos junto dos participantes (Fortin, 2009), utilizamos para o efeito tabelas, gráficos, quadros e figuras, sendo que a cada um deles é atribuído um título que deixa antever o tipo de resultados a apresentar.

A organização adotada para esta explanação teve em consideração os objetivos do estudo, apresentando e discutindo sequencialmente os resultados atinentes à proporção de famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado, a caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes e dos MFPC, o grau de dependência no AC, a condição de saúde da PD, a intensidade e o incentivo com que o MFPC presta cuidados à PD no AC, a perceção de autoeficácia específica do MFPC no exercício do papel e os recursos/equipamentos utilizados.

Enfatizar que a reflexão que se pretende crítica sobre os “achados”, deverá ir também de encontro ao referencial teórico escolhido, permitindo a proposta de algumas considerações sobre as implicações que esses mesmos resultados poderão capitular para a Enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Ao longo deste capítulo recorreremos preferencialmente a resultados de estudos de investigação realizados por Enfermeiros, sobre o mesmo fenómeno- dependência em contexto familiar- realizados em Portugal, a partir de 2011, pois consideramos serem mais relevantes pela proximidade ao nosso contexto.

Faremos referência com algum detalhe a resultados exploratórios já publicados, que integram designadamente projetos alargados sobre esta problemática, desenvolvidos nos concelhos designadamente de Lisboa, do Porto, da Maia e de Matosinhos. Consideramos também a premência de referir um outro estudo realizado nas sub-regiões do Cávado (a norte) e do Ave (a sul), por ter sido utilizado o mesmo instrumento de recolha de dados, Formulário: “Famílias que integram dependentes no autocuidado” (Anexos II e III), para efetivação de parte dessa investigação.

Para além dos trabalhos mencionados, sustentamos a discussão também em torno de dados disponibilizados por organismos públicos, de referência nestas problemáticas.

Reconhecendo desde logo o eventual “peso” na leitura da tese, associado ao número de referências elencadas, estamos contudo conscientes tratar-se de uma informação valiosa e relevante, que concorre para o debate sério deste fenómeno.

Ressalvando desde logo que,

apesar de nada garantir que estes concelhos sejam representativos do todo Nacional, dado o tamanho das amostras aleatórias utilizadas – que os torna representativos dos concelhos a que se reportam –, a utilização dos dados que deles resultaram é incontornavelmente preciosa, (...) por nenhum outro dado mais fiável estar no momento disponível (OPSS, 2015, p. 86).

### **3.1. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado**

A realidade portuguesa patenteia a família como o primeiro recurso culturalmente elegido, na prestação de cuidados aos seus membros dependentes (Andrade, 2009; Pinto, Carranca e Brites, 2010). As políticas de saúde e sociais preconizam a manutenção das pessoas dependentes no seio do seu agregado familiar, exigindo à família uma reorganização funcional, tal como uma aprendizagem de novas competências. Comumente este tipo de suporte prestado pelas famílias é caracterizado na sua essência pela maior ou menor disponibilidade ou permanência de um dos seus membros- MFPC. Este tipo de apoio procura essencialmente dar resposta às ditas necessidades da PD, e concomitantemente às referidas na literatura como sendo as necessidades sociais. Segundo Figueiredo (2007) estas compreendem sentimentos de afeto e de afiliação, pertença, segurança a aprovação. Urge, portanto, investigar a referida problemática, numa perspetiva de expansão da base de conhecimento sobre o fenómeno e pela possibilidade subjacente de expansão do potencial terapêutico das intervenções dos Enfermeiros.

#### **3.1.1. Proporção de FC que integram PD no AC**

No cumprimento do plano amostral, a investigação foi desenvolvida junto de famílias de uma região do Norte de Portugal - concelho de Paços de Ferreira. Com base numa abordagem do tipo “porta a porta”, as investigadoras (5 Enfermeiras) estabeleceram contacto com 2126 famílias. Destes contactos e atendido o consentimento informado, livre e esclarecido dos representantes das famílias, recusaram responder ao inquérito preliminar 11, pelo que se obteve um total de 2115 formulários preliminares preenchidos. Cada representante figurava uma FC, sendo que foram identificadas 248 que integravam pessoas dependentes no AC. Dessas 248 FC, 7 recusaram

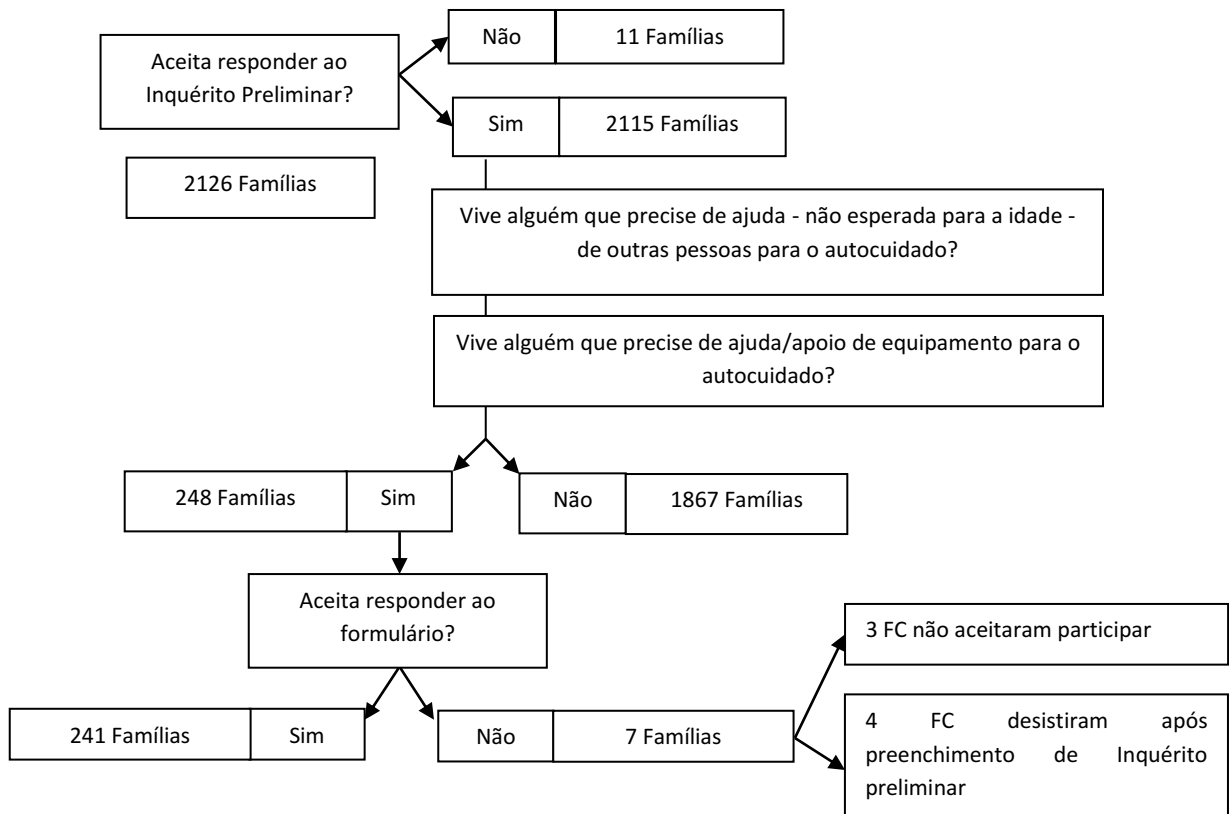
cooperar na investigação (sendo que 3 não aceitaram participar no estudo e 4 desistiram após inquérito preliminar).

Destas famílias, aceitaram dar continuidade ao processo, respondendo a questões e ou permitindo a observação dos familiares dependentes, 241 FC. Constatou-se assim que neste concelho, 11,73 % das famílias integravam pelo menos uma PD no AC.

Para efeitos da presente análise, admite-se que as tentativas de inquérito não conseguidas (“campainhas não atendidas”) representam FC que não integram PD no AC.

Para otimizar a compreensão das etapas percorridas, apresenta-se a figura 9, numa tentativa da sua síntese.

**Figura 9.** FC do concelho de Paços de Ferreira que integravam pessoas dependentes no autocuidado



A amostra obtida permitiu estimar o número e a percentagem de FC do concelho de Paços de Ferreira, por freguesia, que integravam PD no AC.

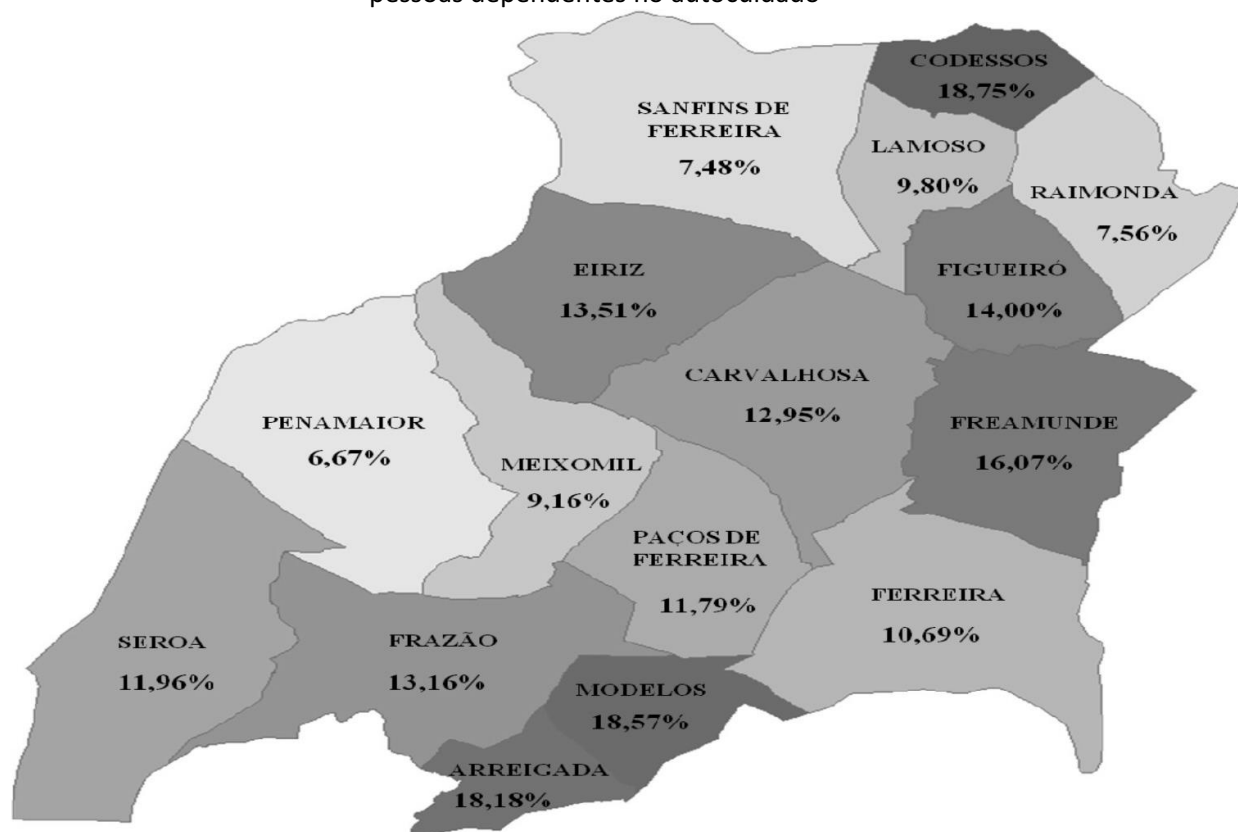
De acordo com os objetivos elencados apresenta-se na tabela 3 a proporção de FC, por freguesia, que integravam pessoas dependentes.

**Tabela 3.** Proporção de FC, por freguesia, do concelho de Paços de Ferreira, que integravam pessoas dependentes no autocuidado

Freguesias de Concelho de Paços de Ferreira	Total de FC da amostra	Integravam dependentes		Proporção de FC com dependentes
		Não	Sim	
Arreigada	55	45	10	18,18%
Carvalhosa	139	121	18	12,95%
Codessos	32	26	6	18,75%
Eiriz	111	96	15	13,51%
Ferreira	131	117	14	10,69%
Figueiró	100	86	14	14,00%
Frazão	152	132	20	13,16%
Freamunde	280	235	45	16,07%
Lamoso	51	46	5	9,80%
Meixomil	131	119	12	9,16%
Modelos	70	57	13	18,57%
Paços de Ferreira	212	187	25	11,79%
Penamaior	240	224	16	6,67%
Raimonda	172	159	13	7,56%
Sanfins de Ferreira	147	136	11	7,48%
Seroa	92	81	11	11,96%
<b>Total</b>	<b>2115</b>	<b>1867</b>	<b>248</b>	<b>11,73%</b>

Das FC avaliadas, por freguesia do concelho de Paços de Ferreira, que integravam pelo menos um membro dependente no AC, averiguamos que nas freguesias de Codessos (18,75%), Modelos (18,57%) e Arreigada (18,18%) apresentavam a maior proporção de FC com dependentes. Já pelo contrário, Penamaior (6,67%), Sanfins de Ferreira (7,48%) e Raimonda (7,56%), constituíram as freguesias concelhias em que essa proporção era menor.

**Figura 10.** Proporção de FC, por freguesia, do concelho de Paços de Ferreira, que integravam pessoas dependentes no autocuidado



Do conhecimento gerado e publicado noutros estudos nacionais, constata-se que a proporção de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado no concelho de Paços de Ferreira (11,73%), (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012) é superior aos restantes concelhos estudados do país: Lisboa (7,95%), (Costa,2013); Maia (8,38%), (Rocha, 2015); Matosinhos (9,5%), (Campos, 2011) e Porto (10,41%), (Gonçalves, 2013).

Na tentativa de compreender os resultados obtidos, parece numa primeira análise, poder associar-se às características sociodemográficas e culturais das famílias que vivem em meios mais rurais. Este concelho detém uma das maiores zonas industriais do país dedicada à produção de mobiliário, não deixando, contudo, de manter nas freguesias constituintes, algumas peculiaridades de uma localidade com um aspeto identitário mais ruralizado.

Os dados que de seguida se exibem caracterizam as FC que integravam PD no AC, neste concelho do norte do país. Nessa caracterização inserem-se os alojamentos onde viviam as FC e os membros dependentes, e a tipologia das famílias.

#### *3.1.1.1. Caracterização dos Alojamentos*

Atestamos a partir da tabela 4, que os alojamentos onde viviam as FC concentraram-se maioritariamente em duas tipologias; 83,8 % eram moradias (n=202) e 10,4% apartamentos (n=25).

Apesar de, na avaliação levada a cabo pelas investigadoras-Enfermeiras, 62,6% dos alojamentos não carecerem ou apenas necessitarem de pequenas ou médias reparações, 12,9% dos alojamentos requerem grandes ou muito grandes reparações (n=31).

Desses 241 alojamentos, 98,7% tinham retrete (n=231), 97% instalação de banho ou duche (n=227), 91,4% tinham água canalizada (n= 213), 72,8% não possuíam qualquer tipo de acessibilidade para PMC (n=169) e 52,1% tinham aquecimento (n=122).

De enfatizar ainda que nesta amostra, 28 eram os alojamentos que ainda não tinham água canalizada, 14 não possuíam instalação de banho ou duche, 10 não possuíam retrete e pouco menos de metade (119) não tinha aquecimento.

**Tabela 4.** Características dos alojamentos

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de edifício do alojamento</b>		
Clássico: apartamento	25	10,4
Clássico: moradia	202	83,8
Clássico: outro tipo	10	4,1
Não Clássico	4	1,7
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>
<b>Necessidade de reparações no alojamento</b>		
Muito grandes	5	2,1
Grandes	26	10,8
Médias	70	29,0
Pequenas	81	33,6
Nenhumas	59	24,5
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>
<b>Acessibilidades no alojamento PMC</b>		
Não	169	72,8
Sim	63	27,2
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>100</b>
<b>Alojamento com</b>		
Retrete	231	98,7
Água canalizada	213	91,4
Instalação de banho ou duche	227	97,0
Aquecimento	122	52,1

Assinale-se que no estudo, a área útil média dos alojamentos é de 125,41 m<sup>2</sup> (a área mínima foi 10 m<sup>2</sup> e o máximo de 350 m<sup>2</sup>), com um desvio padrão de 54,38.

Quanto ao número de divisões dos alojamentos, o mínimo de divisões encontradas foi 1 e o máximo 15, o que regista uma média 6,85 divisões por alojamento, sendo o desvio padrão neste caso de 2,35.

No que concerne ao número de ocupantes por alojamento, a média é de 3,45 (sendo o mínimo de 1 e o máximo de 11), com um desvio padrão de 1,54.

Tomando em consideração a evidência produzida, é nos concelhos com maior área considerada rural que a maioria das famílias clássicas tem como tipo de edifício do alojamento a moradia: a Maia com (81,6%), (Rocha,2015); Paços de Ferreira (83,8%), (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012); resultado semelhante encontrado no estudo de Petronilho (2013): 87,6%.

Em oposição no concelho de Lisboa, as famílias habitam maioritariamente em apartamento (91,4%), (Martins, 2011; Costa, 2013), situação análoga à registada no Porto (48,4%), (Gonçalves, 2013).

Em relação às questões da necessidade de fazer reparações nos edifícios, tal como na questão da acessibilidade, os resultados obtidos nos estudos mencionados vão de encontro à informação

disponibilizada pelo INE (2011) no tocante à primeira questão (71% dos edifícios nacionais não apresentam essa necessidade) e pelo Censos (INE, 2011) consentânea com o facto da maioria dos edifícios não ser acessível.

### 3.1.1.2. Caracterização das FC

Das FC investigadas no concelho de Paços de Ferreira, com pelo menos um membro dependente no AC, 16,5 % não tinham núcleos, 21,2 % tinha dois núcleos e em 61,9% eram constituídas apenas, por um núcleo (n=146).

As FC avaliadas têm em média, 3,64 membros (com um desvio padrão de 1,74), sendo que como podemos observar na tabela 5, existem agregados unipessoais que representam 3,4% da amostra.

**Tabela 5.** Características das famílias

Variáveis	N	%
<b>Tipo de família</b>		
Clássica sem núcleos	39	16,5
Clássica com um núcleo	146	61,9
Clássica com dois núcleos	50	21,2
Clássica com três núcleos	1	0,4
Subtotal	236	
Missing	5	
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>
<b>Número de ocupantes do alojamento do Dependente</b>		
1	8	3,4
2	71	29,8
3	55	23,1
4	55	23,1
5	24	10,1
6	17	7,1
7	6	2,5
8	2	0,8
Subtotal	238	
Missing	3	
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

Relativamente ao tipo de família, o concelho de Paços de Ferreira integra à semelhança de Lisboa e Porto maioritariamente o tipo de família com um núcleo, respetivamente com 61,9% (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012), 57,7% (Martins, 2011; Costa, 2013) e 67% (Silva, 2011; Gonçalves, 2013).

Em relação às famílias com dois núcleos atinge em Paços de Ferreira como veiculado previamente os 21,2% (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012), em Lisboa os 12,7% (Martins, 2011; Costa, 2013) e os 5% no Porto (Silva, 2011; Gonçalves, 2013). Estes dados contrastam com os do concelho da Maia (45,4% das famílias com dois núcleos e 41,2% com um núcleo) e com os das sub-regiões do Cávado e Ave (46,2% das famílias estudadas têm um núcleo e 45,7% com dois núcleos) (Petronilho, 2013).

Poder-se-ia esperar que nos concelhos de matriz mais urbana pudéssemos encontrar famílias menos numerosas, o que se veio a verificar nos concelhos de Lisboa e Porto. Contudo, em Paços de Ferreira, o concelho apresenta a segunda maior percentagem de famílias com um núcleo, à frente do concelho da Maia e das sub-regiões do Cávado e Ave. Este resultado poderá eventualmente estar relacionado com o facto de ser um concelho maioritariamente jovem.

### **3.2. *As pessoas dependentes no autocuidado***

O desenvolvimento social predis põs para um conjunto de melhores condições da vida das pessoas, que passam não somente por apenas uma melhor alimentação, bem como por uma acessibilidade a melhores cuidados de saúde e eventualmente a uma melhor situação económico-financeira. Em virtude dessas transformações, as pessoas vivem durante mais tempo.

O envelhecimento demográfico cumpre-se desta forma em mais pessoas e é mais moroso, registando maior número de comorbilidades associadas às idades mais avançadas, e com isso, o incremento de pessoas em situação de dependência face ao AC.

#### **3.2.1. Características sociodemográficas das pessoas dependentes**

Da análise das variáveis sociodemográficas dos membros dependentes que integravam as FC de Paços de Ferreira, das 241 PD existentes na amostra do nosso estudo, encontramos 128 que pertenciam ao género feminino (53,1%) e 113, ao género masculino (46,9%), como se pode constatar através da tabela 7.

As idades variavam por sua vez, entre os 7 e os 97 anos, com uma média de 67,57 anos e um desvio padrão de 21,45 anos (tabela 6).

De ressaltar a presença de 15 PD correspondentes a 6,2% da amostra com idades inferiores aos 18 anos (membros dependentes menores- crianças), fazendo prova do facto de na literatura ser evidente que a dependência pode subsistir em qualquer faixa etária. Ressalva-se, contudo, que se limitássemos a participação no estudo a dependentes adultos, a média de idades observada, agravar-se-ia.

Os dependentes idosos (com mais de 65 anos) surgem com uma maior percentagem (67,2%), sendo que 39,8% tinham mais de 80 anos (n=96). Estes dados comprovam a estreita relação observável entre a idade mais avançada e a situação de dependência.

No que concerne ao estado civil, a maioria (41,7%) das PD (n=100) eram casadas ou viviam em união de facto, 89 eram viúvas (37,1%) e 50 solteiras (20,8%). De registar que apenas 1 PD era divorciada.

**Tabela 6.** Medidas de localização e dispersão para a variável idade das pessoas dependentes integradas em FC, no concelho de Paços de Ferreira

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Idade</b>	241	7,00	97,00	67,57	21,45

**Tabela 7.** Características sociodemográficas (género e estado civil) das pessoas dependentes integradas nas FC no concelho de Paços de Ferreira

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	128	53,1
Masculino	113	46,9
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado / união de facto	100	41,7
Viúvo	89	37,1
Solteiro	50	20,8
Divorciado	1	0,4
	Subtotal	240
	<i>Missing</i>	1
	<b>Total</b>	<b>241</b>
		<b>100</b>

A caracterização das pessoas dependentes no autocuidado integradas em famílias clássicas no concelho de Paços de Ferreira está consentânea com os resultados obtidos nos outros estudos investigativos, podendo haver, contudo, alguns aspetos a avivar.

Assim, Paços de Ferreira patenteia a menor percentagem de pessoas dependentes de sexo feminino com 53,1% (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012), seguido e por ordem crescente de valor o estudo de Petronilho (2013) com 54,5%, e Lisboa apresenta a terceira menor percentagem de dependentes deste sexo (60,33%), (Martins, 2011; Costa, 2013).

A média de idades das pessoas dependentes varia entre 67,57 anos no concelho de Paços de Ferreira (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012) e os 78,44 anos no Concelho do Porto (Gonçalves, 2013), verificando-se no concelho de Lisboa a média de idades de 72,6 anos (Martins, 2011; Costa, 2013), resultado muito próximo ao obtido no concelho da Maia (72,2 anos) (Rocha, 2015), sendo de 77,3 anos a das pessoas dependentes das sub-regiões do Cávado e Ave (Petronilho, 2013).

Estes resultados podem espelhar um dos dados apontados anteriormente e que se prende com o facto de na amostra de Paços de Ferreira terem sido encontradas 15 PD no AC, correspondentes a 6,2% da amostra que são menores de idade (crianças).

Relativamente ao estado civil das pessoas dependentes, a percentagem de viúvos encontrada em Paços de Ferreira (37,1%) (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012), está no alinhamento dos resultados obtidos nos outros estudos (percentagem próxima dos 40%), com

exceção da percentagem encontrada em Lisboa, em que os viúvos ultrapassam metade da amostra (51,6%) (Martins, 2011; Costa, 2013).

Nesta altura seria também relevante discutir a questão da institucionalização dos dependentes, face aos dados superiormente elencados.

Segundo o OPSS (2015; p.95), “na nossa cultura, “ter de ser institucionalizado” numa situação de dependência tem, para um conjunto significativo de portugueses, uma conotação negativa. No estudo de Parente (2015) foram realizados 2314 inquéritos sobre a opinião relativa à “melhor solução para si” se, um dia, viessem a experimentar dependência no autocuidado. Constatou-se que 48,6% dos inquiridos preferiam “ficar em casa se houver condições” e 11,4% optam por “ficar em casa”, independentemente de estarem ou não reunidas as condições”.

A “questão de ouro” que se coloca, é saber se os critérios usados pelas FC para decidirem sobre o institucionalizar ou não a PD, varia com a região do país, e se o meio onde a FC se encontra, ora urbano ora rural, com aspetos culturais distintos, impactaria no resultado.

Acrescentar que aquando da colheita de dados no concelho de Paços de Ferreira, e ainda no que concerne ao inquérito preliminar, quando as FC eram inquiridas sobre a existência de algum familiar direto internado num lar ou outra instituição, a generalidade respondia negativamente.

De facto, os dados obtidos neste concelho não podem traduzir de todo a situação do país, mas são claramente representativas do concelho em estudo, que *per si*, apresenta características marcadamente rurais. A ruralidade implícita ao meio em estudo, apresenta uma identidade própria que se entende pelo vínculo que a comunidade em geral estabelece com o espaço, implicando a valorização do património material, imaterial e humano. Está intimamente associada às representações que as pessoas constroem acerca a si próprias, dos seus vizinhos, das suas tradições e das atividades que desenvolvem nesse lugar. Desta forma, o ser humano constrói símbolos e representações que conferem significado aos seus recursos e à sua história.

A proximidade com a natureza, bem como o estilo de vida e o padrão específico de relações sociais que o viver no “campo” tornam possível e podem justificar em parte, a manutenção da pessoa dependente maioritariamente no meio familiar, concorrendo para tal a rede social alargada. A densidade populacional mais baixa comparativamente com as grandes urbes, permite aos habitantes destas áreas estabelecerem relações de proximidade e interajuda, não observáveis normalmente nas cidades.

Quanto aos níveis de escolaridade (tabela 8), verifica-se que das PD 85,9% não têm mais do que o 1º ciclo do ensino básico, sendo que 44,6% não têm, inclusive, qualquer escolaridade (n=107). Os demais (n=34) encontravam-se distribuídos pelos outros níveis de escolaridade, sendo que só 2,1% dos indivíduos correspondentes a 5 PD, tinham completado o ensino superior.

Note-se também e como podemos observara na tabela 8, que 88,7% das PD não tem qualquer ocupação profissional (n=211); destas, 194 eram pensionistas/reformados (81,5%) e 4 encontravam-se desempregados (1,7%). Estes valores poderão ser expectáveis face à idade da maioria das PD no AC. Contudo e de apontar que 7,1% ainda mantinham alguma ocupação profissional.

Segundo Gonçalves (2013), este dado poderá significar que se trata de casos de PD cuja instalação da dependência é temporária e em idade ativa, mas por outro lado também significar que, a sociedade está a cambiar no sentido de integrar pessoas que exibem algum *handicap* na sua motricidade.

**Tabela 8.** Caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes no AC integradas em FC do concelho de Paços de Ferreira (Habilitações Literárias e Profissão)

Variáveis	N	%
<b>Habilitações Literárias</b>		
Ensino básico - 1.º ciclo	99	41,3
Ensino básico - 2.º ciclo	19	7,9
Ensino básico - 3.º ciclo	7	2,9
Ensino secundário	3	1,3
Ensino Superior	5	2,1
Nenhum	107	44,6
Subtotal	240	
Missing	1	
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>
<b>Profissão</b>		
Pessoal administrativo e similares	1	0,4
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	1	0,4
Operários, artificies e trabalhadores similares	3	1,3
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores	1	0,4
Trabalhadores não qualificados	2	0,8
Doméstico	13	5,5
Desempregado	4	1,7
Pensionista / Reformado	194	8,1
Estudante	10	4,2
Outra	9	3,8
Subtotal	238	
Missing	3	
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

No tocante ao nível de escolaridade das pessoas dependentes, há um número significativo que não tem nenhum nível de escolaridade: mais de 50% nas sub-regiões do Cavado e Ave (Petronilho, 2013), 44,6 % em Paços de Ferreira (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012), mais de 1/3 no Porto (Silva, 2011; Gonçalves, 2013), cerca de 1/5 no concelho de Lisboa (Martins, 2011; Costa, 2013) e na Maia 1/4 também é analfabeta.

Se nos detivermos por momentos na idade média de todas as pessoas dependentes no AC integradas nas famílias estudadas, podemos inferir que terão nascido nos anos 40 do século passado, significando que a política educativa à data, pese embora a frequência do ensino básico

(1º ciclo), chamado de escola primária fosse obrigatória, tal não era manifestamente cumprido (Rocha, 2015).

### 3.2.2. A instalação da dependência no AC

De acordo com a tabela 9, analogamente à situação que originou a dependência, distinguem-se como principais causas, a doença crónica com 63,6% (n=147) e o envelhecimento com 31,5% (n=68).

Para a maioria das PD com cerca de 66,5% da amostra, a instalação da dependência no AC ocorreu de forma gradual (n=159), o que é consistente com o quadro articulado aos processos de envelhecimento.

Salienta-se ainda a percentagem (19,9%) associada à instalação da dependência por doença aguda (n=19) ou acidente (n=24).

**Tabela 9.** Causa e instalação da dependência das pessoas dependentes integradas em FC no concelho de Paços de Ferreira

Variáveis	N	%
<b>Situação que originou a dependência</b>		
Envelhecimento	68	31,5
Acidente	24	11,1
Doença aguda	19	8,8
Doença crónica	147	63,6
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>100</b>
<b>Instalação da dependência</b>		
Gradual	159	66,5
Súbita	80	33,5
Subtotal	239	
Missing	2	
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

Relativamente à instalação da dependência, todos os estudos anteriormente mencionados apresentaram resultados consentâneos, ocorrendo de forma gradual, em mais de 50% das pessoas dependentes.

Nos membros da família dependentes no AC, quando a condição da dependência se instalou há mais de um ano, obteve-se a média de 11,46 anos, com um valor mínimo de 1 ano e o máximo de 44 anos (com um desvio padrão de 11,05 anos).

Dos quadros de dependência recentes (no último ano), apurou-se que, em média, a dependência se instalou há 3,02 meses.

A percentagem mais significativa da amostra (66%) situa-se no intervalo inferior ou igual aos 10 anos, sendo de pesar que 9,1% das PD, já se encontra nessa condição há mais de 30 anos (tabela 10).

**Tabela 10.** Tempo de dependência das pessoas dependentes integradas em FC no concelho de Paços de Ferreira

Variáveis	N	%
<b>Tempo de dependência</b>		
0-5 anos	84	34,9
6-10 anos	75	31,1
11-15 anos	9	3,7
16-20 anos	23	9,5
21-25 anos	18	7,5
26-30 anos	10	4,1
31-35 anos	9	3,7
36-40 anos	6	2,5
41-45 anos	7	2,9
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

Observa-se, contudo, que é no concelho de Paços de Ferreira que as pessoas estão, em média, há um maior número de anos dependentes (11,5 anos) (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012).

### 3.2.3. *Recursos financeiros dos dependentes*

No que concerne às principais fontes de rendimento das PD e verificável através da tabela 11, estes obtinham os seus recursos financeiros principalmente das pensões/reformas (83,2%), através da família (47%) e 39,4% dos casos através do complemento de dependência.

**Tabela 11.** Recursos financeiros dos dependentes

Variáveis	N	%
<b>Recursos Financeiros</b>		
Rendimento do trabalho	14	6,0
Rendimentos da propriedade e da empresa	5	2,2
Subsídio de desemprego	6	2,6
Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional	1	0,4
Outros subsídios temporários	1	0,4
Rendimento social de inserção	2	0,9
Pensão / reforma	198	83,2
A cargo da família	109	47,0
Apoio social	7	3,0
Programa Conforto habitacional para idosos	9	3,7
Rendimento Solidário para Idosos	24	10,3
Complemento de dependência	143	60,6
Esmolas / Donativos	229	98,7
Outros recursos	224	97,8

Esta situação é conciliável com o facto de as PD não terem a possibilidade de exercerem uma profissão para obtenção de remuneração, em função da sua situação de doença lhes limitar a atividade, sendo os resultados dos restantes estudos análogos.

### 3.2.4. Estado de saúde da pessoa dependente

Na tabela 12 regista-se que, com exceção de 2,5% das PD no AC que não consomem qualquer tipo de medicamento, todas as restantes estão medicadas, representando 97,5% da amostra (n=232).

De notar ainda que no que diz respeito à variedade de fármacos, obteve-se o valor mínimo de 1 e o máximo de 20, com uma média de 5,12 e um desvio padrão de 2,74.

De referir que para o número de fármacos nas tomas/dia observou-se o valor mínimo de 1 e o máximo de 39, com uma média de 8,64 e um desvio padrão de 4,62.

Diante do regime farmacológico evidenciado, importa mencionar que 93,8% dos dependentes (n=226) nunca esteve internado no último ano, sendo que 12 PD no AC correspondendo a 5,0% tiveram 2 internamentos e só 1 PD esteve internado mais de 3 vezes.

O número mínimo de internamentos (dos que estiveram internados no último ano) foi de 2, o máximo de 4 e a média 2,27.

Quanto aos episódios de recurso ao SU (último ano), um número significativo de dependentes (n=71) recorreram de duas a três vezes ao serviço de urgência, representando 29,5% da amostra.

O número mínimo de recursos ao SU (dos que recorreram) foi de 2, o máximo 5 e a média 2,47.

De notar que neste período, 68,9% das PD (n=166), em nenhum momento, se deslocou ao SU.

**Tabela 12.** Características do estado de saúde da pessoa dependente

Variáveis	N	%
<b>Consumo de medicamentos</b>	232	97,5
<b>Internamentos no último ano</b>		
Nenhum	226	93,8
Um	-	-
Dois	12	5,0
Três	2	0,8
Mais de três	1	0,4
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>
<b>Episódios de recursos ao SU, no último ano</b>		
Nenhuma	166	68,9
Uma	-	-
Duas	45	18,7
Três	26	10,8
Mais de três	4	1,6
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

Quanto ao consumo de medicamentos (variedade e número de fármacos), internamentos e episódios de recurso ao serviço de urgência (no último ano), os resultados observados em todos os estudos aludidos, apontam para valores próximos.

### 3.2.5. Tipo e grau de dependência no AC

Para apurarmos o grau de dependência das pessoas, face a cada domínio de AC, principiámos por dissecar cada atividade no que se refere às frequências absoluta e relativa. Assim, em cada atividade inerente a cada domínio de AC verificámos o valor das frequências, conforme a distribuição das PD pelos quatro graus: “dependente, não participa”; “necessita de ajuda de pessoa”; “necessita de equipamento”; e “completamente independente”.

Convém sublinhar que, aquando da realização de cada uma das atividades, atendendo ao grau de dependência apresentado, a pessoa pode necessitar da ajuda de outra, ou, em casos mais severos ou extremos, necessitar de substituição. Nesta última situação, a pessoa não tem nenhum papel ativo no seu AC (“dependente, não participa”), sendo socialmente dependente de outros, requerendo substituição em todas as suas atividades.

Apesar das necessidades inerentes aos referidos graus de dependência “dependente, não participa” e “necessita de ajuda de pessoa” serem diferentes, ambos refletem a necessidade de outra pessoa para a execução plena das atividades de AC.

Neste contexto, se relativamente a cada atividade agruparmos as pessoas “Dependentes, não participam” e as que “Necessitam de ajuda de pessoa”, conseguimos entender em quais atividades de AC, um maior número de pessoas era dependente, no mínimo de pessoa.

#### 3.2.5.1. Autocuidado tomar banho

Em relação ao AC: tomar banho, se para cada atividade agruparmos as pessoas “Dependentes, não participam” e as que “Necessitam de ajuda de pessoa”, apurámos e verificamos através da tabela 13 que secar o corpo (n=194) e lavar o corpo (n=185), constituíram as atividades em que mais pessoas eram dependentes; no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa.

A atividade em que mais pessoas só necessitavam de equipamento (n=9), referia-se a obter objetos para o banho. Por outro lado, abrir a torneira era a atividade em que mais pessoas eram independentes (n=106).

**Tabela 13.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: tomar banho

AUTOCUIDADO: Tomar banho	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)
Obtém objetos para o banho	62 (25,9)	99 (41,4)	9 (3,8)	69 (28,9)
Consegue água	57 (23,8)	76 (31,8)	2 (0,8)	104 (43,5)
Abre a torneira	55 (23,2)	73 (30,8)	3 (1,3)	106 (44,7)
Regula a temperatura da água	56 (23,5)	83 (34,9)	2 (0,8)	97 (40,8)
Regula o fluxo da água	55 (23,2)	82 (34,6)	2 (0,8)	98 (41,4)
Lava-se no chuveiro	46 (19,5)	130 (55,1)	5 (2,1)	55 (23,3)
Lava o corpo	45 (18,8)	140 (58,6)	2 (0,8)	52 (21,8)
Seca o corpo	46 (19,2)	148 (61,9)	1 (0,4)	44 (18,4)

### 3.2.5.2. Autocuidado vestir-se e despir-se

Em relação ao AC: vestir-se e despir-se, verificámos um maior número de PD que, no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa, nas atividades calçar as meias (n=185) e calçar os sapatos (n=184).

Na tabela 14, podemos ainda apurar que a atividade em que mais PD só necessitavam de equipamento (n=4), era no retirar as roupas da gaveta e do armário. Segurar as roupas, foi a atividade em que mais pessoas eram independentes (n=143).

**Tabela 14.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: vestir-se e despir-se

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)
Escolha as roupas	57 (23,8)	85 (35,4)	1 (0,4)	97 (40,4)
Retira as roupas da gaveta e do armário	63 (26,3)	91 (37,9)	4 (1,7)	82 (34,2)
Segura as roupas	43 (17,9)	54 (22,5)	0	143 (59,6)
Veste as roupas na parte superior do corpo	38 (15,8)	97 (40,4)	0	105 (43,8)
Veste as roupas na parte inferior do corpo	41 (17,1)	129 (53,8)	1 (0,4)	69 (28,8)
Despe as roupas na parte superior do corpo	38 (15,8)	92 (38,3)	0	110 (45,8)
Despe as roupas na parte inferior do corpo	41 (17,1)	123 (51,3)	1 (0,4)	75 (31,3)
Abotoa as roupas	54 (22,5)	78 (32,5)	1 (0,4)	107 (44,6)
Desabotoa as roupas	54 (22,5)	79 (32,9)	0	107 (44,6)
Usa cordões para amarrar	60 (27,6)	82 (37,8)	0	75 (34,6)
Usa fechos	57 (23,8)	85 (35,4)	0	98 (40,8)
Calça as meias	50 (20,9)	135 (56,5)	1 (0,4)	53 (22,2)
Descalça as meias	50 (20,9)	131 (54,6)	2 (0,8)	57 (23,8)
Calça os sapatos	50 (20,9)	134 (55,8)	2 (0,8)	54 (22,5)
Descalça os sapatos	49 (20,4)	106 (44,2)	3 (1,3)	82 (34,2)

### 3.2.5.3. Autocuidado arranjar-se

Em relação ao AC: arranjar-se, ao associarmos relativamente a cada atividade e como realizado anteriormente, as pessoas “Dependentes, não participam” e as que “Necessitam de ajuda de pessoa”, notámos através da visualização da tabela 15, que as atividades em que mais pessoas

eram dependentes e que, no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa, centralizavam-se no cuidar das unhas (n=196) e limpar a área do períneo (n=158).

Por outro lado, usar um espelho foi a atividade em que mais PD só necessitavam de equipamento (n=8), e aquela em que um maior número de pessoas era independente (n=138).

**Tabela 15.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: arrancar-se

AUTOCUIDADO: Arranjar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Penteia ou escova os cabelos	46 (19,2)	92 (38,5)	7 (2,9)	94 (39,3)
Barbeia-se	23 (18,1)	54 (42,5)	7 (5,5)	43 (33,9)
Aplica maquiagem	26 (27,7)	38 (40,4)	0	30 (31,9)
Cuida das unhas	52 (21,7)	144 (60)	2 (0,8)	42 (17,5)
Usa um espelho	38 (16,8)	42 (18,6)	8 (3,5)	138 (61,1)
Aplica desodorizante	41 (18,6)	90 (40,9)	1 (0,5)	88 (40,0)
Limpa a área do períneo	44 (18,5)	114 (47,9)	2 (0,8)	78 (32,8)
Limpa as orelhas	49 (20,5)	103 (43,1)	1 (0,4)	86 (36,0)
Mantém o nariz desobstruído e limpo	42 (17,6)	61 (25,5)	3 (1,3)	133 (55,6)
Mantém a higiene oral	44 (18,6)	66 (28,0)	5 (2,1)	121 (51,3)

#### 3.2.5.4. Autocuidado alimentar-se

Em relação ao AC: alimentar-se, e agrupando para cada atividade, e de igual modo, as pessoas “Dependentes, não participam” e as que “Necessitam de ajuda de pessoa”, pudemos apurar através da tabela 16, que foi nas atividades: preparar os alimentos para a ingestão (n=199) e abrir recipientes (n=153) que mais pessoas eram dependentes que, no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa.

A atividade em que mais pessoas só necessitavam de equipamento (n=16) era colocar os alimentos, nos utensílios. Por outro lado, levar os alimentos à boca usando os dedos da mão foi a atividade em que mais pessoas eram independentes (n=165).

**Tabela 16.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: alimentar-se

AUTOCUIDADO: Alimentar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prepara os alimentos para a ingestão	134 (55,6)	65 (27,0)	3 (1,2)	39 (16,2)
Abre recipientes	62 (25,7)	91 (37,8)	7 (2,9)	81 (33,6)
Utiliza utensílios	42 (17,4)	57 (23,7)	11 (4,6)	131 (54,4)
Coloca o alimento nos utensílios	42 (17,4)	46 (19,1)	16 (6,6)	137 (56,8)
Pega no copo ou na chávena	37 (15,4)	40 (16,6)	9 (3,7)	155 (64,3)
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	36 (15,1)	33 (13,8)	5 (2,1)	165 (69,0)
Leva os alimentos à boca com recipiente	37 (15,4)	51 (21,2)	8 (3,3)	145 (60,2)
Leva os alimentos à boca com os utensílios	38 (15,8)	42 (17,4)	10 (4,1)	151 (62,7)
Bebe por copo ou por chávena	36 (14,9)	40 (16,6)	9 (3,7)	156 (64,7)
Coloca os alimentos na boca	38 (15,8)	43 (17,8)	6 (2,5)	154 (63,9)
Conclui uma refeição	38 (15,8)	55 (22,8)	5 (2,1)	143 (59,3)

### 3.2.5.5. Autocuidado uso do sanitário

Em relação ao AC: uso do sanitário, os resultados registados na tabela 17 evidenciaram que fazer a higiene íntima após urinar ou evacuar (n=147) e ajustar as roupas após a higiene íntima (n=140), constituíram as atividades em que mais pessoas eram dependentes que, no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa.

Por sua vez, erguer-se da sanita foi a atividade em que mais pessoas só necessitavam de equipamento (n=41). A atividade em que mais pessoas eram independentes (n=117) foi posicionar-se na sanita ou na arrastadeira.

**Tabela 17.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: uso do sanitário

AUTOCUIDADO: Uso do sanitário	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ocupa e desocupa o sanitário	42 (17,7)	72 (30,4)	29 (12,2)	94 (39,7)
Tira as roupas	41 (17,1)	80 (33,3)	3 (1,3)	116 (48,3)
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	39 (16,6)	59 (25,1)	20 (8,5)	117 (49,8)
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	44 (18,6)	103 (43,5)	1 (0,4)	89 (37,6)
Ergue-se da sanita	39 (16,5)	61 (25,8)	41 (17,4)	95 (40,3)
Ajusta as roupas após a higiene íntima	41 (17,2)	99 (41,4)	1 (0,4)	98 (41,0)

### 3.2.5.6. Autocuidado elevar-se

Na única atividade inerente ao AC: elevar-se, levantar parte do corpo, pudemos constatar através da tabela 18 que 91 pessoas dependentes precisavam, no mínimo, de ajuda de pessoa, 41 só necessitavam de equipamento e 109 eram independentes.

**Tabela 18.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: elevar-se

AUTOCUIDADO: Elevar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Levanta parte do corpo	34 (14,1)	57 (23,7)	41 (17,0)	109 (45,2)

### 3.2.5.7. Autocuidado virar-se

Atendendo também à única atividade subjacente ao AC: virar-se, mover o corpo, virando-o de um lado para o outro, podemos verificar através da tabela 19 que 72 PD necessitavam, no mínimo, de ajuda de pessoa, 12 só necessitavam de equipamento e 157 eram independentes nesta atividade.

**Tabela 19.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: virar-se

AUTOCUIDADO: Virar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro	34 (14,1)	38 (15,8)	12 (5,0)	157 (65,1)

### 3.2.5.8. Autocuidado transferir-se

Em relação ao AC: transferir-se, o número de PD que, no mínimo, necessitava de ajuda de pessoa era semelhante para as atividades transferir-se da cadeira/cadeirão para a cama (n=106) e transferir-se da cama para a cadeira/cadeirão (n=103). No que concerne aos restantes graus de dependência, e também exposto na tabela 20, quando comparadas as duas atividades, a distribuição do número de PD também foi regular.

No que se refere à atividade transferir-se da cadeira/cadeirão para a cama, 33 PD só necessitavam de equipamento e 102 eram independentes. Em relação à atividade transferir-se da cama para a cadeira/cadeirão, 31 PD só necessitavam de equipamento e 107 eram independentes.

**Tabela 20.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: transferir-se

AUTOCUIDADO: Transferir-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	38 (15,8)	65 (27,0)	31 (12,9)	107 (44,4)
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	41 (17,0)	65 (27,0)	33 (13,7)	102 (42,3)

### 3.2.5.9. Autocuidado usar cadeira de rodas

Em relação ao AC: usar cadeira de rodas, apurámos que as atividades em que mais PD eram dependentes que, no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa, se referiam a manobrar em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida (n=48) e transferir-se de e para a cadeira de rodas com segurança (n=46).

Igual número de PD (n=4) só necessitavam de equipamento para movimentar o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas e para se transferir de e para a cadeira de rodas com segurança. Na atividade movimentar o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas, 26 pessoas eram independentes, como observável na tabela 21.

**Tabela 21.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: usar cadeira de rodas

<b>AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas</b>	<b>Dependente, não participa n (%)</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa n (%)</b>	<b>Necessita de equipamento n (%)</b>	<b>Completamente independente n (%)</b>
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	27 (36,5)	17 (23,0)	4 (5,4)	26 (35,1)
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	32 (43,2)	14 (18,9)	4 (5,4)	24 (32,4)
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	37 (50,0)	11 (14,9)	1 (1,4)	25 (33,8)

### 3.2.5.10. Autocuidado andar

Relativamente ao AC: andar agrupamos relativamente a cada atividade as pessoas “Dependentes, não participam” e as que “Necessitam de ajuda de pessoa”, observámos que as atividades em que mais pessoas eram dependentes que, no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa, se centravam no percorrer longas distâncias (n=138) e no percorrer distâncias moderadas (n=109).

Através da tabela 22 podemos ainda verificar que a atividade em que mais PD só necessitavam de equipamento (n=77) era percorrer distâncias curtas. Por outro lado, suportar o próprio corpo na posição de pé foi a atividade em que mais pessoas eram independentes (n=118).

**Tabela 22.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: andar

AUTOCUIDADO: Andar	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Suporta o próprio corpo na posição de pé	31 (13,4)	36 (15,5)	47 (20,3)	118 (50,9)
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	41 (17,7)	36 (15,5)	74 (31,9)	81 (34,9)
Sobe e desce degraus	53 (22,9)	56 (24,2)	66 (28,6)	56 (24,2)
Deambula em aclives e declives	49 (21,1)	56 (24,2)	69 (29,7)	58 (25,0)
Percorre distâncias curtas (<100m)	44 (19,0)	35 (15,1)	77 (33,2)	76 (32,8)
Percorre distâncias moderadas (> 100m e <500m)	63 (27,8)	46 (20,3)	58 (25,6)	60 (26,4)
Percorre longas distâncias (> 500m)	77 (34,2)	61 (27,1)	42 (18,7)	45 (20,0)

### 3.2.5.11. Autocuidado tomar medicação

No tocante ao AC: tomar medicação, providenciar medicamentos (n=219) e preparar a medicação (n=212) foram as atividades que apresentaram mais PD que, no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa.

A tabela 23 permite ainda constatar que tomar a medicação constituiu a única atividade em que havia pessoas (n=2) que só necessitavam de equipamento e, simultaneamente, em que mais pessoas (n=98) eram independentes.

**Tabela 23.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por atividade, no AC: tomar medicação

AUTOCUIDADO: Tomar medicação	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Providencia medicamentos	142 (59,7)	77 (32,4)	0	19 (8,0)
Prepara a medicação	124 (52,1)	88 (37,0)	0	26 (10,9)
Toma a medicação	54 (22,7)	84 (35,3)	2 (0,8)	98 (41,2)

Conhecida a frequência absoluta do tipo de dependência em cada atividade de AC, direcionamos as nossas atenções para o grau de dependência das PD face a cada domínio de AC. Assim, de acordo com o grau de dependência, numa variação entre o *score* 1 “dependente, não participa” e o *score* 4 “completamente independente”, e tomando em consideração os itens “não nulos” ou “aplicáveis”, relativamente aos 241 dependentes, consideramos:

- Dependente, não participa: PD que obtiveram *score* 1 em todos os itens;
- Completamente independente: PD que obtiveram *score* 4 em todos os itens;

- **Necessita de equipamento:** pessoas que não foram categorizadas, de acordo com os critérios anteriores, e que só necessitavam de equipamento, ou seja, apresentavam uma média de *scores*  $\geq 3$ ;
- **Necessita de ajuda de pessoa:** as restantes PD que não foram categorizadas de acordo com os critérios anteriores, ou seja, necessitavam de ajuda de pessoa, apresentando uma média de *scores*  $<3$ .

**Tabela 24.** Distribuição numérica e percentual do grau de dependência por domínio de AC

DOMÍNIOS DE AUTOCUIDADO	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Autocuidado: Tomar banho	45 (18,8)	153 (64,0)	1 (0,4)	40 (16,7)
Autocuidado: Vestir-se e despir-se	37 (15,4)	159 (66,3)	2 (0,8)	42 (17,5)
Autocuidado: Arranjar-se	39 (16,3)	160 (66,7)	2 (0,8)	39 (16,3)
Autocuidado: Alimentar-se	36 (14,9)	166 (68,9)	5 (2,1)	34 (14,1)
Autocuidado: Uso do sanitário	40 (16,6)	111 (46,1)	15 (6,2)	75 (31,1)
Autocuidado: Elevar-se	34 (14,1)	57 (23,7)	41 (17,0)	109 (45,2)
Autocuidado: Virar-se	34 (14,1)	38 (15,8)	12 (5,0)	157 (65,1)
Autocuidado: Transferir-se	38 (15,8)	68 (28,2)	33 (13,7)	102 (42,3)
Autocuidado: Usar cadeira de rodas	27 (36,5)	21 (28,4)	1 (1,4)	25 (33,8)
Autocuidado: Andar	31 (13,3)	113 (48,5)	47 (20,2)	42 (18,0)
Autocuidado: Tomar medicação	54 (22,7)	166 (69,7)	0	18 (7,6)

Os resultados patenteados na tabela 24 e reportando-se aos diferentes domínios de AC, provam que uma parte significativa das PD necessitavam de ajuda de pessoa, para realizar as atividades inerentes a cada AC.

Concretizando, temos:

- No AC: tomar banho, a maioria das PD (n=153) necessitavam de ajuda de pessoa e 45 não participavam. Por outro lado, 40 eram independentes neste AC e apenas 1 única pessoa concretizava o AC tomar banho com recurso a equipamento.
- No AC: vestir-se e despir-se, verificámos que 159 PD necessitavam de ajuda de pessoa e 37 não participavam. Por seu turno, 42 eram independentes neste AC, e apenas 2 pessoas o concretizavam com recurso a equipamento.
- No AC: arranjar-se, a maioria das PD (n=160) necessitavam de ajuda de pessoa e apenas 2 executavam este AC, com recurso a equipamento. Um número igual de pessoas (n=39) era dependente, não participa e independente.
- No AC: alimentar-se, 166 PD necessitavam de ajuda de pessoa e 36 não participavam. Apenas 5 pessoas realizavam este AC com recurso a equipamento e 34 eram independentes.

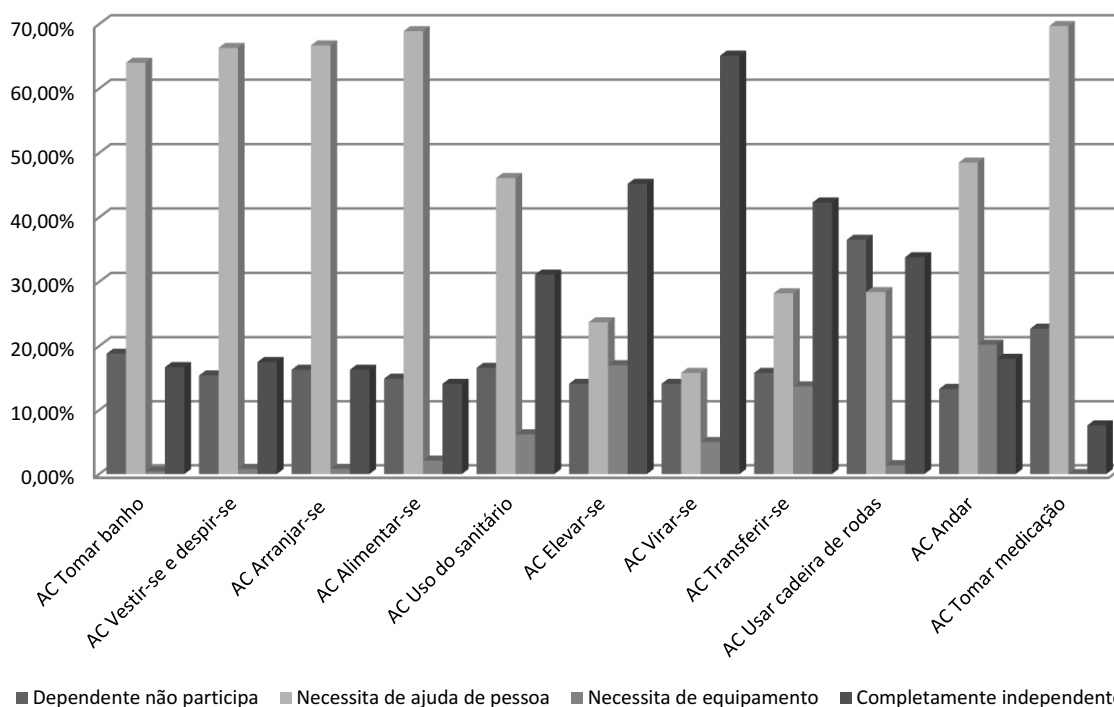
- No AC: uso do sanitário, 111 PD necessitavam de ajuda de pessoa e 40 não participavam. Pessoas independentes eram 75 pessoas e 15 realizavam este AC com recurso a equipamento.
- No AC: elevar-se, verificou-se uma predominância de pessoas independentes (n=109). Importa salientar que 41 pessoas realizavam este AC com recurso a equipamento. Por outro lado, 57 PD necessitavam de ajuda de pessoa e 34 não participavam.
- No AC: virar-se, a maioria das pessoas (n=157) eram independentes. Dos restantes, 38 PD necessitavam de ajuda de pessoa, 34 não participavam e 12 necessitavam de equipamento.
- No AC: transferir-se, comprovámos que um número elevado de pessoas (n=102) era independente, 68 necessitavam de ajuda de pessoa, 38 não participavam e 33 concretizavam este AC com recurso a equipamento.
- No AC: usar cadeira de rodas, averiguámos que 27 não participavam, 21 necessitavam de ajuda de pessoa e apenas 1 só PD necessitava de equipamento. Salienta-se que 25 pessoas eram independentes.
- No AC: andar, 113 dependentes necessitavam de ajuda de pessoa e 31 não participavam. As PD que só necessitavam de equipamento eram 47 e 42 eram independentes.
- No AC: tomar medicação, a maioria das PD (n=166) necessitavam de ajuda de pessoa e 54 não participavam. De destacar que nenhuma pessoa realizava este AC com recurso a equipamento e 18 pessoas eram independentes.

Em suma, e de acordo com os resultados apresentados na tabela 24, foi-nos possível conferir que os domínios de AC com mais PD, que não participavam, eram: tomar medicação (n=54), tomar banho (n=45), uso do sanitário (n=40), arranjar-se (n=39), transferir-se (n=38), vestir-se e despir-se (n=37), alimentar-se (n=36), elevar-se (n=34), virar-se (n=34), andar (n=31) e usar cadeira de rodas (n=27).

Por sua vez, os domínios de AC com mais PD, que necessitavam de ajuda de pessoa eram: tomar medicação (n=166), alimentar-se (n=166), arranjar-se (n=160), vestir-se e despir-se (n=159), tomar banho (n=153), andar (n=113), uso do sanitário (n=111), transferir-se (n=68), elevar-se (n=57), virar-se (n=38) e usar cadeira de rodas (n=21).

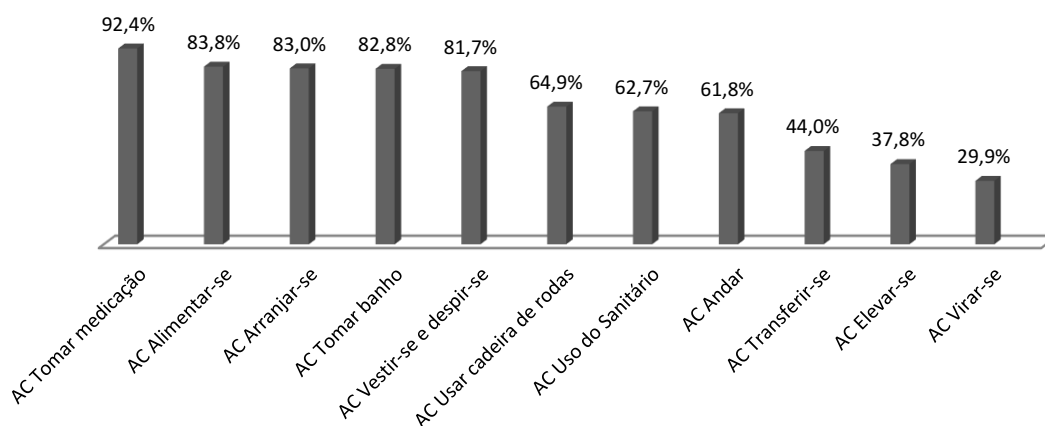
Acrescentar que nos domínios do AC: tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, alimentar-se e tomar a medicação, a maioria das PD necessitavam de ajuda de pessoa e nos domínios de AC elevar-se, virar-se e transferir-se, as pessoas eram maioritariamente independentes (gráfico 1).

**Gráfico 1.** Grau de dependência das pessoas, relativamente a cada domínio de AC



Se por agora nos detivermos nos domínios de AC com maior percentagem de PD que, no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa, e pela observação do gráfico 2, temos o AC: tomar medicação (92,4%); o AC: alimentar-se (83,8%); o AC: arranjar-se (83,0%); o AC: tomar banho (82,8%); o AC: vestir-se e despir-se (81,7%); o AC: usar cadeira de rodas (64,9%); o AC: uso do sanitário (62,7%); o AC: andar (61,8%); o AC: transferir-se (44,0%); o AC: elevar-se (37,8%) e finalmente o AC: virar-se (29,9%).

**Gráfico 2.** Distribuição percentual de dependentes que no mínimo, necessitam de ajuda de pessoa, por domínio de AC

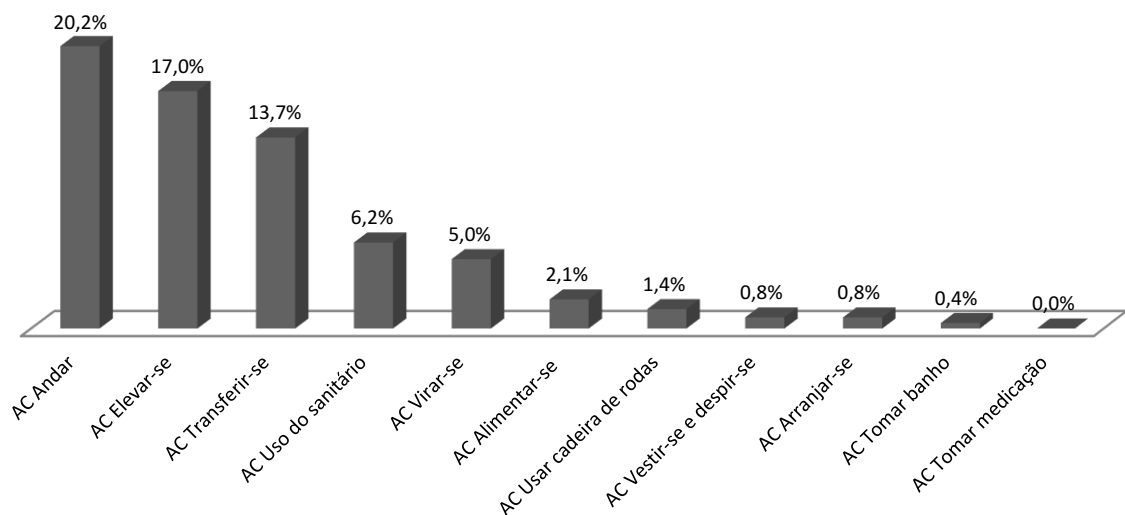


No que concerne aos domínios de AC com maior percentagem de pessoas que só necessitavam de equipamento para a sua concretização, evidenciados no gráfico 3, temos o AC: andar (20,2%); o AC: elevar-se (17,0%); o AC: transferir-se (13,7%); o AC: uso do sanitário (6,2%); o AC: virar-se (5,0%); o AC: alimentar-se (2,1%); o AC: usar cadeira de rodas (1,4%); o AC: vestir-se e despir-se (0,8%); o AC: arranjar-se (0,8%) e por fim o AC: tomar banho (0,4%).

De destacar que no tocante ao AC: tomar medicação, nenhuma PD concretizava este domínio apenas com recurso a equipamento.

Constatamos assim que, o AC: andar, o AC: elevar-se e o AC: transferir-se constituíram os domínios de AC mais frequentemente concretizados com recurso a equipamento.

**Gráfico 3.** Distribuição percentual de dependentes que só necessitam de equipamento, por domínio de AC



De modo idêntico ao realizado face a cada tipo de AC, procedemos à análise do nível de dependência, mas desta vez, face ao domínio do AC Global.

Podemos apurar que: 7,9% (n=19) eram pessoas totalmente dependentes, que não participavam; 91,7% (n=221) tinham necessidade de ajuda de pessoa, para alguma atividade do AC; e 0,4% (n=1) tinham só necessidade de equipamento.

Em suma e de acordo com os dados obtidos, comprovámos que 99,6% (n=240) das PD necessitavam, no mínimo, de ajuda de pessoa para realizar pelo menos uma atividade do AC.

Os dados disponíveis revelaram ainda que as PD integradas em FC em estudo, dependiam essencialmente de pessoas ou não participavam, apresentando graus de dependência elevados. O número de PD que, com equipamento, eram capazes de realizar as diferentes atividades de a AC, era bastante reduzido.

Em síntese, e face às percentagens apuradas em todos os estudos referenciados, verifica-se que uma parte substantiva das pessoas dependentes, requer ajuda de pessoa para concretizarem as diferentes atividades do AC. Se recorrermos ao nível global de dependência de cada domínio de AC e considerando para o efeito os domínios que agregam maiores percentagens, constatamos que existe uma similaridade nos 4 concelhos estudados, espelhada na tabela 25: 90% em Lisboa (Martins, 2011; Costa, 2013), 90,7% no Porto (Gonçalves, 2013), 99,6% em Paços de Ferreira (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012) e 100% na Maia (Rocha, 2015). De considerar relevante que no AC virar-se, os valores percentuais encontrados nos conselhos em questão oscilam entre os 20% e 40% dos casos e não têm capacidade para elevar-se e transferir-se entre 30% e 60% dos dependentes como podemos observar na tabela 25.

**Tabela 25.** Percentagem global de dependência por domínio de autocuidado e por concelho

Paços de Ferreira		Maia		Porto		Lisboa	
Tomar medicação	92,4	Alimentar-se	94,8	Usar cadeira de rodas	95,4	Usar cadeira de rodas	82,4
Alimentar-se	83,8	Tomar banho	93,9	Alimentar-se	72,6	Arranjar-se	70,7
Arranjar-se	83	Vestir-se e despir-se	91,8	Arranjar-se	71,9	Tomar banho	70
Tomar banho	82,8	Andar	90,7	Tomar banho	70,8	Vestir-se e despir-se	65,8
Transferir-se	44	Transferir-se	57,3	Transferir-se	31,4	Transferir-se	31,2
Elevar-se	37,8	Elevar-se	56,1	Elevar-se	31,1	Elevar-se	30,1
Virar-se	29,9	Virar-se	40,8	Virar-se	23,6	Virar-se	22,1

Após a análise descritiva, procedemos à análise inferencial como previsto, no sentido de identificarmos diferenças estatísticas passíveis de se afirmarem essenciais para o estudo. Para efeitos desta tese apenas apresentaremos os resultados, cujos valores de  $p$  encontrados, permitiram refutar o efeito do acaso na associação das variáveis.

Assim, pretendemos precisar a significância estatística entre as variáveis sociodemográficas da PD e a dependência nos domínios de AC. Pretendemos em simultâneo perceber as variáveis de caracterização da dependência e do estado de saúde da PD e a respetiva dependência nos domínios de AC. A acrescentar gostaríamos de ver clarificadas as variáveis sociodemográficas do MFPC e a dependência nos domínios de AC.

Considerando a panóplia de variáveis envolvidas no estudo, de forma a iluminar os resultados, optamos por apresentá-los sob a forma de tabelas, tomando como critério para exibição, os dados com significância estatística.

### 3.2.6. Variáveis sociodemográficas da PD e a dependência nos domínios de AC

O estudo da existência de diferenças entre as variáveis sociodemográficas da PD e a dependência nos vários domínios de AC foi realizado através dos testes estatísticos *ANOVA One-Way* e *Qui-Quadrado*, conforme a natureza das variáveis em análise.

#### 3.2.6.1. Diferenças estatísticas entre a idade da PD e a dependência nos domínios de AC

Concretamente e para procedermos à identificação de existência de diferenças entre a idade das PD e a dependência nos vários domínios de AC, socorremo-nos do teste estatístico *ANOVA One-Way*.

**Tabela 26.** Diferenças estatísticas entre a idade da pessoa dependente e a dependência nos domínios de AC

Idade da PD/ Domínios de AC		Necessita de ajuda de pessoa (n)	Média de idades	Desvio padrão	F	df	p-value
Idade da PD	<b>Tomar banho</b>	153	72,1242	16,27855	9,254	3	0,000 *
Idade da PD	<b>Vestir-se e despir-se</b>	159	72,0063	17,08412	8,229	3	0,000 *
Idade da PD	<b>Arranjar-se</b>	160	71,9125	17,91538	7,654	3	0,000 *
Idade da PD	<b>Alimentar-se</b>	166	70,8735	17,95893	5,676	3	0,001**
Idade da PD	<b>Uso do sanitário</b>	111	71,6396	18,16730	3,929	3	0,009**
Idade da PD	<b>Elevar-se</b>	57	74,7018	13,76845	7,693	3	0,000 *
Idade da PD	<b>Transferir-se</b>	68	73,7647	15,21107	7,023	3	0,000 *
Idade da PD	<b>Andar</b>	113	74,1858	15,62938	19,025	3	0,000 *
Idade da PD	<b>AC Global</b>	221	68,5973	20,41180	3,889	2	0,022***

\*p<0,001; \*\*p<0,01;\*\*\*p<0,05

Os resultados obtidos na análise da variância demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas entre a idade da PD e a dependência nos seguintes domínios de AC: tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, alimentar-se, uso do sanitário, elevar-se, transferir-se, andar e AC Global comprovadas na tabela 26.

Constatamos que as PD que necessitavam de ajuda de pessoa para a realização dos referidos domínios de AC eram os que apresentavam uma média de idades mais elevada.

#### 3.2.6.2. Diferenças estatísticas entre o estado civil da PD e a dependência nos domínios de AC

A verificação da existência de diferenças entre o estado civil das PD e a dependência nos vários domínios de AC foi realizada através o teste estatístico *Qui-Quadrado*.

**Tabela 27.** Diferenças estatísticas entre o estado civil da pessoa dependente e a dependência nos domínios de AC

Estado civil da PD/ Domínios de AC		Necessita de ajuda de pessoa (n)		X <sup>2</sup>	df	p-value
		n	%			
Casado/União de facto	<b>Tomar banho</b>	72	47,1%	37,289	9	0,000*
Viúvo		65	42,5%			
Casado/União de facto	<b>Vestir-se e despir-se</b>	69	43,4%	27,928	9	0,001**
Viúvo		70	44,0%			
Casado/União de facto	<b>Arranjar-se</b>	69	43,4%	31,924	9	0,000*
Viúvo		70	44,0%			
Casado/União de facto	<b>Elevar-se</b>	26	45,6%	17,317	9	0,044***
Viúvo		22	38,6%			
Casado/União de facto	<b>Virar-se</b>	19	50,0%	17,885	9	0,037***
Viúvo		15	39,5%			
Casado/União de facto	<b>Transferir-se</b>	33	48,5%	22,177	9	0,008**
Viúvo		28	41,2%			
Casado/União de facto	<b>Andar</b>	54	47,8%	42,599	9	0,000*
Viúvo		49	43,4%			
Casado/União de facto	<b>Tomar medicação</b>	73	44,0%	14,469	6	0,025***
Viúvo		64	38,6%			
Casado/União de facto	<b>AC Global</b>	93	42,3%	13,738	6	0,033***
Viúvo		86	39,1%			

\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,05

Os resultados obtidos com a aplicação deste teste demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil da PD e a dependência em vários domínios de AC, designadamente no tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, elevar-se, virar-se, transferir-se, andar, tomar medicação e AC Global.

Comprovamos através da tabela 27 que, as maiores percentagens de PD que necessitavam de ajuda de pessoa para a realização dos referidos domínios de AC eram os casados ou os que viviam em união de facto e nos viúvos.

### 3.2.6.3. Diferenças estatísticas entre a profissão da PD e a dependência nos domínios de AC

Para a verificação da existência de diferenças entre a profissão das PD e a dependência nos vários domínios de AC, foi utilizado o mesmo tipo de análise.

**Tabela 28.** Diferenças estatísticas entre a profissão da pessoa dependente e a dependência nos domínios de AC

Profissão da PD/ Domínios de AC		Necessita de ajuda de pessoa (n)		X <sup>2</sup>	df	p-value
		n	%			
Pensionista/Reformado	<b>Tomar banho</b>	135	88,8%	183,605	27	0,000*
Pensionista/Reformado	<b>Vestir-se e despir-se</b>	140	88,6%	62,408	27	0,000*
Pensionista/Reformado	<b>Arranjar-se</b>	140	88,1%	50,638	27	0,004**
Pensionista/Reformado	<b>Alimentar-se</b>	146	88,5%	80,609	27	0,000*
Pensionista/Reformado	<b>Uso do sanitário</b>	99	90,0%	58,682	27	0,000*
Pensionista/Reformado	<b>Andar</b>	101	90,2%	84,793	27	0,000*
Pensionista/Reformado	<b>Tomar medicação</b>	146	88,5%	52,378	18	0,000*

\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,05

Foram confirmadas diferenças estatisticamente significativas (através da tabela 28), entre a profissão da PD e a dependência em vários domínios de AC, particularmente no tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, alimentar-se, uso do sanitário, andar e tomar medicação.

Em termos de profissão da PD foi nos pensionistas/reformados que se comprovaram as percentagens mais elevadas de PD que necessitavam de ajuda de pessoa.

A enfatizar que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “sexo” e “nível de escolaridade” da PD e a dependência nos vários domínios de AC, uma vez que obtivemos valores de significância: *p-value* > 0,05.

### 3.2.7. Variáveis de caracterização da dependência e a dependência nos domínios de AC

Relativamente às variáveis de caracterização da dependência, os resultados obtidos com a aplicação do teste *Qui-Quadrado* demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas entre a situação que originou a dependência e a dependência nos domínios de AC.

#### 3.2.7.1. Diferenças estatísticas entre a situação que originou a dependência (doença crónica) e a dependência nos domínios de AC

**Tabela 29.** Diferenças estatísticas entre a situação que originou a dependência (doença crónica) e a dependência nos domínios de AC

Situação que originou a dependência/Domínios de AC		Necessita de ajuda de pessoa (n)		X <sup>2</sup>	df	p-value
		n	%			
Doença crónica	<b>Vestir-se e despir-se</b>	102	66,2%	11,091	3	0,011***
Doença crónica	<b>Arranjar-se</b>	99	63,9%	12,535	3	0,006**
Doença crónica	<b>Alimentar-se</b>	97	60,6%	8,302	3	0,040***
Doença crónica	<b>Uso do sanitário</b>	69	63,9%	8,020	3	0,046***
Doença crónica	<b>Elevar-se</b>	43	76,8%	11,357	3	0,010***
Doença crónica	<b>Virar-se</b>	28	77,8%	12,255	3	0,007**
Doença crónica	<b>Transferir-se</b>	46	71,9%	13,173	3	0,004**
Doença crónica	<b>Usar cadeira de rodas</b>	14	73,7%	8,974	3	0,0030***
Doença crónica	<b>Andar</b>	71	64,5%	10,577	3	0,014***
Doença crónica	<b>Tomar medicação</b>	107	66,5%	9,743	2	0,008**

\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,05

No que diz respeito aos domínios de AC: vestir-se e despir-se, arranjar-se, alimentar-se, uso do sanitário, elevar-se, virar-se, transferir-se, usar cadeira de rodas, andar e tomar medicação, estes exibiram as diferenças estatísticas mais representativas.

Quando a situação que originou a dependência foi a doença crónica, comprovaram-se valores percentuais mais elevados de PD, como podemos observar a partir da tabela 29, que necessitavam de ajuda de pessoa.

3.2.7.2. Diferenças estatísticas entre o modo de instalação da dependência e a dependência nos domínios de AC

Quando procedemos ao mesmo tipo de análise, os resultados obtidos com a aplicação do teste *Qui-Quadrado* revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o modo de instalação da dependência e a dependência em vários domínios de AC.

**Tabela 30.** Diferenças estatísticas entre o modo de instalação da dependência e a dependência nos domínios de AC

Modo de instalação da dependência/Domínios de AC	Necessita de ajuda de pessoa (n)		X <sup>2</sup>	df	p-value	
	n	%				
Gradual	<b>Tomar banho</b>	115	75,2%	17,138	3	0,001**
Gradual	<b>Vestir-se e despir-se</b>	119	74,8%	17,379	3	0,001**
Gradual	<b>Arranjar-se</b>	120	75,0%	18,651	3	0,000*
Gradual	<b>Alimentar-se</b>	126	75,9%	23,607	3	0,000*
Gradual	<b>Elevar-se</b>	45	78,9%	13,513	3	0,004*
Gradual	<b>Virar-se</b>	30	78,95	14,178	3	0,003**
Gradual	<b>Andar</b>	88	77,9%	9,520	3	0,023***
Gradual	<b>Tomar medicação</b>	123	74,1%	11,532	2	0,003**
Gradual	<b>AC Global</b>	151	68,6%	6,369	2	0,041***

\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,05

No que concerne aos domínios de AC tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, alimentar-se, elevar-se, virar-se, andar, tomar medicação e AC Global encontraram-se as maiores diferenças estatisticamente significativas.

Quando o modo de instalação da dependência foi gradual, constataram-se percentagens mais elevadas de PD que necessitavam de ajuda de pessoa (tabela30).

Importa referir que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as outras situações que originaram a dependência: envelhecimento e doença aguda, e o tempo de dependência, e a dependência nos vários domínios de AC, uma vez que os valores de *p-value*>0,05.

### 3.2.8. Variáveis de caracterização do estado de saúde da PD e a dependência nos domínios de AC

Na persecução dos objetivos delimitados, procedemos similarmente ao estudo da existência de diferenças estatísticas entre as variáveis de caracterização do estado de saúde da PD e a dependência nos vários domínios de AC.

#### 3.2.8.1. Diferenças estatísticas entre o consumo de medicamentos e a dependência nos domínios de AC

Com a finalidade de aferirmos se existiam diferenças entre o consumo ou não de medicamentos e a dependência nos vários domínios de AC, recorremos ao teste estatístico *Qui-Quadrado*.

**Tabela 31.** Diferenças estatísticas entre o consumo de medicamentos e a dependência nos domínios de AC

Consumo de medicamentos/Domínios de AC	Necessita de ajuda de pessoa (n)		X <sup>2</sup>	df	p-value	
	n	%				
Sim	Andar	111	99,1%	8,527	3	0,036***
Sim	Tomar medicação	166	100%	16,150	2	0,000*
Sim	AC Global	215	97,7%	39,162	2	0,000*

\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,05

Os resultados obtidos na análise do teste demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas entre o consumo de medicamentos e a dependência nos domínios do AC andar, tomar medicação e AC Global, constatando-se percentagens mais elevadas nas PD que necessitavam de ajuda de pessoa, como vemos aludido na tabela 31.

#### 3.2.8.2. Diferenças estatísticas entre o número de internamentos e a dependência nos domínios de AC

Para identificar a existência de diferenças entre o número de internamentos e a dependência nos vários domínios de AC, aplicámos o teste estatístico *ANOVA One-Way*.

**Tabela 32.** Diferenças estatísticas entre o número de internamentos e a dependência nos domínios de AC

Número de internamentos/Domínios de AC		Dependente não participa (n)	Média	Desvio padrão	F	df	p-value
Número de internamentos	<b>Tomar banho</b>	45	0,4222	0,96505	4,710	3	0,003**
Número de internamentos	<b>Vestir-se e despir-se</b>	37	0,5135	1,04407	6,729	3	0,000*
Número de internamentos	<b>Arranjar-se</b>	39	0,4872	1,02268	6,162	3	0,000*
Número de internamentos	<b>Alimentar-se</b>	36	0,5278	1,05522	7,726	3	0,000*
Número de internamentos	<b>Uso do sanitário</b>	40	0,4750	1,01242	6,097	3	0,001*
Número de internamentos	<b>Elevar-se</b>	34	0,5588	1,07847	8,147	3	0,000*
Número de internamentos	<b>Virar-se</b>	34	0,5000	1,05169	7,404	3	0,000*
Número de internamentos	<b>Transferir-se</b>	38	0,3947	0,85549	4,189	3	0,007**
Número de internamentos	<b>Andar</b>	31	0,3871	0,95490	3,482	3	0,017***
Número de internamentos	<b>Tomar medicação</b>	54	0,3148	0,86492	3,507	2	0,032***
Número de internamentos	<b>AC Global</b>	19	0,5789	1,01739	6,443	2	0,002**

\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,05

Os resultados obtidos na análise da variância demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas entre as médias do número de internamentos da PD e a dependência nos domínios do AC: tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, alimentar-se, uso do sanitário, elevar-se, virar-se, transferir-se, andar, tomar medicação e AC Global.

Observamos através da tabela 32 que eram as PD que não participavam, os que apresentavam médias de internamento, no último ano, mais elevadas.

### 3.2.8.3. Diferenças estatísticas entre o número de recursos ao SU e a dependência nos domínios de AC

Com o intuito de verificar a existência de diferenças entre o número de recursos ao SU e a dependência nos vários domínios de AC, recorreremos igualmente ao teste estatístico *ANOVA One-Way*.

**Tabela 33.** Diferenças estatísticas entre o número recursos ao SU e a dependência nos domínios de AC

Número de recursos ao SU/Domínios de AC		Dependente não participa (n)	Média	Desvio padrão	F	df	p-value
Número de recursos ao SU	Alimentar-se	36	1,2778	1,54200	2,697	3	0,047***
Número de recursos ao SU	Uso de sanitário	40	1,2000	1,50555	3,334	3	0,020***
Número de recursos ao SU	Elevar-se	34	1,2941	1,56727	4,932	3	0,002**
Número de recursos ao SU	Transferir-se	38	1,1053	1,46655	4,145	3	0,007**
Número de recursos ao SU	Tomar medicação	54	0,8704	1,37424	4,194	2	0,016***

\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,05

Os resultados obtidos na análise da variância e através da tabela 33, demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas entre as médias do número de recursos ao SU da PD e a dependência nos domínios do AC nomeadamente no alimentar-se, uso do sanitário, elevar-se, transferir-se e tomar medicação.

Apurámos que eram as PD que não participavam os que apresentavam médias de recursos ao SU, no último ano, mais elevadas.

### 3.2.9. Variáveis sociodemográficas do PC e a dependência nos domínios de AC

O estudo da existência de diferenças entre as variáveis sociodemográficas do MFPC e a dependência nos vários domínios de AC foi realizado através dos testes estatísticos *ANOVA One-Way* e *Qui-Quadrado*.

#### 3.2.9.1. Diferenças estatísticas entre a profissão do PC e a dependência nos domínios de AC

Para esquadrihar a existência de diferenças entre a profissão do MFPC e a dependência nos vários domínios de AC, foi aplicado o teste estatístico *Qui-Quadrado*.

**Tabela 34.** Diferenças estatísticas entre a profissão do PC e a dependência nos domínios de AC

Profissão do PC/Domínios de AC		Necessita de ajuda de pessoa (n)		X <sup>2</sup>	Df	p-value
		n	%			
Doméstico	Tomar banho	47	36,4%	53,389	36	0,031***
Doméstico	Vestir-se e despir-se	49	36,3%	49,762	24	0,002**
Doméstico	Alimentar-se	53	37,9%	59,802	36	0,008**
Doméstico	Uso do sanitário	38	40,4%	54,738	36	0,023***
Doméstico	Usar cadeira de rodas	7	35,0%	45,288	30	0,036***
Doméstico	Andar	39	42,4%	64,253	33	0,001**

\*p&lt;0,001; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,05

Os resultados obtidos demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas entre a profissão do MFPC e a dependência em vários domínios de AC, designadamente no tomar banho, vestir-se e despir-se, alimentar-se, uso do sanitário, usar cadeira de rodas e andar. Através da tabela 34, podemos ver que quando o MFPC era doméstico, evidenciaram-se percentagens mais elevadas de dependentes que necessitavam de ajuda de pessoa.

### 3.2.9.2. Diferenças estatísticas entre o parentesco do PC e a dependência nos domínios de AC

Para identificar a existência de diferenças entre o parentesco do MFPC e a dependência nos domínios de AC, recorreremos ao teste estatístico *Qui-Quadrado*.

**Tabela 35.** Diferenças estatísticas entre o parentesco do PC e a dependência nos domínios de AC

Parentesco do PC/Domínios de AC		Necessita de ajuda de pessoa (n)		X <sup>2</sup>	df	p-value
		n	%			
Filho/Filha	Tomar banho	66	51,2%	47,312	18	0,000*
Filho/Filha	Vestir-se e despir-se	67	49,6%	28,264	12	0,005**
Filho/Filha	Arranjar-se	67	50,4%	29,747	18	0,040***
Filho/Filha	Alimentar-se	68	48,6%	29,357	18	0,044***
Filho/Filha	Elevar-se	22	45,8%	35,376	18	0,008**
Filho/Filha	Virar-se	16	47,1%	31,404	18	0,026***
Filho/Filha	Usar cadeira de rodas	11	55,0%	34,637	18	0,010***
Filho/Filha	Andar	49	53,3%	60,657	18	0,000*

\*p&lt;0,001; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,05

Os resultados obtidos revelaram existir diferenças estatisticamente significativas entre o parentesco do MFPC e a dependência nos domínios de AC, mormente no tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, alimentar-se, elevar-se, virar-se, usar cadeira de rodas e andar.

Quando o MFPC era filho/filha, verificaram-se valores percentuais mais elevados de dependentes que necessitavam de ajuda de pessoa (tabela 35).

3.2.9.3. Diferenças estatísticas entre a coabitação do PC com a PD e a dependência nos domínios de AC

Com a finalidade de identificar diferenças entre a coabitação ou não do MFPC com a PD e a dependência nos domínios de AC, empregámos o teste *Qui-Quadrado*.

**Tabela 36.** Diferenças estatísticas entre a coabitação do PC com a PD e a dependência nos domínios de AC

Coabitação do PC com a PD/Domínios de AC		Necessita de ajuda de pessoa (n)		X <sup>2</sup>	df	p-value
		n	%			
Sim	<b>Arranjar-se</b>	105	84,0%	8,130	3	0,043***
Sim	<b>Usar cadeira de rodas</b>	17	89,5%	14,460	3	0,002**

\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,05

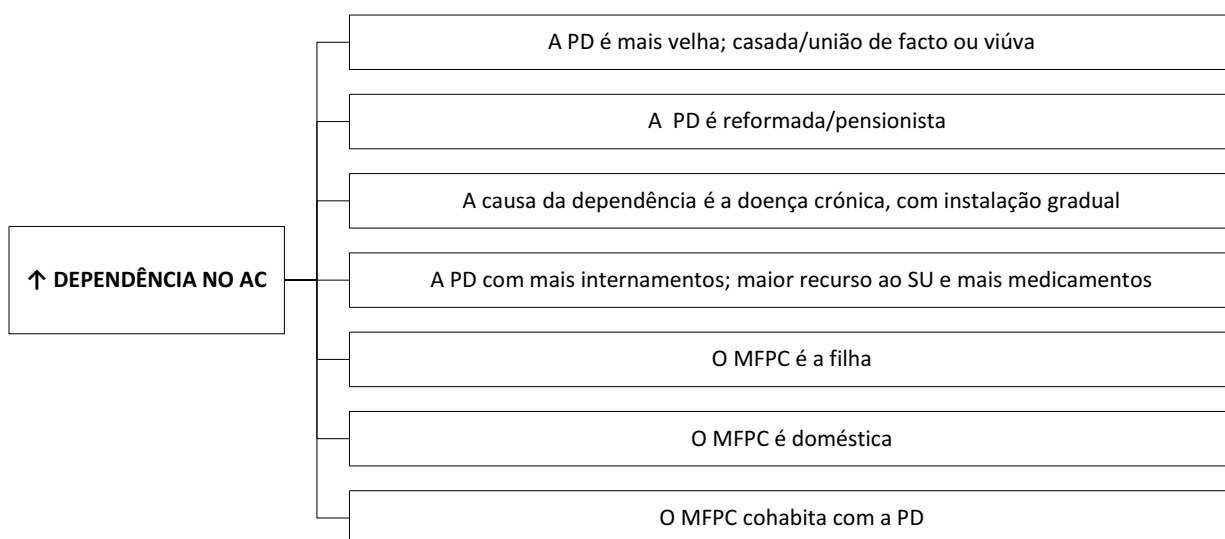
A análise dos dados obtidos acusou diferenças estatisticamente significativas entre a coabitação do MFPC e a dependência nos domínios de AC, nomeadamente no arranjar-se e usar cadeira de rodas, como se encontra plasmado na tabela 36.

De salientar que quando o MFPC coabitava com a PD, constatavam-se percentagens mais elevadas de dependentes que necessitavam de ajuda de pessoa.

Releva ainda dar nota que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sexo, idade e nível de escolaridade do PC e a dependência nos domínios de AC, sendo que os valores de *p-value* > 0,05.

No sentido de sintetizar os resultados obtidos, no tocante às relações (com significância estatística), entre a dependência no AC e as variáveis exibidas, apresentamos a figura 11.

**Figura 11.** Relações com significância estatística entre a dependência no AC e as diferentes variáveis em estudo



### 3.2.10. Condição de saúde da pessoa dependente

Para avaliação da condição de saúde da PD foram apreciados diferentes parâmetros, ou seja, por um conjunto de indicadores, enquanto sinais de compromisso nos processos corporais, com ênfase em áreas de atenção (focos) no domínio das funções do corpo, que acarretam maior impacto no fenómeno da dependência do AC.

Assim na caracterização foram contemplados aspetos como sinais aparentes de desidratação, desnutrição, rigidez articular, úlcera de pressão, processo respiratório, deglutição e estado mental.

De acrescentar que para a identificação do compromisso teria de se verificar pelo menos a presença de um sinal (em cada um dos processos corporais).

O gráfico 4 apresenta os resultados mais significativos encontrados, da caracterização da condição de saúde das pessoas dependentes do concelho de Paços de Ferreira.

Os sinais aparentes de desidratação (0,83%) e a desnutrição (0,83%) em simultâneo, surgem como os dois parâmetros de saúde menos presentes nas PD no AC. Seguem-se outros como comprometimento da pele (3,73%), a presença de úlceras de pressão e deficitária condição de higiene e asseio com (4,15%), o comprometimento respiratório (8,7%) e condição deficitária do vestuário (12,75%). Na higiene e asseio deficientes, de salientar que os parâmetros que apresentavam maiores valores são a deficiente higiene oral e os cuidados às unhas. De referir ainda que em 4,46% os dependentes apresentavam sujidade visível.

Num registo de valores mais elevados surgem as quedas (13,28%) e as alterações do estado mental (designadamente para a realização de cálculos simples com 29,88%, desorientação temporal com 26,14% e desorientação espacial com 14,11%). De modo destacado dos demais parâmetros surge o comprometimento articular em 41,91% das PD.

De relevar outros dados importantes, designadamente no que concerne ao estado nutricional das PD, em que 3,32% apresentam magreza excessiva e 9,13% são obesos. Da amostra, 7,47% apresentavam deglutição comprometida, 3,32% apresentavam feridas não tratadas/cuidadas e apenas 0,41% (n=1) apresentava eritema da fralda.

Das PD com úlceras de pressão (UP), 2,49% (n=6) apresentavam uma única UP, 0,83% (n=2) apresentavam 2 UP e com 3 UP também 0,83% (n=2). Se levarmos em linha de conta as regiões do corpo onde se situavam, temos a região sagrada com uma percentagem mais elevada (n=8), as regiões trocânticas (n=3), os calcâneos (n=1) e com outras localizações (n=3).

No que diz respeito às quedas (durante o último mês), temos que se registaram apenas 1 queda em 24 casos, 2 quedas em 5 casos, 3 quedas num caso, 4 quedas também num caso e registando-se com um número mais elevado, 7 quedas apenas numa só PD.

Em relação ao comprometimento articular, e às articulações avaliadas, temos que em 35,17% das PD apresentavam alterações a nível dos joelhos, 31,12% nas ancas, 19,08% nos cotovelos, em 18,67% nos punhos e 16,60% nos tornozelos.

Os resultados encontrados em relação à condição de saúde da PD, são na sua globalidade consentâneos com os descritos no Relatório de Primavera 2015, em que se constatou e de acordo com as investigações referidas no mesmo, "... que 68% das pessoas dependentes apresentava sinais de rigidez articular, 26% sinais aparentes de desidratação, 22% sinais de alteração do estado mental, 21% teve pelo menos um episódio de queda no último mês, 21% apresentava condição de higiene e asseio deficientes, 19% compromisso da integridade da pele (mormente úlceras de pressão), 14% condição deficiente do vestuário (mormente vestuário inapropriado face às condições climatéricas), e 10% compromisso respiratório" (OPSS, 2015; p.89).

Através destes achados podemos inferir que os cuidados à pessoa dependente considerados mais basilares e realizados com uma maior facilidade pelo MFPC, estão assegurados, como sendo o alimentar, o dar de beber e o manter as vias aéreas desobstruídas.

Pelo contrário e no que se reporta a cuidados que exigem uma maior diferenciação do MFPC, verifica-se uma alteração e ou défice na condição de saúde da pessoa dependente.

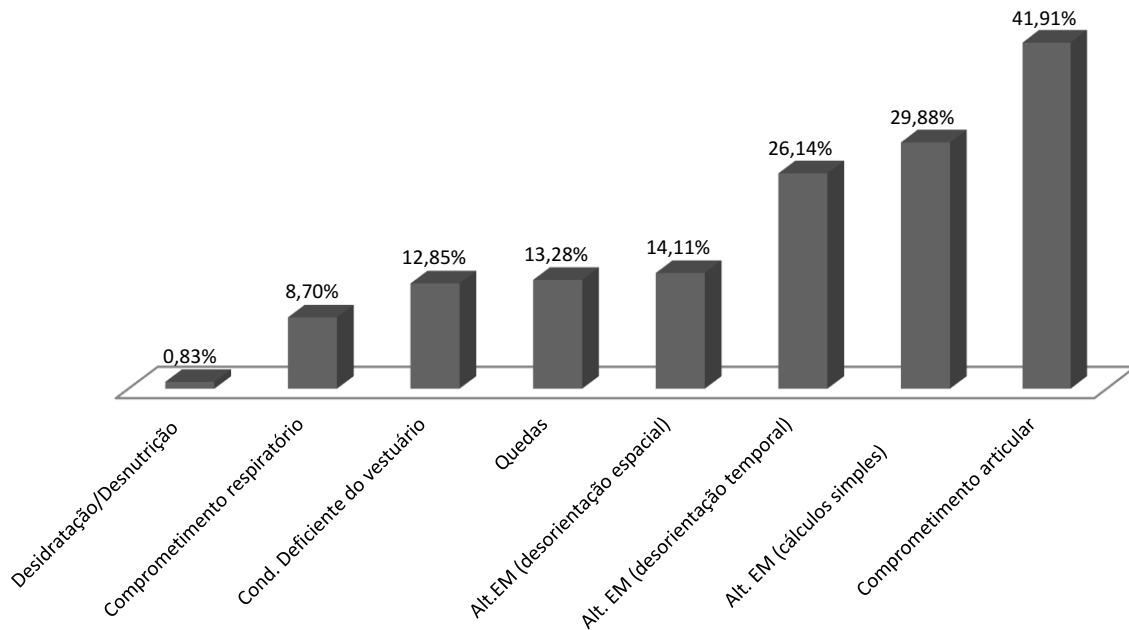
O exemplo mais elucidativo das consequências da impreparação do MFPC e dessas falhas nos cuidados a prestar, é o comprometimento articular, associado aos posicionamentos e mobilização das diferentes articulações.

Noutras falhas associadas eventualmente à falta de conhecimento inerente à prevenção de acidentes pelos MFPC, podem surgir as quedas.

No tocante às alterações do estado mental das PD representarem uma percentagem elevada, poderá concorrer a idade avançada de muitos dependentes, à qual normalmente se agrega a deterioração das capacidades cognitivas.

De referir ainda e não excluir a possibilidade de em algumas destas situações poder-se verificar alguma falta de acompanhamento das equipas de saúde, que potenciam o desenvolvimento/agravamento das situações elencadas.

**Gráfico 4.** Percentagem de PD no AC com sinais aparentes de alterações da condição de saúde



Nos concelhos de Lisboa, Porto, Maia, verifica-se tal como em Paços de Ferreira um valor percentual mais elevado no comprometimento articular, em relação aos outros sinais aparentes de alteração /compromisso da condição de saúde: 84,7% na Maia (Rocha, 2015), 63,2% no Porto (Silva, 2011; Gonçalves, 2013), 63,1% no estudo desenvolvido por Petronilho (2013), 62,7% em Lisboa (Costa, 2013) e 41,9% em Paços de Ferreira (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012).

O comprometimento articular (diminuição da amplitude/rigidez) é inquestionavelmente um sinal de limitação da mobilidade das pessoas, pelo que é considerado um indicador da qualidade dos cuidados prestados às pessoas, que não são autónomas funcionalmente (Pereira, 2007). Destes dados inferimos que os cuidados providenciados para estas pessoas não são os adequados, neste aspeto, e que terá de se verificar um esforço por parte das equipas de saúde (designadamente dos Enfermeiros das USF e ECCI onde se encontram integrados estas pessoas), no sentido de estas necessidades serem colmatadas.

No concelho de Paços de Ferreira à semelhança do que acontece em Lisboa e no Porto, o sinal de alteração do estado mental aparece em segundo lugar com maior percentagem: no Porto com 33,6% (Gonçalves, 2013), Paços de Ferreira com 29,88% (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012) e em Lisboa com 29,2% dos casos (Costa, 2013). No concelho da Maia, os sinais de deficiente condição de higiene e asseio e compromisso da integridade aparecem em segundo lugar, com o mesmo valor (29,2%) (Rocha, 2015).

No concelho Pacence o valor percentual mais baixo reporta-se aos sinais de desnutrição/desidratação com apenas 0,83% dos casos (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012) e no Porto os mesmos sinais com uma percentagem de 5,3 (Silva, 2011; Gonçalves, 2013). Em Lisboa o valor percentual mais baixo encontrado corresponde à percentagem de pessoas dependentes com compromisso respiratório (8,1%) (Costa, 2013) e na Maia com o valor mais baixo, 9,3% encontram-se os dependentes com sinal de alteração do estado Mental (Rocha, 2015).

### **3.3. O membro da família prestador de cuidados**

Em concordância com a literatura, podem existir dois tipos de prestadores de cuidados informais: o principal e o secundário, assim discriminados, de acordo com o grau de envolvimento nos cuidados prestados. Apesar de esta distinção não reunir consensos, quando subsiste, o PC principal é quem detém a responsabilidade pela maior parte dos cuidados prestados à PD, e os PC secundários são aqueles que prestam cuidados complementares, isto é, com menor regularidade, servindo de apoio ao PC principal. A literatura também refere que é comum a existência de vários PC secundários para a mesma PD (Figueiredo, 2007; Lage, 2007; A. Pereira, 2008; Andrade, 2009; Oliveira, 2009; Monteiro, 2010; Ribeiro 2011; Dixe, 2020; Minayo, 2021).

O traço comum e que se mantém na maioria das situações elencadas é o facto de os PC serem maioritariamente familiares (A. Pereira, 2008; Imaginário, 2008; Ribeiro 2011; Dixe, 2020; Faria, 2020; Minayo, 2021).

Neste estudo, apesar de não se constituir como objetivo primeiro a identificação de PC principais e secundários, houve casos de FC em que os cuidados à PD ficavam “a cargo” de dois PC, sem que nenhum deles se assumisse como PC principal. Certo é que a responsabilidade dos cuidados era imputada a ambos.

Numa tentativa de simplificação destas situações e para melhor apropriação, tratamento e análise destes dados, foram identificados dois perfis: o PC- perfil 1 e o PC-perfil 2.

#### **3.3.1. Caracterização sociodemográfica dos MFPC**

A amostra é composta e de acordo com a tabela 37, por 241 prestadores de cuidados do perfil 1 e 32 prestadores de cuidados do perfil 2. Os MFPC do perfil 1, são na sua grande maioria (89,6%) do género feminino (n=216), como se pode constatar na tabela 37, o que é concordante com a generalidade dos estudos. Do género masculino apenas encontramos 10,4% (n=25). As idades variavam entre os 18 e 82 anos, e uma média de 56,33 anos, com desvio padrão de 12,43 anos.

**Tabela 37.** Medidas de localização e dispersão para a variável dos PC - Perfil 1

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	241	18	82	56,33	12,43

Através da análise da tabela 38 constatamos que cerca de três quartos (75,9%) dos MFPC eram casados ou viviam em união de facto (n=183), sendo que 14,5% (n=35) eram solteiros. Encontramos ainda 15 MFPC viúvos e 8 divorciados.

A nacionalidade de todos os MFPC do perfil 1, era Portuguesa.

**Tabela 38.** Características sociodemográficas dos PC - Perfil 1 (género e estado civil)

Variável	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	216	89,6
Masculino	25	10,4
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado / união de facto	183	75,9
Solteiro	35	14,5
Viúvo	15	6,3
Divorciado	8	3,3
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

No que diz respeito ao nível de escolaridade (tabela 39), verificou-se uma predominância do 1.º ciclo (n=122), sendo que 11,2 % (n=27) não possuem qualquer nível de escolaridade.

Os demais MFPC encontram-se distribuídos pelos outros níveis, registando-se com a percentagem mais baixa (5,4%), aqueles que concluíram o ensino superior (n=13).

Quanto à profissão, 63,9% (n=154) não apresentavam uma atividade profissional, sendo que desses MFPC, 81 eram domésticos, 51 pensionistas/reformados e 22 desempregados.

Dos que apresentavam uma atividade profissional, a maior percentagem encontrada (10,4%) reportava-se aos operários, artificies e trabalhadores similares (n=25). A profissão em que se verificou a percentagem menos representativa (0,4%) foram os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, com apenas 1 MFPC.

**Tabela 39.** Características sociodemográficas dos PC - Perfil 1 (Habilitações Literárias e Profissão)

Variáveis	N	%
<b>Habilitações Literárias</b>		
Nenhum	27	11,2
Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	122	50,6
Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	36	14,9
Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	27	11,2
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	16	6,6
Ensino superior	13	5,4
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>
<b>Profissão</b>		
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	7	2,9
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	9	3,7
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	0,8
Pessoal administrativo e similares	13	5,4
Pessoal dos serviços e vendedores	13	5,4
Agricultores e trabalhadores qualificados	1	0,4
Operários, artifices e trabalhadores similares	25	10,4
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores	5	2,1
Trabalhadores não qualificados	10	4,1
Doméstico	81	33,6
Desempregado	22	9,1
Pensionista / Reformado	51	21,2
Outra	2	0,8
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

No que concerne ao grau de parentesco com a PD e de acordo com a tabela 40, os MFPC eram maioritariamente (42,7%) filhos/filhas (n=103). Com cerca de 27,8%, tínhamos os cônjuges (n=67). Um aspeto a destacar, no tocante à caracterização dos MFPC, é que 16,2% eram os pais da PD (n=39), por via de terem sido aceites crianças dependentes para o estudo.

Outro dado significativo a ter em atenção é o facto de, 6 MFPC não terem qualquer grau de parentesco com a PD, representando 2,5% da amostra.

Constatámos que um número expressivo (89,4%) de MFPC (n=193), viviam no mesmo alojamento que o familiar dependente no AC.

**Tabela 40.** Características sociodemográficas dos PC - Perfil 1 (Grau de Parentesco e Coabitação)

Variáveis	N	%
<b>Grau de Parentesco</b>		
Marido / Esposa	67	27,8
Pai/Mãe	39	16,2
Filho/Filha	103	42,7
Irmão/Irmã	10	4,1
Afinidade (nora; padasto; cunhado)	10	4,1
Sem grau de parentesco	6	2,5
Outra	6	2,5
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>
<b>Coabitação</b>		
Não	48	10,6
Sim	193	89,4
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

Com idades que variavam entre os 26 e 89 anos (tabela 41), e uma média de 54,55 anos, com um desvio padrão de 18,11, a maioria dos MFPC eram casados ou viviam em união de facto (n=28).

A nacionalidade de todos os PC - perfil 2, e à semelhança PC -perfil 1, era Portuguesa.

**Tabela 41.** Medidas de localização e dispersão para a variável idade dos PC - Perfil 2

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	31	26	89	54,55	18,11

Dos 32 MFPC - perfil 2, 56,3% eram do sexo feminino (n=18) e os restantes 43,7% do sexo masculino (n=14), como reporta a tabela 42.

Registamos com interesse, que neste perfil (2), o sexo masculino aproxima-se significativamente dos valores percentuais do sexo feminino, verificando-se uma pequena diferença, essa não observável nos dados referentes ao MFPC de perfil (1).

**Tabela 42.** Características sociodemográficas dos PC - Perfil 2 (género e estado civil)

Variável	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	18	56,3
Masculino	14	43,7
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado / união de facto	28	87,5
Solteiro	3	9,4
Viúvo	1	3,1
Divorciado	-	-
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Comparativamente ao nível de escolaridade e de acordo com a tabela 43, verificou-se uma predominância (41,9%) do 1.º ciclo (n=13), estando os demais MFPC distribuídos pelos outros níveis de ensino. De registar ainda que em termos de MFPC que não frequentaram o sistema de ensino era de 6,5%, correspondendo apenas a 2 casos.

Quanto à profissão, 28,1% dos MFPC eram pensionistas/reformados (n=9), representando a percentagem mais significativa da amostra. O pessoal doméstico aparece em 3º lugar com uma percentagem de 9,4%, correspondendo a 3 MFPC.

**Tabela 43.** Características sociodemográficas dos PC - Perfil 2 (Habilitações Literárias e Profissão)

Variáveis	N	%
<b>Habilitações Literárias</b>		
Ensino básico - 1.º ciclo	13	41,9
Ensino básico - 2.º ciclo	7	22,6
Ensino básico - 3.º ciclo	4	12,9
Ensino secundário	2	6,5
Ensino Superior	3	9,7
Nenhum	2	6,5
	<b>Subtotal</b>	<b>31</b>
	<b>Missing</b>	<b>1</b>
	<b>Total</b>	<b>32</b>
		<b>100</b>
<b>Profissão</b>		
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	3,1
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	2	6,3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	3,1
Pessoal administrativo e similares	3	9,4
Pessoal dos serviços e vendedores	5	15,6
Agricultores e trabalhadores qualificados	1	3,1
Operários, artifices e trabalhadores similares	2	6,3
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores	1	3,1
Trabalhadores não qualificados	2	6,3
Doméstico	3	9,4
Desempregado	2	6,3
Pensionista / Reformado	9	28,1
	<b>Total</b>	<b>32</b>
		<b>100</b>

No que se reporta ao grau de parentesco com a PD, a tabela 44 alude para o facto de os MFPC, serem na sua maioria 34,4% pais (n=11), cônjuges (n=7) e filhos (n=7). Constatou-se que 71,9% dos MFPC (n=23) coabitavam com a PD. Adicionar ainda que 28,1% dos MFPC não coabitavam no mesmo alojamento (n=9).

**Tabela 44.** Características sociodemográficas dos PC - do Perfil 2 (Grau de Parentesco e Coabitação)

Variáveis	N	%
<b>Grau de Parentesco</b>		
Marido / esposa	7	21,9
Pai / mãe	11	34,4
Filho / filha	7	21,9
Irmão / irmã	1	3,1
Afinidade (nora; padrasto; cunhado)	4	12,5
Sem grau de parentesco	1	3,1
Outro	1	3,1
	<b>Total</b>	<b>32</b>
		<b>100</b>
<b>Coabitação</b>		
Não	9	28,1
Sim	23	71,9
	<b>Total</b>	<b>32</b>
		<b>100</b>

A grande maioria dos MFPC é do sexo feminino, circunstância observada nos estudos realizados sobre esta temática nos diferentes concelhos, refletindo o que vem plasmado na mais diversa literatura e estudos sobre os cuidadores, imputando à mulher a responsabilidade no cuidar.

Quer socialmente, quer culturalmente é na figura feminina que as sociedades da Europa delegam o papel de cuidadora dos membros da família (Campos, 2011; Leonardo, 2011; Martins, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Silva, 2011; Fernandes, 2012; Leão, 2012; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015).

Os dados obtidos nos diferentes estudos realizados de base populacional sobre esta problemática têm apontado as mulheres esposas e filhas/noras com a idade a rondar os 55 anos, reformadas ou domésticas, com baixa escolaridade e cuja co-habitação com o familiar dependente se observa, que maioritariamente assumem o exercício do papel de tomar conta (Brito, 2002; Martins, 2004; Martins, Ribeiro & Garret, 2004; Lage, 2005; Lage, 2007; Martins, 2006; Petronilho, 2007; Petronilho, 2013; Louro, 2009; Araújo, 2010; Ferraz Pereira, 2011; Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Silva, 2011; Fernandes, 2012; Maia, 2012; Queirós, 2012; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015).

#### **3.4. Os cuidados assegurados pelo MFPC à pessoa com dependência**

Os MFPC prestam cuidados à pessoa dependente inserida no seio familiar e estes reportam-se aos cuidados que estão relacionados com as funções de saúde, proporcionando bem-estar e proteção aos dependentes, refletindo um conjunto de AVD que as pessoas dependentes não conseguem assegurar a si próprios.

A caracterização dos cuidados prestados pelo MFPC à pessoa dependente foi estruturada de acordo com as diferentes dimensões que seguidamente elencamos, e que se consideram vitais para a compreensão do modo como os cuidados são assegurados:

- Intensidade dos cuidados prestados à pessoa dependente (dizem respeito à frequência diária, semanal e mensal com que as atividades dos diversos domínios do AC são realizadas pelo MFPC à pessoa dependente);
- Cuidados de incentivo à autonomia da pessoa dependente (reportam-se às atividades que as pessoas dependentes realizam a nível dos diferentes domínios do AC, quando estimuladas para a sua concretização pelo MFPC);
- Decisão sobre os cuidados à pessoa dependente (referem-se a quem toma a decisão de escolha para a efetivação das diferentes atividades que concretizam os diferentes domínios do AC);
- Local onde são prestados os cuidados (reporta-se às divisões da habitação e produtos/equipamentos utilizados pelo MFPC na efetivação das diferentes atividades que concretizam os diferentes domínios do AC).

### 3.4.1. Intensidade dos cuidados prestados à pessoa dependente

No presente estudo realizamos uma análise descritiva relativamente à variável: intensidade dos cuidados realizados pelos MFPC à PD. Esta caracteriza-se pelo *score* médio da frequência dos cuidados diários, semanais ou mensais assegurados à PD pelo MFPC. Os cuidados foram assim categorizados em grupos principais face à regularidade expectável para a sua realização.

Em termos sequenciais e para facilitar a compreensão do processo, começamos por efetuar a análise descritiva inerente aos cuidados diários.

**Tabela 45.** Caracterização da frequência diária com que o PC realiza os cuidados

Frequência <u>diária</u> com que o PC realiza os cuidados			
	Até 2 vezes N (%)	Mais de 2 vezes N (%)	Total N (%)
<b>Autocuidado: Tomar banho</b>			
Lava as mãos e a cara ao dependente	123 (78,8)	33 (21,2)	156 (100)
<b>Autocuidado: Arranjar-se</b>			
Lava os dentes ao dependente	76 (60,3)	50 (39,7)	126 (100)
Penteia o cabelo ao dependente	109 (72,7)	41(23,3)	150 (100)
<b>Autocuidado: Sentar-se</b>			
Senta o dependente	54 (53,5)	47 (46,5)	101 (100)
Levanta o dependente	42 (51,2)	40 (48,8)	82 (100)
<b>Autocuidado: Virar-se</b>			
Posiciona na cama/cadeira o dependente	49 (62,8)	29 (37,2)	78 (100)
<b>Autocuidado: Usar a cadeira de rodas</b>			
Movimenta na cadeira de rodas	12 (31,6)	26 (68,4)	38 (100)
<b>Autocuidado: Andar</b>			
Assiste na deambulação do dependente	26 (68,4)	12 (31,6)	38 (100)
<b>Autocuidado: Transferir-se</b>			
Transfere o dependente da cama para a cadeira/cadeirão	69 (63,3)	40 (36,7)	109 (100)
<b>Autocuidado: Alimentar-se</b>			
Dá refeições ao dependente	170 (79,1)	45 (20,9)	215 (100)
<b>Cuidados Complementares</b>			
Dá água ao dependente fora das refeições	107 (64,1)	60 (35,9)	167 (100)
	<b>Até 2 vezes N (%)</b>	<b>Mais de 2 vezes N (%)</b>	<b>Total N (%)</b>
Inspeciona a pele do períneo do dependente	103 (72)	40 (28)	143 (100)
Inspeciona as zonas de proeminências ósseas do dependente	70 (67,3)	34 (67,3)	104 (100)
	<b>Mobiliza N (%)</b>	<b>Não mobiliza N (%)</b>	<b>Total N (%)</b>
Realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do dependente	62 (54,9)	51 (45,1)	113 (100)
Realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do dependente	64 (56,1)	50 (45,1)	114 (100)
	<b>Até 1 vez N (%)</b>	<b>Mais que 1 vez N (%)</b>	<b>Total N (%)</b>
Massaja a pele das proeminências ósseas do dependente	54 (52,4)	49 (47,6)	103 (100)

Verificamos através da tabela 45 que, os cuidados diários realizados com maior frequência são aqueles que exigem um maior esforço físico por parte do MFPC, ou seja, os relacionados com a higiene, com posicionamentos, transferências da cama para a cadeira/cadeirão e com a alimentação.

De salientar que o número de casos a que correspondem os 100%, não é igual, variando de acordo com os diferentes domínios de AC. A título exemplificativo, no AC virar-se só fez sentido avaliar-se em 78 casos, porque os restantes eram independentes neste domínio.

Efetuada seguidamente, a análise descritiva inerente aos cuidados semanais, temos os resultados plasmados, na tabela 46, que se segue.

**Tabela 46.** Caracterização da frequência semanal com que o PC realiza os cuidados

Frequência <u>semanal</u> com que o PC realiza os cuidados			
<b>Autocuidado: Tomar banho</b>	<b>Até 2 vezes</b>	<b>Mais de 2 vezes</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Dá banho ao dependente	101(51,3)	96 (48,7)	197 (100)
Lava o cabelo do dependente	115 (51,3)	81(41,3)	196 (100)
<b>Autocuidado: Arranjar-se</b>	<b>Até 3 vezes</b>	<b>Mais de 3 vezes</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Apara/corta a barba do dependente	68 (84)	13 (16)	81 (100)
Aplica cremes hidratantes ao dependente	81 (58,3)	58 (41,3)	139 (100)
Aplica desodorizantes/perfumes ao dependente	69 (52,7)	62 (47,3)	131 (100)
Limpa os ouvidos ao dependente	82 (51,6)	77 (48,4)	159 (100)
<b>Cuidados complementares</b>	<b>Até 1 vez</b>	<b>Mais que 1 vez</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Desenvolve atividades estimulantes da memória com o dependente	54 (61,4)	34 (35,9)	167 (100)

Quanto aos cuidados semanais proporcionados à PD, os efetuados maioritariamente são os relacionados com o AC: tomar banho (51,3%) e com o AC: arranjar-se, seja aparando/cortando a barba (84%), aplicando cremes hidratantes (58,3%) e colocando desodorizantes/perfumes (52,7%).

Relativamente aos cuidados complementares, dar conta que o MFPC realiza atividades estimulantes da memória com a PD, até 1 vez por semana, em 54 dos elementos da amostra (61,4%).

No tocante aos cuidados realizados mensalmente, podemos observar a caracterização da sua frequência, na tabela 47 inferiormente explicitada.

**Tabela 47.** Caracterização da frequência mensal com que o PC realiza os cuidados

Frequência <u>mensal</u> com que o PC realiza os cuidados			
<b>Autocuidado: Arranjar-se</b>	<b>Até 2 vezes</b>	<b>Mais de 2 vezes</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Arranja as unhas ao dependente	111 (55)	91 (45)	200 (100)
Aplica maquiagem ao dependente	24 (51,1)	23 (48,9)	47(100)
<b>Autocuidado: Usar a cadeira de rodas</b>	<b>Até 4 vezes</b>	<b>Mais de 4 vezes</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Leva o dependente a passear/sair de casa na cadeira de rodas	27 (65,9)	14 (34,1)	41(100)

Observa-se o predomínio do arranjar as unhas (55%) e aplicar maquiagem (51,1%), até 2 vezes por mês. No AC: usar a cadeira de rodas, verifica-se que o MFPC leva a PD a passear/sair de casa na cadeira de rodas até 4 vezes por mês (65,9%).

### 3.4.2. Cuidados de incentivo à autonomia da pessoa dependente

No que diz respeito à variável: incentivo dados pelos MFPC à PD, para uma preferível análise e interpretação dos resultados obtidos, decidimos agrupar os diferentes domínios de AC, do seguinte modo:

1. Os relacionados com a mobilidade (transferir-se, virar-se, elevar-se, usar cadeira de rodas, andar);
2. Os relacionados com a higiene (tomar banho e uso do sanitário);
3. Os relacionados com a alimentação (alimentar-se);
4. Os relacionados com cuidados complementares (tomar medicação e vestir-se e despir-se).

**Tabela 48.** Caracterização dos incentivos dados pelo PC relativamente à variável- cuidados relacionados com a mobilidade

Incentivos relacionados com a mobilidade	<b>Nunca</b>	<b>Às Vezes</b>	<b>Sempre</b>	<b>Total</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
<b>Autocuidado: Transferir-se</b>				
O PC incentiva a DF a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão	16 (19,5)	20 (24,4)	46 (56,1)	82 (100)
<b>Autocuidado: Virar-se</b>				
O PC incentiva o DF a posicionar-se	17 (17,3)	40 (40,8)	41 (41,8)	98 (100)
<b>Autocuidado: Elevar-se</b>				
O PC incentiva o DF a levantar-se (por de pé)	25 (23,6)	45 (42,5)	36 (34)	106 (100)
O PC incentiva o DF a sentar-se	15 (14,2)	47 (44,3)	44 (41,5)	106 (100)
<b>Autocuidado: Usar cadeira de rodas</b>				
O PC incentiva o DF a utilizar sozinho a cadeira de rodas	19 (61,3)	7 (22,6)	5 (16,1)	31 (100)
<b>Autocuidado: Andar</b>				
O PC incentiva o DF a deambular sozinho	57 (39,6)	59 (41)	28 (19,4)	144 (100)

Nos cuidados relacionados com a mobilidade da PD (tabela 48), podemos asseverar que o MFPC incentiva sempre a PD a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão (56,1%) e a virar-se (41,8%).

Constatamos ainda que o MFPC, incentiva às vezes a PD, a levantar-se (por de pé) em (42,5%), a sentar-se (44,3%) e a deambular sozinho (41%).

Apuramos, no entanto, que o MFPC, em 61,3% dos casos nunca incentiva a PD a utilizar sozinho a cadeira de rodas.

Estes dados podem emoldurar um padrão de cuidados instrumentais e de carácter substitutivo da PD, manifestamente amputador da sua promoção da autonomia.

**Tabela 49.** Caracterização dos incentivos dados pelo PC relativamente à variável- cuidados relacionados com a higiene

Incentivos relacionados com a higiene	Nunca	Às Vezes	Sempre	Total N (%)
	1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)	
<b>Autocuidado: Tomar banho</b>				
O PC incentiva o DF a lavar as zonas do corpo de que é capaz	61 (33)	92 (49,7)	32 (17,3)	185 (100)
<b>Autocuidado: Uso do sanitário</b>				
O PC incentiva o DF a utilizar o sanitário	24 (16,2)	26 (17,6)	98 (66,2)	148 (100)

Quanto aos incentivos para os cuidados relacionados com a higiene (tabela 49) o MFPC incentiva sempre (66,2%), a PD a utilizar o sanitário e incentiva às vezes (49,7%) a PD a lavar as zonas do corpo de que é capaz.

**Tabela 50.** Caracterização dos incentivos dados pelo PC relativamente à variável- cuidados relacionados com a alimentação

Incentivos relacionados com a alimentação	Nunca	Às Vezes	Sempre	Total N (%)
	1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)	
<b>Cuidados complementares</b>				
O PC incentiva o DF a beber água (líquidos)	6 (2,8)	98 (46)	109 (51,2)	213 (100)
<b>Autocuidado: Alimentar-se</b>				
O PC incentiva o DF a comer sozinho	23 (13,1)	45 (25,6)	108 (61,4)	176 (100)

Em relação aos incentivos relacionados com a alimentação (Tabela 50), o MFPC incentiva sempre a PD a beber água (fora das refeições) em (51,2%) e a comer sozinho (61,4%).

**Tabela 51.** Caracterização dos incentivos dados pelo PC relativamente à variável- incentivos relacionados com outros cuidados

Incentivos relacionados com outros cuidados	Nunca	Às Vezes	Sempre	Total N (%)
	1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)	
<b>Cuidados Complementares</b>				
O PC incentiva o DF a tossir quando se apercebe que ele tem secreções	12 (7,5)	73 (45,6)	75 (46,9)	160 (100)
<b>Autocuidado: Tomar medicação</b>				
O PC incentiva o DF a preparar/tomar sozinho os medicamentos	103 (51,8)	63 (31,7)	33 (16,6)	199 (100)
<b>Autocuidado: Vestir-se e despir-se</b>				
O PC incentiva o DF a vestir-se e calçar-se sozinho	98 (65,8)	51 (34,2)	-	149 (100)

Em relação aos incentivos relacionados com outros cuidados (tabela 51), podemos constatar que o MFPC incentiva sempre (46,9%) e às vezes (45,6%) a PD a tossir, quando se apercebe que este tem secreções.

De sinalizar que o MFPC, nunca incentiva a PD a preparar/tomar os medicamentos sozinho (51,8%) e também a vestir-se e calçar-se sozinho (65,8%).

Em suma, o MFPC incentiva:

- Sempre, a PD: a posicionar-se (41,8%), a tossir quando se apercebe que este tem secreções (46,9%), a beber água (fora das refeições) (51,2%), a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão (56,1%), a comer sozinho (61,4%) e a utilizar o sanitário (66,2%).
- Às vezes, a PD: a deambular sozinho (41%), a levantar-se (42,5%), a sentar-se (44,3%) e a lavar as zonas do corpo de que é capaz (49,7%).
- Nunca incentiva, a PD: a lavar as zonas do corpo de que é capaz (33%), a deambular sozinho (39,6%), a preparar/tomar os medicamentos sozinho (51,8%), a utilizar sozinho a cadeira de rodas (61,3%) e a vestir-se e calçar-se sozinho (65,8%).

Em síntese, verifica-se alguma concordância entre os MFPC dos concelhos de Paços de Ferreira e da Maia, no grau de incentivo para a autonomia em algumas atividades dos diferentes domínios do AC. Incentivam “sempre” a pessoa dependente a participar na transferência da cama para o cadeirão/cama, a utilizar o sanitário, a comer sozinho a a posicionar-se. Para lavar determinadas zonas do corpo de que é capaz é incentivado “às vezes” e “nunca” são incentivados pelos MFPC a utilizar sozinho a cadeira de rodas.

### 3.4.3. Decisão sobre os cuidados à pessoa dependente

Quanto às decisões de horários e frequências dos cuidados (tabela 52), apuramos que quem encabeça o processo de tomada de decisão é na sua esmagadora maioria o MFPC.

Este padrão de cuidados espelha um cenário de cuidados onde o contributo para a decisão da PD é pouco ou nada relevante. Previsivelmente a PD acabará por adotar uma postura passiva face às decisões sobre os seus cuidados, e o MFPC acabará por decidir por si.

#### 3.4.4. Local onde são prestados os cuidados

Em relação aos locais onde são prestados os cuidados, a tabela 52 permite-nos também verificar que a maioria das PD realiza as refeições na sala de jantar ou na cozinha (80,1%), toma o banho no chuveiro (64,7%), e utilizam a sanita para evacuar (73,4%) e para urinar (71,4%).

**Tabela 52.** Caracterização dos cuidados em relação aos locais e à decisão

	<b>Cama N (%)</b>	<b>Chuveiro N (%)</b>	<b>Noutro Local N (%)</b>	<b>Total N (%)</b>
Local onde normalmente dá banho ao seu familiar	67 (27,8)	156 (64,7)	18 (7,5)	241 (100)
Quem decide a frequência/local do banho	<b>Dependente N (%)</b> 116 (48,1)	<b>PC N (%)</b> 123 (51)	<b>Enfermeiro N (%)</b> 2 (0,8)	<b>Total N (%)</b> 241 (100)
Quem escolhe a roupa ao seu familiar	<b>Dependente N (%)</b> 98(40,7)	<b>PC N (%)</b> 132(54,8)	<b>Outro N (%)</b> 11(4,6)	<b>Total N (%)</b> 241 (100)
Quem decide a frequência/composição/local das refeições	<b>Dependente N (%)</b> 57 (23,6)	<b>PC N (%)</b> 176 (73)	<b>Enfermeiro N (%)</b> 3 (1,2)	<b>Total N (%)</b> 236 (97,9)
Em que local o seu familiar faz as refeições	<b>Cama N (%)</b> 42 (17,4)	<b>Sala de jantar/cozinha N (%)</b> 193(80,1)	<b>Outro N (%)</b> 6 (2,5)	<b>Total N (%)</b> 241 (100)
Local onde evacua o seu familiar	<b>Fralda N (%)</b> 35 (14,5)	<b>Arrastadeira N (%)</b> 15 (6,2)	<b>Sanita N (%)</b> 177 (73,4)	<b>Total N (%)</b> 227 (94,2)
Local onde urina o seu familiar	34 (14,1)	15 (6,2)	172 (71,4)	221 (91,7)
Quem decide onde o seu familiar vai urinar/evacuar	<b>Dependente N (%)</b> 172 (71,4)	<b>PC N (%)</b> 54 (22,4)	<b>Outro N (%)</b> 15 (6,2)	<b>Total N (%)</b> 241 (100)
Quem decide o horário da mudança de posição e a posição a adotar	<b>Dependente N (%)</b> 61 (25,3)	<b>PC N (%)</b> 111 (46,1)	<b>Enfermeiro N (%)</b> 1 (0,4)	<b>Total N (%)</b> 173 (71,8)
Quem decide transferir o seu familiar da cama para cadeira/cadeirão	<b>Dependente N (%)</b> 72 (29,9)	<b>PC N (%)</b> 89 (36,9)	<b>Enfermeiro N (%)</b> 1 (0,4)	<b>Total N (%)</b> 162 (67,2)
Quem decide a utilização da cadeira de rodas	<b>Dependente N (%)</b> 16 (6,6)	<b>PC N (%)</b> 30 (12,4)	<b>Enfermeiro N (%)</b> 194 (80,5)	<b>Total N (%)</b> 240 (99,5)
Quem decide os períodos/locais de deambulação	<b>Dependente N (%)</b> 37 (15,4)	<b>PC N (%)</b> 121 (50,2)	<b>Enfermeiro N (%)</b> 83 (34,4)	<b>Total N (%)</b> 241 (100)
Quem decide a dieta do seu familiar	<b>Dependente N (%)</b> 47 (19,5)	<b>PC N (%)</b> 188 (78)	<b>Enfermeiro N (%)</b> 2 (0,8)	<b>Total N (%)</b> 237 (98,3)

Em síntese, da análise dos dados referentes à definição dos cuidados prestados, apuramos que o papel assumido pelo MFPC no âmbito dos diferentes domínios de AC é o de “agir pela pessoa dependente” ou em substituição da mesma.

Realiza em elevadas intensidades/frequências os cuidados, em vez de ações de incentivo à promoção da capacidade de AC da PD através do estímulo à participação na realização dos mesmos. Estamos perante um perfil de MFPC do tipo substitutivo, pouco centrado na promoção da autonomia da PD.

### **3.5. Perceção da Autoeficácia do MFPC relativa ao exercício do papel**

A perceção da autoeficácia é definida como um conjunto de crenças das pessoas sobre as suas capacidades para produzir determinados níveis de desempenho, exercendo interferência sobre os acontecimentos que afetam as suas vidas.

Determina de modo crucial a quantidade de esforço que as pessoas vão mobilizar e quanto tempo irão persistir, face aos diversos obstáculos e experiências adversas.

O processo de transição para o papel de MFPC aglomera uma panóplia de condições, das quais se destacam as expectativas, o nível de conhecimento e habilidade, o ambiente, o nível de planeamento, o bem-estar físico e emocional e a perceção de autoeficácia (Schumacher e Meleis, 2010).

No presente estudo realizamos uma análise descritiva relativamente à PAE do MFPC face às atividades que concretizam cada domínio de AC.

De enfatizar que segundo estudos previamente mencionados, designadamente por Duque (2009), Fernandes (2012), Queirós (2012) e (Gonçalves, 2013) sobre a dependência no AC e a PAE, é possível assegurar, quer a validade, quer a precisão dos instrumentos a que se recorreu para avaliar o nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado e para avaliar a autoeficácia do cuidador familiar. Mais se acrescenta, que de acordo com esses autores, a consistência interna do instrumento utilizado é elevada (determinou-se um valor *Alpha de Cronbach* de 0,957).

#### **3.5.1. Face ao AC tomar banho**

Ao apreciarmos a PAE dos MFPC no AC: tomar banho, constatamos que existe uma proximidade muito grande entre o medianamente competente e muito competente em praticamente todas as ações. Contudo há a destacar o “escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar” que apesar de na maioria ser medianamente competente (45,5%), o pouco competente ocupa uma segunda posição de relevo (29,4%), relativamente ao muito competente (24,1%).

Na sua generalidade os MFPC sentem-se medianamente competentes em praticamente todas as ações, no que se refere a este AC, exceto no “pentear o cabelo ao seu familiar” em que se sentem muito competentes. As duas ações, onde o incompetente surge com maior frequência é no

“promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene” com (4,4%) e “incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene” com (6,2%).

Na tabela 53 podemos verificar que relativamente à Perceção Global da Autoeficácia no AC: tomar banho, 48.9% dos MFPC sentem-se medianamente competentes, 38,5% muito competentes, 11,3% pouco competentes e 1,3% incompetentes.

**Tabela 53.** PAE do cuidador familiar em relação ao AC tomar banho

AC tomar banho	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	0	6 (3,1)	98 (50,5)	90 (46,4)	194 (100)
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	0	14 (8,8)	73 (45,9)	72 (45,3)	159 (100)
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene	0	14 (8,8)	76 (47,8)	69 (43,4)	159 (100)
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	0	17 (10,8)	73 (46,5)	67 (42,7)	157 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	2 (1,1)	55 (29,4)	85 (45,5)	45 (24,1)	187 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	1 (1,2)	4 (4,7)	47 (54,7)	34(39,5)	86 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	0	8 (4,3)	103 (55,1)	76 (40,6)	187 (100)
Dar banho ao seu familiar	1 (0,5)	13 (6,7)	99 (51,3)	80 (41,5)	193 (100)
Pentear o cabelo ao seu familiar	1 (0,6)	10 (6,4)	70 (44,9)	75 (48,1)	156 (100)
Lavar os dentes ao seu familiar	1 (0,8)	11 (8,9)	64 (52)	47 (38,2)	123 (100)
Cortar as unhas ao seu familiar	2 (1,1)	14 (7,7)	94 (51,4)	73 (39,9)	183 (100)
Barbear o seu familiar	2 (2,2)	12 (13,3)	46 (51,1)	30 (33,3)	90 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	7 (4,4)	30 (19)	76 (48,1)	45 (28,5)	158 (100)
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	11 (6,2)	34 (19,2)	81 (45,8)	51 (28,8)	177 (100)
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde	1 (1,3)	10 (12,5)	38 (47,5)	31 (38,8)	80 (100)
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	1 (1,3)	14 (17,5)	35(43,8)	30 (37,5)	80 (100)
<b>PAE Global</b>	<b>1,3</b>	<b>11,3</b>	<b>48,9</b>	<b>38,5</b>	<b>100</b>

### 3.5.2. Face ao AC vestir-se e despir-se

Através da tabela 54 e considerando agora o AC: vestir-se e despir-se podemos apurar que os resultados entre o medianamente competente e o muito competente estão muito próximos, destacando que em apenas 3 ações surge o incompetente; escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar (3,7%), promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado (4,5%) e incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se (5,9%).

Há ainda a avivar que no que se refere aos resultados em perceber se a roupa/calçado do seu familiar está adequada(o) à temperatura ambiente, as respostas distribuem-se equitativamente entre medianamente competente e o muito competente.

Na Perceção da Autoeficácia neste domínio do AC temos 1,4% da amostra com uma perceção de incompetente, 7,9% no pouco competente, 39,2% no muito competente e 51,6% no medianamente competente.

**Tabela 54.** PAE do cuidador familiar em relação ao AC vestir-se e despir-se

AC vestir-se e despir-se	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Perceber se a roupa /calçado do seu familiar estão adequados à temperatura ambiente	0	3 (1,5)	96 (49,5)	96 (49,5)	195 (100)
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	0	3 (1,5)	93 (47,9)	98 (50,5)	194 (100)
Escolher o vestuário do seu familiar	0	2 (1,2)	89 (55,3)	70 (43,5)	161 (100)
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente aquilo que é habitual	0	3 (1,7)	97 (55,1)	76 (43,2)	176 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	5 (3,7)	34 (25,4)	61 (45,5)	34 (25,4)	134 (100)
Garantir ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	0	4 (4,9)	43 (52,4)	35 (42,7)	82 (100)
Garantir ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	0	4 (2,2)	105 (58)	72 (39,8)	181 (100)
Vestir e calçar o seu familiar	0	6 (3,1)	111 (56,9)	78 (40)	195 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado	8 (4,5)	30 (16,9)	91 (51,1)	49 (27,5)	178 (100)
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	11 (5,9)	38 (20,3)	83 (44,4)	55 (29,4)	187 (100)
<b>PAE Global</b>	<b>1,4</b>	<b>7,9</b>	<b>51,6</b>	<b>39,2</b>	<b>100</b>

### 3.5.3. Face ao AC alimentar-se

Ao analisarmos o AC: alimentar-se (tabela 55), constatamos que em todas as ações os MFPC sentem-se medianamente competentes, no entanto realçamos a ação- dar de comer/beber ao seu familiar em que 49,6% dos MFPC se sentem muito competentes.

De ressaltar duas ações em que surge o incompetente de uma forma mais evidente; promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições (3,9%) e o incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho (5,4%).

Na Perceção da Autoeficácia neste domínio do AC, 50,2%, dos PC sentem-se medianamente competente, 38,7% muito competente e apenas 9,9% pouco competente, sendo o incompetente o menos representado com apenas 1,2%.

**Tabela 55.** PAE do cuidador familiar em relação ao AC alimentar-se

AC alimentar-se	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	0	1 (0,6)	93 (53,4)	80 (46)	174 (100)
Detetar sinais de desnutrição	3 (1,8)	44 (26,2)	64 (38,1)	57 (33,9)	168 (100)
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar	0	3 (1,9)	89 (54,9)	70 (43,2)	162 (100)
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	1 (0,6)	5 (3,1)	86 (53,8)	68 (42,5)	160 (100)
Detetar sinais de desidratação	3 (1,8)	44 (26,2)	67 (39,9)	54 (32,1)	168 (100)
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos	0	4 (2,3)	95 (54,9)	74 (42,8)	173 (100)
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	0	6 (3,7)	91 (55,5)	67 (40,9)	164 (100)
Modificar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	2 (1,2)	10 (6,1)	87 (53)	65 (39,6)	164 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar	2 (1,6)	39 (30,7)	54 (42,5)	32 (25,2)	127 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	1 (1,2)	4 (4,9)	40 (48,8)	37 (45,1)	82 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	0	5 (3,2)	93 (58,9)	60 (38)	158 (100)
Dar de comer/beber ao seu familiar	0	2 (1,7)	59 (48,8)	60 (49,6)	121 (100)
Posicionar o seu familiar para as refeições	1 (0,9)	2 (1,7)	65 (56)	48 (41,4)	116 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições	6 (3,9)	29 (19,1)	77 (50,7)	40 (26,3)	152 (100)
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho	8 (5,4)	25 (17)	64 (43,5)	50 (34,1)	147 (100)
<b>PAE Global</b>	<b>1,2</b>	<b>9,9</b>	<b>50,2</b>	<b>38,7</b>	<b>100</b>

#### 3.5.4. Face ao AC uso do sanitário

Sobre o AC: uso do sanitário e observando a tabela 56 é possível aferir que, em duas ações os resultados relativamente ao medianamente ou muito competente são próximos; trocar coletor

urinário em que os valores correspondentes são de 46,4% e 50% respetivamente, e colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar, em que os valores são 45,5% e 42,4%, respetivamente.

A destacar as ações em que o incompetente se evidencia, e que passa pelo colocar o seu familiar na sanita (5,4%), promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e local utilizado para urinar/evacuar (4,8%) e o incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/evacuar (7,4%).

Na Perceção da Autoeficácia neste domínio do AC, 55,3% dos MFPC sentem-se medianamente competentes, 30,8% muito competentes, 11,6% pouco competentes e 2,3% incompetentes.

**Tabela 56.** PAE do cuidador familiar em relação ao AC uso do sanitário

AC uso do sanitário	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar	2 (1,4)	7 (4,8)	95 (64,6)	43 (29,3)	147 (100)
Detetar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca	0	8 (5,3)	93 (62)	49 (32,7)	150 (100)
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar	0	16 (17)	48 (51,1)	30 (31,9)	94 (100)
Cumprir o horário e o local estabelecido para o seu familiar urinar/evacuar	0	20 (20,4)	49 (50)	29 (29,6)	98 (100)
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar, relativamente aquilo que é habitual	0	24 (25)	46 (47,9)	26 (27,1)	96 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	3 (2,1)	43 (29,7)	77 (53,1)	22 (15,2)	145 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	0	5 (6,8)	43 (58,9)	25 (34,2)	73 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	0	10 (7,1)	82 (58,2)	49 (34,8)	141 (100)
Trocar a fralda ao seu familiar	0	3 (3,6)	55 (65,5)	26 (31)	84 (100)
Trocar coletor urinário	1 (3,6)	0	13 (46,4)	14 (50)	28 (100)
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar	3 (9,1)	1 (3)	15 (45,5)	14 (42,4)	33 (100)
Lavar a região perineal ao seu familiar	0	5 (3,4)	96 (65,8)	45 (30,8)	146 (100)
Colocar o seu familiar na sanita	6 (5,4)	10 (9)	63 (56,8)	32 (28,8)	111 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e local utilizado para urinar/evacuar	6 (4,8)	28 (22,4)	65 (52)	26 (20,8)	125 (100)
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/evacuar	10 (7,4)	23 (17)	70 (51,9)	32 (23,7)	135 (100)
<b>PAE Global</b>	<b>2,3</b>	<b>11,6</b>	<b>55,3</b>	<b>30,8</b>	<b>100</b>

### 3.5.5. Face ao AC virar-se

De acordo com a tabela 57 e no que concerne ao AC: virar-se, o medianamente competente é o mais representativo em todas as ações.

Observando os dados, verificamos uma particularidade que se prende pelas múltiplas tarefas que despertam um sentimento de incompetente no MFPC; executar exercícios articulares ao seu familiar (6,6%), promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o (s) horário (s) e tipos do (s) posicionamentos (7,5%) e incentivar o seu familiar a posicionar-se (9,2%).

Na Perceção da Autoeficácia neste domínio do AC, mais uma vez o medianamente competente com um valor mais elevado de 51,4%, seguido do muito competente com 31%, o pouco competente com 15,1 % e finalmente o incompetente com 2,5%.

**Tabela 57.** PAE do cuidador familiar em relação ao AC virar-se

AC virar-se	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Detetar sinais precoces úlceras de pressão	0	11 (11,5)	52 (54,2)	33 (34,4)	96 (100)
Detetar sinais precoces de rigidez articular	1 (1,1)	23 (24,2)	42 (44,2)	29 (30,5)	95 (100)
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição	0	4 (4,4)	57 (62,6)	30 (33)	91 (100)
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos	1 (1,2)	11 (13,1)	44 (52,4)	28 (33,3)	84 (100)
Definir os posicionamentos adequados/inadequados	1 (1,2)	13 (15,3)	44 (51,8)	27 (31,8)	85 (100)
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar	1 (1,2)	9 (10,8)	46 (55,4)	27 (32,5)	83 (100)
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos	1 (1,2)	12 (14,5)	42 (50,6)	28 (33,7)	83(100)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	4 (4,5)	16 (18)	52 (58,4)	17 (19,1)	89 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	0	4 (6,3)	35 (54,7)	25 (39,1)	64 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	0	5 (5,7)	50 (56,8)	33 (37,5)	88 (100)
Posicionar o seu familiar (para prevenir úlceras de pressão)	1 (1,1)	8 (9,2)	49 (56,3)	29 (33,3)	87 (100)
Executar exercícios articulares ao seu familiar	6 (6,6)	36 (39,6)	29 (31,9)	20 (22)	91 (100)
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar	2 (2,2)	11 (12,1)	48 (52,7)	30 (33)	91 (100)
Sentar o seu familiar	3 (3,3)	9 (10)	48 (53,3)	30 (33,3)	90 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos	6 (7,5)	19 (23,8)	35 (43,8)	29 (25)	80 (100)
Incentivar o seu familiar a posicionar-se	8 (9,2)	20 (23)	38 (43,7)	21 (24,1)	87 (100)

### 3.5.6. Face ao AC transferir-se

Observando a tabela 58 podemos visualizar as ações em que o MFPC se sente incompetente: o transfere do seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa (5,6%), o promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e duração da transferência (10,6%) e incentivar o seu familiar a transferir-se (9,6%).

Em todas as ações o medianamente competente destaca-se novamente, com o muito competente quase sempre em segundo lugar, com exceção de três ações em que o pouco competente tem valores mais elevados; o escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir (27,1%), o promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e duração da transferência (21,3%) e o incentivar o seu familiar a transferir-se (18,7%).

Quanto à Percepção da Autoeficácia neste domínio do AC concluímos que, 53,8% dos MFPC se sente medianamente competente, 28,7% sente-se muito competente, 13,5% pouco competente e 4% incompetente.

**Tabela 58.** PAE do cuidador familiar em relação ao AC transferir-se

AC transferir-se	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	0	3 (2,7)	69 (61,1)	41 (36,3)	113 (100)
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	2 (2,3)	11 (12,5)	45 (51,1)	30 (34,1)	88 (100)
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	2 (2,2)	12 (13,2)	46 (50,5)	31 (34,1)	91 (100)
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	2 (2,3)	17 (19,3)	41 (46,6)	28 (31,8)	88 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	5 (4,7)	29 (27,1)	54 (50,5)	19 (17,8)	107 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	1 (1,6)	5 (7,9)	34 (54)	23 (36,5)	63 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	1 (0,9)	5 (4,7)	62 (57,9)	39 (36,4)	107 (100)
Transfere o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	6 (5,6)	8 (7,5)	64 (59,8)	29 (27,1)	107 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e duração da transferência	10 (10,6)	20 (21,3)	49 (52,1)	15 (16)	94 (100)
Incentivar o seu familiar a transferir-se	10 (9,6)	19 (18,3)	57 (54,8)	18 (17,3)	104 (100)

### 3.5.7. Face ao AC andar

Neste AC o sentimento de incompetente aparece com menor frequência nas ações. Na sua maioria podemos observar na tabela 59 que, o MFPC se sente medianamente competente em praticamente todas as ações. Pode-se destacar, o perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação com 52,7% dos MFPC a sentirem-se muito competentes.

Na Percepção da Autoeficácia neste domínio do AC denotamos que 53,9% dos MFPC se sente medianamente competente, 36,7% muito competente, 9% pouco competente e 0,5% incompetente.

**Tabela 59.** PAE do cuidador familiar em relação ao AC andar

AC andar	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	0	1 (0,8)	61 (46,6)	69 (52,7)	131 (100)
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	0	7 (11,1)	34 (54)	22 (34,9)	63 (100)
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular	0	6 (9,8)	33 (54,1)	22 (36,1)	61 (100)
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	0	7 (11,5)	31 (50,8)	23 (37,7)	61 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar andar	1 (0,8)	26 (21,3)	67 (54,9)	28 (23)	122 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar andar	0	5 (9,1)	34 (61,8)	16 (29,1)	55 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	0	2 (1,8)	62 (55,4)	48 (42,9)	112 (100)
Assistir o seu familiar a andar	0	8 (6,6)	69 (57)	44 (36,4)	121 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	2 (1,9)	9 (8,6)	59 (56,2)	35 (33,3)	105 (100)
Incentivar o seu familiar a andar	3 (2,3)	12 (9,2)	62 (47,7)	53 (40,8)	130 (100)

### 3.5.8. Face ao AC tomar medicação

Quanto aos dados do AC: Tomar medicação (tabela 60), o sentimento de medianamente competente predomina novamente. No entanto existe uma ação em que o sentimento de muito competente é o mais frequente com 47,8%, que se refere ao supervisionar as tomas de medicação da PD.

Também de distinguir quatro ações em que o pouco competente se destaca em relação ao muito competente na segunda posição, que passa pelo detetar efeitos secundários da medicação (36,3% em relação a 25,9%), definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação (32% em relação a 22,8%), o alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar (37,9% em relação a 21,7%) e o escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações da PD para tomar a medicação (23,6% em relação a 22,1%).

A salientar-se novamente o sentimento de incompetente relativamente ao promover a participação da PD nas decisões sobre o horário, dose e utilização de medicação em SOS (8,4%) e incentivar o seu familiar a preparar e tomar a medicação (10,8%).

Na Perceção da Autoeficácia neste domínio do AC, 44,9% dos MFPC sente-se medianamente competente, 31,4% muito competente, 18,1% pouco competente e 0,8% incompetente.

**Tabela 60.** PAE do cuidador familiar em relação ao AC tomar medicação

AC tomar medicação	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Supervisionar as tomas de medicação do seu familiar	0	4 (1,9)	4 (1,9)	100 (47,8)	209 (100)
Detetar efeitos secundários da medicação	2 (0,9)	77 (36,3)	78 (36,8)	55 (25,9)	212 (100)
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	1 (0,5)	35 (16,4)	110 (51,6)	67 (31,5)	213 (100)
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação	5 (2,4)	66 (32)	88 (42,7)	47 (22,8)	206 (100)
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar	0	6 (2,9)	114 (54,3)	90 (42,9)	210 (100)
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar	2 (1)	77 (37,9)	80 (39,4)	44 (21,7)	203 (100)
Alterar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	1 (0,6)	33 (20,6)	84 (52,5)	42 (26,3)	160 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	3 (2,1)	33 (23,6)	73 (52,1)	31 (22,1)	140 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	0	7 (6)	70 (59,8)	40 (34,2)	117 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	0	7 (3,6)	113 (57,4)	77 (39,1)	197 (100)
Administrar a medicação ao seu familiar	0	2 (1)	112 (57,4)	81 (41,5)	195 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, dose e utilização de medicação em SOS	13 (8,4)	35 (22,6)	69 (44,5)	38 (24,5)	155 (100)
Incentivar o seu familiar a preparar e tomar a medicação	17 (10,8)	32 (20,4)	61 (38,9)	47 (29,9)	157 (100)

### 3.5.9. Face à Percepção da Autoeficácia Global

Da análise dos dados relativamente à Percepção Global de Autoeficácia por AC (tabela 61), em quase todos os domínios, o medianamente competente é o mais frequente, exceto no AC: andar (27%), em que o muito competente tem maior percentagem. Estes resultados podem estar relacionados com a desejabilidade social, ou seja, os MFPC responderem aquilo que consideram ser o socialmente espectável.

Em apenas três domínios de AC surge o sentimento de incompetente: AC tomar banho (0,5%), virar-se (0,4%) e transferir-se (1,2%).

Torna-se também indispensável salientar que nas tabelas anteriormente apresentadas se destacam as ações relacionadas com o incentivo (incentivar o seu familiar a...), promoção da participação (promover a participação do seu familiar...) e ainda a escolha de equipamentos adaptativos, como as ações onde o pouco competente e o incompetente mais se destacam.

Dar ainda nota que em determinados domínios de AC, quando se combina os resultados, estes podem atingir valores que lhes conferem uma relevância estatística. Isto pode ser justificado à luz do padrão de cuidados de substituição referido por Schumacher (1996), em que a autora defende que os MFPC substituem as PD nas suas atividades. Esta situação pode levar não só a diminuição da autonomia da PD, mas também à sobrecarga do MFPC, que desta forma vêm a quantidade de ações a desenvolver, dilatar substantivamente.

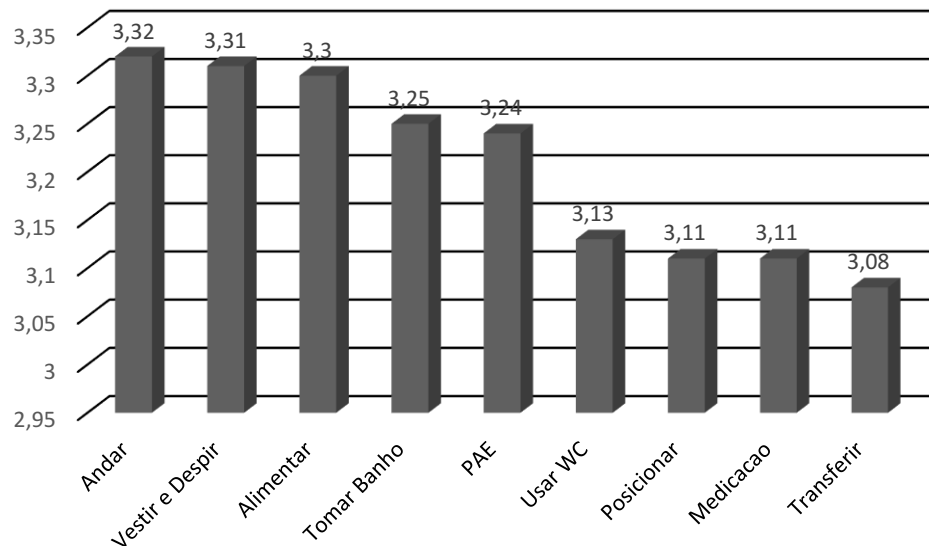
**Tabela 61.** PAE do cuidador familiar por AC

Autocuidado	Incompetente	Pouco Competente	Medianamente Competente	Muito Competente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tomar banho	1 (0,5)	15 (6,1)	118 (49)	107 (44,4)	241 (100)
Vestir-se e despir-se	0	4 (1,7)	104 (43,2)	94 (39)	202 (83,9)
Alimentar-se	0	7 (2,9)	93 (38,6)	88 (36,5)	188 (78)
Uso do sanitário	0	17 (7,1)	89 (36,9)	53 (22)	159 (66)
Virar-se	1 (0,4)	15 (6,2)	50 (20,7)	34 (14,1)	100 (41,4)
Transferir-se	3 (1,2)	16 (6,6)	59 (24,5)	38 (15,8)	116 (48,1)
Andar	0	5 (2,1)	63 (26,1)	65 (27)	133 (55,2)
Tomar medicação	0	30 (12,4)	105(43,6)	81 (33,6)	216 (89,6)

Na representação gráfica abaixo (gráfico 5) é factível a visualização da PAE ordenada, de acordo com as médias de cada domínio de AC, sendo também apresentada a média da Percepção Global da Autoeficácia. Assim é possível verificar que há quatro domínios de AC em que os MFPC referem uma AE mais elevada (AC: andar, AC: vestir-se e despir-se, AC: alimentar-se e AC: tomar banho) e quatro em que a AE é significativamente mais baixa (AC: uso do sanitário, AC: posicionar-se, AC: tomar medicação e AC: transferir-se).

Os domínios de AC com menor PAE são os que pressupõem um maior grau de dependência, logo o MFPC perante uma maior exigência de cuidados pode manifestamente sentir menos confiança no seu desempenho.

**Gráfico 5.** Comparação da PAE Global em relação à média de cada domínio de AC



Em síntese, no concelho de Paços de Ferreira o MFPC se considera medianamente competente no tomar conta do seu familiar dependente, assumindo algumas variações dependendo do domínio do AC em questão. O facto de se ter encontrado um valor percentual relativamente constante no score medianamente competente pode levar-nos a colocar a hipótese que as respostas dos MFPC foram influenciadas pela desajustabilidade social, isto é, pela vontade das pessoas transmitirem uma imagem de si que seja positivamente valorizada pela sociedade (Mortel, 2008).

Sendo que a PAE se refere à opinião que as pessoas têm sobre as suas capacidades e não às competências que de facto possuem, uma das características da investigação que pode ter condicionado algumas das respostas aos formulários, assentou no facto dos investigadores se terem dirigido aos domicílios das famílias para recolha da informação. Esta “quase invasão autorizada” do contexto domiciliar condiciona a forma como as famílias se posicionam e respondem às questões relacionadas com a prestação dos cuidados ao seu familiar dependente (Fernandes, 2012).

Relativamente aos restantes estudos que têm vindo a ser elencados, no que concerne ao concelho do Porto, a grande maioria dos MFPC diz ser muito competente (Queirós, 2012; Gonçalves, 2013), o que também se verifica no concelho da Maia (Rocha, 2015). No tocante às

sub-regiões do Cávado e do Ave são mais consentâneas com os resultados de Paços de Ferreira, em que os MFPS se sentem na maioria medianamente competentes para o seu exercício (Petronilho, 2013).

Em relação aos domínios do AC em que os MFPC se sentem menos competentes para tomar conta são em primeiro lugar: virar-se, seguido de tomar medicação e transferir-se, no que se refere ao concelho do Porto (Queirós, 2012; Gonçalves, 2013); resultados semelhantes aos encontrados por Petronilho (2013) em que virar-se, usar sanitário, transferir-se e tomar medicação têm médias mais baixas do que a média global da PAE; no que se refere ao concelho da Maia, virar-se, transferir-se e tomar medicação, apresentam os valores percentuais mais baixos (Rocha, 2015); e no concelho de Paços de Ferreira, com resultados muito próximos verifica-se o transferir-se, tomar medicação e posicionar-se com percentagens mais baixas.

A literatura tem vindo a apontar que os cuidadores familiares referem sentir maior dificuldade na prestação de cuidados diretos ao seu familiar dependente (Louro, 2009), designadamente nos cuidados de higiene, no transferir-se (Lage, 2007), e no virar-se.

Reconhece-se que para implementar alguns destes cuidados o MFPC tem que ser ensinado, instruído e treinado com a supervisão dos Enfermeiros, ora em contexto hospitalar ou através da supervisão da equipa dos cuidados primários, no sentido de ser garantida a segurança da pessoa dependente e a qualidade dos cuidados.

Concomitantemente também se reconhece que a preparação e supervisão dos cuidadores ainda é uma prática que tem de ser sistematizada e profissionalizada pelos Enfermeiros (Petronilho, 2010).

De acrescentar também, que existem cuidados para os quais são necessários determinados pré-requisitos físicos (designadamente “força”), para a sua implementação (como é o caso do transferir, virar, dar banho...).

### **3.6. Equipamentos e recursos que se constituem como suporte para o AC**

#### **3.6.1. Equipamentos por domínio de AC**

Os recursos estudados neste trabalho dividem-se entre equipamentos, recursos complementares, recursos profissionais e serviços.

Os equipamentos são analisados segundo o domínio de AC que integram, e nos seguintes parâmetros: necessário, utilizado, desejado e razão para a não utilização.

Os equipamentos considerados “necessários” resultam da avaliação realizada pelas investigadoras (Enfermeiras) no campo, que de acordo com a dependência de cada indivíduo, determinam o equipamento adequado.

O parâmetro “utilizado” reporta-se ao equipamento que tendo sido considerado adequado, é utilizado pela PD.

Os equipamentos “desejados” são os que são pretendidos pela PD/ MFPC, mas efetivamente não os possuem.

As “razões para a sua não utilização” identificam as causas da não utilização e dividem-se entre as seguintes: económica, desconhecimento da forma de aceder ao recurso, desconhecimento da forma de funcionamento, limitações da residência, entre outras razões.

Para cada equipamento é determinada a taxa global de recursos necessários, segundo a fórmula:

$$\frac{\text{Número de Recursos}}{\text{Número de PD X 100}}$$

A taxa de recursos utilizados (traduz a proporção de utilização dos recursos tendo por base os recursos considerados necessários), ou seja, calculável através da fórmula:

$$\frac{\text{Recursos utilizados}}{\text{Recursos necessários X 100}}$$

A taxa de recursos desejados obtida através da fórmula:

$$\frac{\text{Recursos desejados}}{\text{Recursos necessários X 100}}$$

A taxa de cada uma das razões da não utilização dos recursos, identificada através da última fórmula explicitada:

$$\frac{\text{Razão de não utilização}}{\text{Recursos necessários X 100}}$$

São considerados equipamentos todos os instrumentos que auxiliam o AC independentemente de serem utilizados pela PD ou pelo MFPC, podendo ter uma função predominantemente substitutiva, ou promotora da independência, sendo, no entanto, sempre facilitadores do AC.

Neste sentido, Fernandes e colaboradores (2002, p.34) referem que “a utilização de ajudas técnicas, cuja acessibilidade tem vindo a aumentar ultimamente, embora a sua divulgação e informação entre potenciais utilizadores e entre os próprios profissionais de saúde fique ainda aquém do desejável, pode ser um elemento e um fator importante, quando devidamente utilizadas na recuperação de situações de dependência.”

#### 3.6.1.1. AC tomar banho

No AC: tomar banho (tabela 62), os resultados apontam para uma taxa global de utilização dos recursos (considerados necessários) de 38,5%, tendo este conjunto de recursos sido considerado

necessário em 32,8% das 241 PD. Salienta-se a taxa de utilização do antiderrapante com 92,2%, como o recurso mais utilizado neste AC, bem como o mais necessário em 166 das PD. É um recurso utilizado por 68,9% dos familiares dependentes. Em contrapartida, o lava cabeças para acamados é usado apenas por 4 PD, tendo sido considerado necessário em 24, traduzindo-se numa taxa de utilização deste recurso em 16,7% (a mais baixa no concernente a este domínio).

**Tabela 62.** Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC tomar banho

AC tomar banho	Necessário (juízo do Enfermeiro) / Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
	Assento suspenso para banheira	61	25,3	27	44,3	59
Barras de apoio para o banho	154	63,9	27	17,5	136	88,3
Cadeira de banho (fixa/giratória)	84	34,9	26	31,0	76	90,5
Cadeira higiénica	50	20,7	24	48,0	42	84,0
Elevador de banheira	15	6,2	3	20,0	15	100,0
Lava cabeças para acamados	24	10,0	4	16,7	22	91,7
Antiderrapante	166	68,9	153	92,2	159	95,8
<b>Total/Média</b>	<b>554</b>	<b>32,8</b>	<b>264</b>	<b>38,5</b>	<b>509</b>	<b>92,4</b>

As razões para a não utilização dos recursos considerados necessários no AC: tomar banho estão patenteadas na tabela 63 e são no global, para todos os recursos, “económicas” em 29,6% dos casos, “outras razões” surge como a segunda com 14%, como justificação para a não utilização do recurso.

O recurso que reúne mais razões para a não utilização é a cadeira de banho (fixa/giratória) com 65,5% de “outras razões”, a justificar a não utilização deste recurso considerado necessário.

**Tabela 63.** Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC tomar banho

AC tomar banho	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Assento suspenso para banheira	22	36,1	5	8,2	2	3,3	5	8,2	2	3,3
Barras de apoio para o banho	44	28,6	3	1,9	1	0,6	30	19,5	18	11,7
Cadeira de banho (fixa/giratória)	28	33,3	14	16,7	-	-	3	3,6	55	65,5
Cadeira higiénica	15	30	5	10,0	-	-	1	2,0	4	8,0
Elevador de banheira	8	53,3	2	13,3	-	-	2	13,3	-	-
Lava cabeças para acamados	6	25,0	9	37,5	2	8,3	-	-	1	4,2
Antiderrapante	2	1,2	-	-	-	-	-	-	9	5,4
<b>Total/Média</b>	<b>125</b>	<b>29,6</b>	<b>38</b>	<b>12,5</b>	<b>5</b>	<b>1,7</b>	<b>41</b>	<b>6,7</b>	<b>89</b>	<b>14,0</b>

### 3.6.1.2. AC vestir-se e despir-se

Para o AC: vestir-se (tabela 64) definiram-se 5 equipamentos auxiliares, sendo utilizados 326 destes equipamentos no universo de todos as PD, com uma taxa média global de utilização destes recursos de 25,3%. Mais baixa do que no AC: tomar banho devido essencialmente à substituição da PD por parte do MFPC. Destacam-se os cordões elásticos com uma taxa de utilização de 76%.

**Tabela 64.** Recursos necessários, utilizados e desejados para AC vestir-se e despir-se

AC vestir-se e despir-se	Necessário (juízo do Enfermeiro) / Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	Abotoador	52	21,6	4	7,7	45
Calça meias/tira meias	86	35,7	10	11,6	60	69,8
Calçadeira de cabo longo	91	37,8	11	12,1	63	69,2
Cordões elásticos	50	20,7	38	76,0	46	92
Extensões para fechos de correr	47	19,5	9	19,1	41	87,2
<b>Total/Média</b>	<b>326</b>	<b>27,1</b>	<b>72</b>	<b>25,3</b>	<b>255</b>	<b>80,9</b>

As razões da não utilização são como vemos aludido na tabela 65, com uma diferença significativa em relação aos restantes motivos, o desconhecimento da forma de aceder ao recurso (42,7%). Quanto ao desconhecimento da forma de funcionamento foi pouco referido pelos inquiridos, bem como as razões económicas (ambas com 6,8%).

As limitações da residência não são razões que possam ser aplicáveis neste caso.

**Tabela 65.** Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC tomar banho

AC vestir-se e despir-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)	n	(%)
Abotoador	3	5,8	32	61,5	7	13,5	-	-	3	5,8
Calça meias/tira meias	6	7,0	35	40,7	14	16,3	-	-	17	19,8
Calçadeira de cabo longo	6	6,6	36	39,6	2	2,2	-	-	29	31,9
Cordões elásticos	3	6,0	5	10,0	-	-	-	-	2	4,0
Extensões para fechos de correr	4	8,5	29	61,7	1	2,1	-	-	2	4,3
<b>Total/Média</b>	<b>22</b>	<b>6,8</b>	<b>137</b>	<b>42,7</b>	<b>24</b>	<b>6,8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>53</b>	<b>12,4</b>

### 3.6.1.3. AC arranjar-se

O AC: arranjar-se surge como o domínio de AC com menos equipamentos atribuídos (tabela 66). Apenas o pente de cabo longo e o espelho inclinável são os equipamentos identificados. Tem uma das taxas de recursos necessários mais baixas com 23%, e é utilizado por 58,1% dos 201 dependentes, a quem o equipamento foi considerado necessário, através do juízo clínico efetuado pelas investigadoras (Enfermeiras).

**Tabela 66.** Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC arranjar-se

AC arranjar-se	Necessário (juízo do Enfermeiro)		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	N	(%)	n	(%)	N	(%)
Pente de cabo longo	66	27,4	18	27,3	51	77,3
Espelho inclinável	45	18,7	40	88,9	44	97,8
<b>Total/Média</b>	<b>111</b>	<b>23,0</b>	<b>58</b>	<b>58,1</b>	<b>95</b>	<b>87,6</b>

As razões para a não utilização estão patenteadas na tabela 67 e são em 20,8% dos casos, o desconhecimento da forma de aceder ao recurso. Outras razões aparecem com 9,9%, sendo a razão económica justificativa em 6,4% dos casos.

À semelhança do domínio de AC anterior, também as limitações da residência não são razões que possam ser aplicáveis neste caso.

**Tabela 67.** Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC arranjar-se

AC arranjar-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pente de cabo longo	4	6,1	26	39,4	3	5,6	-	-	13	19,7
Espelho inclinável	3	6,7	1	2,2	-	-	-	-	-	-
<b>Total/Média</b>	<b>7</b>	<b>6,4</b>	<b>27</b>	<b>20,8</b>	<b>3</b>	<b>2,8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>13</b>	<b>9,9</b>

#### 3.6.1.4. AC alimentar-se

No que concerne à tabela 68 e ao AC: alimentar-se mobiliza nove equipamentos auxiliares que são necessários a 20% de todas as PD. Com uma taxa de utilização de 54%, denota uma participação mais elevada das PD na alimentação comparativamente com outros domínios de AC. Provavelmente por exigir o dispêndio de bastante tempo ao longo do dia, devido às diversas refeições, existe por parte dos MFPC, a atenção para o acesso a equipamentos auxiliares que promovam a independência, ou redução da dependência. De relevar o facto de também se tratar de um domínio de AC que responde a uma necessidade humana básica que está intrinsecamente ligada à sobrevivência do sujeito.

O babeto com 90,1% e o suporte de palhinha para copo (71,8%) são os recursos mais utilizados.

**Tabela 68.** Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC alimentar-se

AC alimentar-se	Necessário (juízo do Enfermeiro) / Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)
	Abridor de frascos	70	29,0	26	37,1	46
Adaptador de talheres	51	21,2	23	45,1	47	92,2
Babete	101	41,9	91	90,1	90	89,1
Copo adaptado	47	19,5	26	55,3	43	91,5
Garfo flexível	32	13,3	18	56,3	31	96,9
Mesa de comer na cama	16	6,6	7	43,8	13	81,3
Rebordo para prato	49	20,3	15	30,6	44	89,8
Suporte de copos	30	12,4	17	56,7	25	83,3
Suporte de palhinha para copo	39	16,2	28	71,8	37	94,9
<b>Total/Média</b>	<b>435</b>	<b>20,0</b>	<b>251</b>	<b>54,2</b>	<b>376</b>	<b>87,2</b>

Com uma elevada taxa de recursos utilizados, as respetivas razões de não utilização são francamente menores, mas destas evidenciamos o desconhecimento da forma de aceder ao recurso com 13,8% (tabela 69). De novo, não existem limitações da residência para estes equipamentos.

**Tabela 69.** Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC alimentar-se

AC alimentar-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Abridor de frascos	6	8,6	15	21,4	6	8,6	-	-	13	18,6
Adaptador de talheres	10	19,6	7	13,7	8	15,7	-	-	2	3,9
Babete	2	2,0	1	1,0	-	-	-	-	6	5,9
Copo adaptado	5	10,6	8	17,0	2	4,3	-	-	5	10,6
Garfo flexível	6	18,8	6	18,8	1	3,1	-	-	1	3,1
Mesa de comer na cama	5	31,3	1	6,3	-	-	-	-	3	18,8
Rebordo para prato	5	10,2	6	12,2	17	34,7	-	-	7	14,3
Suporte de copos	1	3,3	7	23,3	1	3,3	-	-	1	3,3
Suporte de palhinha para copo	4	10,3	4	10,3	-	-	-	-	2	5,1
<b>Total/Média</b>	<b>44</b>	<b>12,7</b>	<b>55</b>	<b>13,8</b>	<b>35</b>	<b>7,7</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>40</b>	<b>9,3</b>

### 3.6.1.5. AC uso do sanitário

Este domínio de AC tem a terceira mais alta taxa de utilização dos recursos com 68,5%, logo após o AC: andar e tomar a medicação. Os equipamentos identificados como sendo os mais necessários encontram-se registados na tabela 70 e são as barras de apoio do sanitário, necessárias para 126 PD mas usadas apenas por 46 delas, com uma taxa de utilização de 36,5%. Em segundo lugar encontra-se o alteador de sanita necessário para 80 das PD e com uma taxa de utilização de 33,8%. De relevar que o coletor urinário e o saco de colostomia/ileostomia/urina têm uma taxa de utilização de 100%, o que se justifica porque serem considerados necessários, exclusivamente nos casos em que já são utilizados pelas PD.

**Tabela 70.** Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC uso do sanitário

AC uso do sanitário	Necessário (juízo do Enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Alteador de sanita	80	33,2	27	33,8	74	92,5
Arrastadeira	8	3,3	3	37,5	5	62,5
Barra de apoio de sanitário	126	52,3	46	36,5	115	91,3
Cadeira sanitária	60	24,9	27	45,0	52	86,7
Cueca impermeável	54	22,4	42	77,8	45	83,3
Coletor urinário	8	3,3	8	100,0	8	100,0
Fralda	65	27,0	62	95,4	61	93,9
Penso absorvente para incontinência	46	19,1	38	82,6	43	93,5
Penso higiênico	20	8,3	19	95,0	20	100,0
Resguardo	69	28,6	60	87,0	62	89,9
Saco de colostomia/ ileostomia/urina	10	4,1	10	100,0	10	100,0
Urinol	39	16,2	12	30,8	5	12,8
<b>Total/Média</b>	<b>585</b>	<b>18,9</b>	<b>354</b>	<b>68,5</b>	<b>500</b>	<b>83,9</b>

As principais razões da não utilização dos recursos necessários são em primeiro lugar e neste domínio de AC (tabela 71) as “outras razões” e depois as razões económicas; mas ambas assumindo uma taxa reduzida, comparativamente com outros recursos (devido à sua elevada taxa de utilização).

As limitações da residência justificam neste caso em concreto a não utilização dos recursos mais necessários: o alteador de sanita e as barras de apoio de sanitário.

**Tabela 71.** Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC usar o sanitário

AC uso do sanitário	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Alteador de sanita	16	20,0	11	13,8	19	23,8	1	1,3	51	63,8
Arrastadeira	2	25,0	-	-	-	-	-	-	2	25,0
Barra de apoio de sanitário	26	20,6	2	1,6	1	0,8	39	31,0	11	8,7
Cadeira sanitária	18	30,0	8	13,3	-	-	-	-	5	8,3
Cueca impermeável	4	7,4	-	-	1	1,9	-	-	6	11,1
Coletor urinário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fralda	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,5
Penso absorvente para incontinência	3	6,5	-	-	1	2,2	-	-	4	8,7
Penso higiênico	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Resguardo	3	4,3	1	1,4	-	-	-	-	2	2,9
Saco de colostomia/ ileostomia/urina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urinol	2	5,1	9	23,1	1	2,6	-	-	13	33,3
<b>Total/Média</b>	<b>75</b>	<b>10,3</b>	<b>31</b>	<b>4,4</b>	<b>23</b>	<b>2,6</b>	<b>40</b>	<b>2,7</b>	<b>95</b>	<b>13,6</b>

### 3.6.1.6. AC elevar-se

Para o AC: elevar-se (tabela 72) são utilizados mais de 50% dos equipamentos necessários, sendo usados por 14,6% de todos as PD. Salienta-se o uso da almofada elevatória como o equipamento

com maior taxa de utilização e destaca-se uma taxa de recursos desejados neste AC, superior a 90%.

**Tabela 72.** Recursos necessários, utilizados e desejados para AC elevar-se

AC elevar-se	Necessário (juízo do Enfermeiro) / Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Almofada elevatória	44	18,3	28	63,6	41	93,2
Apoio de cabeça anatômico	23	9,5	14	60,9	20	87,0
Apoio de pés	54	22,4	29	53,7	49	90,7
Barras paralelas e apoios da posição de pé	20	8,3	7	35,0	18	90,0
<b>Total/Média</b>	<b>141</b>	<b>14,6</b>	<b>78</b>	<b>53,3</b>	<b>128</b>	<b>90,2</b>

De acordo com a tabela 73, as razões da não utilização são essencialmente económicas (17,7%).

As limitações da residência justificam uma vez mais, e neste domínio de AC a não utilização das barras paralelas e apoios da posição de pé, em 4 casos.

**Tabela 73.** Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC elevar-se

AC elevar-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Almofada elevatória	9	20,5	5	11,4	1	2,3	-	-	-	-
Apoio de cabeça anatômico	4	17,4	2	8,7	1	4,3	-	-	-	-
Apoio de pés	7	13,0	2	3,7	8	14,8	-	-	4	7,4
Barras paralelas e apoios da posição de pé	4	20,0	3	15,0	1	5,0	4	20,0	1	5,0
<b>Total/Média</b>	<b>24</b>	<b>17,7</b>	<b>12</b>	<b>9,7</b>	<b>11</b>	<b>6,6</b>	<b>4</b>	<b>5,0</b>	<b>5</b>	<b>3,1</b>

### 3.6.1.7. AC virar-se

Para o AC: virar-se foram atribuídos dez equipamentos, que são utilizados em conformidade com a tabela 74, por 16,1% das PD. Com uma taxa de utilização de 47,5%, mostra que não chegam a metade, as PD a usarem os equipamentos necessários, embora sejam desejados por uma percentagem significativa: 93%.

O suporte para as costas é o mais utilizado, com uma taxa de utilização de 71,9%. Não existem PD a usar o imobilizador abdominal, mas este equipamento, necessário para 5 das pessoas dependentes é desejado por 4 delas. Os equipamentos considerados mais necessários pelas investigadoras (Enfermeiras) foram as grades de apoio/segurança, necessários em 83 das PD em estudo (34,4%) e utilizada por 66,3%. O colchão anti-úlceras de pressão é utilizado por 61,3% das PD.

Um número similar foi obtido por Petronilho (2013) no seu estudo, em que 58,8% dos dependentes dispunham deste recurso.

**Tabela 74.** Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC virar-se

AC virar-se	Necessário (juízo do Enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Grades de apoio/segurança	83	34,4	55	66,3	80	96,4
Colchão anti-úlceras de pressão	75	31,1	46	61,3	73	97,3
Cotoveleira	11	4,6	3	27,3	11	100,0
Coxim	20	8,3	14	70,0	19	95,0
Transfer de cama (dispositivo para posicionar)	22	9,1	4	18,2	19	86,4
Imobilizador abdominal	5	2,1	-	-	4	80,0
Luva de imobilização	6	2,5	3	50,0	6	100,0
Posicionador de pernas e de pés	55	22,8	37	67,3	50	90,9
Suporte para as costas	64	26,6	46	71,9	59	92,2
Dispositivo de prevenção de pé equino	47	19,5	20	42,6	43	91,5
<b>Total/ Média</b>	<b>388</b>	<b>16,1</b>	<b>228</b>	<b>47,5</b>	<b>364</b>	<b>93,0</b>

De acordo com este domínio de AC, o desconhecimento da forma de aceder aos recursos e as razões económicas são as principais razões da não utilização de equipamentos, com uma taxa de desejados de 93% (tabela 75).

**Tabela 75.** Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para virar-se

AC virar-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Grades de apoio/segurança	14	16,9	2	2,4	1	1,2	3	3,6	7	8,4
Colchão anti-úlceras de pressão	20	26,7	2	2,7	-	-	-	-	5	6,7
Cotoveleira	4	36,4	4	36,4	-	-	-	-	-	-
Coxim	4	20,0	2	10,0	-	-	-	-	-	-
Transfer de cama (dispositivo para posicionar)	9	40,9	3	13,6	3	13,6	1	4,5	-	-
Imobilizador abdominal	-	-	2	40,0	2	40,0	-	-	-	-
Luva de imobilização	-	-	2	33,3	-	-	-	-	1	16,7
Posicionador de pernas e de pés	6	10,9	6	10,9	1	1,8	-	-	4	7,3
Suporte para as costas	7	10,9	4	6,3	-	-	-	-	4	6,3
Dispositivo de prevenção de pé equino	8	17,0	8	17,0	8	17,0	-	-	-	-
<b>Total/ Média</b>	<b>72</b>	<b>16,7</b>	<b>35</b>	<b>17,3</b>	<b>15</b>	<b>7,4</b>	<b>4</b>	<b>0,8</b>	<b>21</b>	<b>4,5</b>

### 3.6.1.8. AC transferir-se

Existem 18,2% de PD do universo total, com necessidade de equipamentos para o AC: transferir-se (tabela 76). Destes apenas 30,5% utilizam os recursos considerados necessários, mas são desejados por 89,7% das PD/MFPC. A cabeceira e pés de cama amovíveis são necessários em 20 das PD, utilizados em 15 e é portanto, o equipamento com maior taxa de utilização.

Contudo, o equipamento mais necessário é a cama articulada, que é necessária em 36,9%, ou seja, para 89 do total de PD e usada por 58, o que perfaz uma taxa de utilização de 65,2%.

Relativamente ao uso da cama articulada Petronilho (2013), obteve uma percentagem de dependentes que usam este recurso um pouco superior, 70,1%.

O disco de rotação não é utilizado por nenhum dependente, mas necessário em 9 das PD da amostra.

**Tabela 76.** Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC transferir-se

AC transferir-se	Necessário (juízo do Enfermeiro) / Taxa global		Utilizado/Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Barra de apoio	86	35,7	32	37,2	77	89,5
Cabeceira e pés de cama amovíveis	20	8,3	15	75,0	18	90,0
Cama articulada	89	36,9	58	65,2	85	95,5
Elevador de transferência	19	7,9	1	5,3	17	89,5
Transfer leito-cama	40	16,6	2	5,0	34	85,0
Disco de rotação	9	3,7	-	-	8	88,9
<b>Total/Média</b>	<b>263</b>	<b>18,2</b>	<b>108</b>	<b>30,5</b>	<b>239</b>	<b>89,7</b>

As razões da não utilização espelhadas na tabela 77, tal como em outros domínios de AC, são maioritariamente económicas (23,5%) e seguidas depois pelo desconhecimento da forma de aceder ao recurso (21,1%).

**Tabela 77.** Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC transferir-se

AC transferir-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Barra de apoio	18	20,9	3	3,5	-	-	25	29,1	6	7,0
Cabeceira e pés de cama amovíveis	3	15,0	1	5,0	-	-	-	-	-	-
Cama articulada	22	24,7	4	4,5	-	-	-	-	4	4,5
Elevador de transferência	7	36,8	7	36,8	3	15,8	1	5,3	-	-
Transfer leito-cama	13	32,5	13	32,5	4	10,0	2	5,0	5	12,5
Disco de rotação	1	11,1	4	44,4	3	33,3	-	-	-	-
<b>Total/Média</b>	<b>64</b>	<b>23,5</b>	<b>32</b>	<b>21,1</b>	<b>10</b>	<b>9,9</b>	<b>28</b>	<b>6,6</b>	<b>15</b>	<b>4,0</b>

### 3.6.1.9. AC usar cadeira de rodas

A tabela 78 alude ao facto de existirem 13,7% das PD que necessitam de recursos acessórios para usar cadeira de rodas. Estes têm uma taxa de utilização de 66,2%, mais elevada nas rodas anti-queda que são utilizadas por 87,9% das PD. A taxa de recursos desejados é também superior a 90%, tal como na maior de todos os domínios de AC. A percentagem de 63,9 foi o número de PD obtido por Petronilho (2013), com acesso a este recurso.

**Tabela 78.** Recursos necessários, utilizados e desejados para o AC usar cadeira de rodas

AC usar cadeira de rodas	Necessário (juízo do Enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)
Rampa	45	18,7	31	68,9	41	91,1
Rodas anti-queda	33	13,7	29	87,9	31	93,9
Plataforma vertical para cadeira de rodas	21	8,7	10	41,7	19	90,5
<b>Total/Média</b>	<b>99</b>	<b>13,7</b>	<b>70</b>	<b>66,2</b>	<b>91</b>	<b>91,8</b>

As limitações da residência são a principal causa listada (tabela 79) para a não utilização destes equipamentos (12,2%), como facilmente se compreende, por exigirem mudanças estruturais no domicílio. A segunda razão elencada foi o desconhecimento da forma de aceder ao recurso (7,3%).

Salienta-se que não foram apontadas por nenhum dos MFPC em estudo, razões económicas para a não utilização.

**Tabela 79.** Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC usar cadeira de rodas

AC usar cadeira de rodas	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Rampa	-	-	-	-	-	-	10	22,2	2	4,4
Rodas anti-queda	-	-	1	3,0	-	-	-	-	1	3,0
Plataforma vertical para cadeira de rodas	-	-	4	19,0	1	4,8	3	14,3	-	-
<b>Total/Média</b>	-	-	<b>5</b>	<b>7,3</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>	<b>13</b>	<b>12,2</b>	<b>3</b>	<b>2,5</b>

### 3.6.1.10. *AC andar*

No AC: andar (tabela 80), 15,5% das PD necessita de equipamentos tais como: o andarilho, a bengala, a canadiana ou a prótese. A taxa de utilização destes equipamentos é de 80,7%, sendo a taxa mais alta de utilização dos equipamentos a nível de todos os domínios de AC. A utilização destes equipamentos proporciona a independência no andar, razão primária que justifica verdadeiramente a sua elevada taxa de utilização.

**Tabela 80.** Recursos necessários, utilizados e desejados para AC andar

AC andar	Necessário (juízo do Enfermeiro) / Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	N	(%)	n	(%)
Andarilho	29	12,0	18	62,1	23	79,3
Bengala	92	38,2	73	79,3	73	79,3
Canadiana (s)	27	11,2	22	81,5	23	85,2
Prótese	1	0,4	1	100,0	1	100,0
<b>Total/Média</b>	<b>149</b>	<b>15,5</b>	<b>114</b>	<b>80,7</b>	<b>120</b>	<b>86,0</b>

Dado que existe uma elevada taxa de utilização dos recursos neste domínio, as razões para a não utilização são francamente menores. Ainda assim, as razões económicas e outras, são as principais razões identificadas, dados esses observáveis através da tabela 81.

Não existem casos de desconhecimento da forma de funcionamento identificados como justificação e nem de limitações da residência para aceder a estes equipamentos.

**Tabela 81.** Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC andar

AC andar	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Andarilho	5	17,2	1	3,4	-	-	-	-	5	17,2
Bengala	5	5,4	1	1,1	-	-	-	-	13	14,1
Canadiana (s)	1	03,7	-	-	-	-	-	-	4	14,8
Prótese	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total/Média</b>	<b>11</b>	<b>6,6</b>	<b>2</b>	<b>1,1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>22</b>	<b>11,5</b>

#### 3.6.1.11. AC tomar a medicação

O AC: tomar a medicação (tabela 82) é o domínio para o qual foram considerados necessários mais equipamentos, concretizando-se em 820 equipamentos usados, pelas 241 das PD em estudo, e que tem a segunda maior taxa de utilização dos mesmos, logo a seguir ao AC: andar, com 70,9%.

No universo do total de PD, 34% são-no neste domínio de AC. A elevada taxa de utilização destes equipamentos justifica-se pela importância dada pelas PD e pelos respetivos MFPC no cumprimento do regime terapêutico. Os equipamentos relacionados com o controle da diabetes *mellitus* (máquina de pesquisa de glicemia capilar-glucómetro e caneta da insulina) são dos que registam maior taxa de utilização.

A oxigenoterapia e o nebulizador são também recursos utilizados em 91,7% e 86,2% dos casos, respetivamente, e embora com uma taxa elevada, ressalva-se a necessidade de prescrição médica e de indicação clínica para o seu uso. Nestes casos a taxa de utilização deveria ser de 100% nos casos considerados necessários, tal como acontece com o uso da caneta de insulina.

Por seu lado, Petronilho (2013, p.139) refere ter encontrado resultados pouco satisfatórios no que diz respeito a este domínio de AC, já que apenas 4,1% dos MFPC demonstraram capacidades para o regime medicamentoso e para a pesquisa de glicemia capilar/ administração de insulina.

**Tabela 82.** Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: tomar medicação

AC tomar medicação	Necessário (juízo do Enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Aparelho para tensão arterial	161	66,8	77	47,8	142	88,2
Aspirador de secreções	21	8,7	14	58,3	20	95,2
Caixa de comprimidos	211	87,6	95	45,0	151	71,6
Caneta de insulina	39	16,2	39	100,0	39	100,0
Corta comprimidos	65	27,0	41	63,1	59	90,8
Máquina de pesquisa de glicemia capilar	64	26,6	57	89,1	63	98,4
Nebulizador	29	12,0	25	86,2	26	89,7
Oxigenoterapia	24	10,0	22	91,7	21	87,5
Termómetro (para registo de temperatura)	175	72,6	162	92,6	165	94,3
Triturador de comprimidos	31	12,9	11	35,5	12	38,7
<b>Total/Média</b>	<b>820</b>	<b>34,0</b>	<b>543</b>	<b>70,9</b>	<b>698</b>	<b>85,4</b>

As razões para a não utilização prendem-se essencialmente e de acordo com a tabela 83, com o desconhecimento da forma de aceder ao recurso em 10,1%, e outras razões em 7,9%. Nos recursos associados a prescrição médica, designadamente com a máquina de pesquisa de glicemia capilar (glucómetro), com a oxigenoterapia e com o nebulizador, as razões da não utilização são quase exclusivamente por desconhecimento da forma de aceder ao recurso.

As limitações da residência não se aplicam a nenhum destes equipamentos.

**Tabela 83.** Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para o AC tomar medicação

AC tomar medicação	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Aparelho para tensão arterial	51	31,7	1	0,62	13	8,1	-	-	12	7,5
Aspirador de secreções	1	4,8	4	19,0	2	9,5	-	-	-	-
Caixa de comprimidos	12	5,7	29	13,7	12	5,7	-	-	56	26,5
Caneta de insulina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Corta comprimidos	1	1,5	13	20,0	1	1,5	-	-	5	7,7
Máquina de pesquisa de glicemia capilar	-	-	4	6,3	3	4,7	-	-	-	-
Nebulizador	-	-	3	10,3	-	-	-	-	-	-
Oxigenoterapia	-	-	2	8,3	-	-	-	-	-	-
Termómetro (para registo de temperatura)	2	1,1	-	-	-	-	-	-	8	4,6
Triturador de comprimidos	1	3,2	7	22,6	1	3,2	-	-	10	32,3
<b>Total/Média</b>	<b>68</b>	<b>4,8</b>	<b>63</b>	<b>10,1</b>	<b>32</b>	<b>3,3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>91</b>	<b>7,9</b>

### 3.6.2. *Recursos complementares*

Outros equipamentos, não associados a nenhum domínio de AC (tabela 84), foram considerados como recursos complementares. Estes são necessários em 8,7% das PD e têm uma taxa de

utilização de 48%. O telefone/telemóvel tem a maior taxa de utilização dos recursos com 92,8%. Por outro lado, a pinça para alcançar objetos é usada apenas por 5,6% dos casos de PD considerados necessários.

**Tabela 84.** Recursos complementares necessários, utilizados e desejados

Recursos complementares	Necessário (juízo do Enfermeiro) / Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)
Dispositivo de chamada	54	22,4	20	37,0	44	81,5
Material de instrução e aprendizagem	64	26,6	50	78,1	60	93,8
Prótese auditiva	63	26,1	38	60,3	58	92,1
Telefone/ telemóvel	97	40,3	90	92,8	83	85,6
Pinça para alcançar objetos	18	7,5	1	5,6	13	72,2
Suporte para cartas	8	3,3	3	37,5	7	87,5
Enfia agulhas	12	5,0	3	25,0	9	75,0
<b>Total/Média</b>	<b>316</b>	<b>8,7</b>	<b>205</b>	<b>48,0</b>	<b>274</b>	<b>84,0</b>

As razões da não utilização observam-se na tabela 85 e são o desconhecimento da forma de funcionamento em 16,1% dos casos e depois a forma de aceder ao recurso em 12,6%.

Mais uma vez, não existem limitações da residência que interfiram com o uso dos recursos complementares.

**Tabela 85.** Razão da não utilização dos recursos complementares

Recursos complementares	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Dispositivo de chamada	4	7,4	7	13,0	12	22,2	-	-	10	18,5
Material de instrução e aprendizagem	2	3,1	2	3,1	4	6,3	-	-	-	-
Prótese auditiva	19	30,2	-	-	-	-	-	-	7	11,1
Telefone/ telemóvel	2	2,1	-	-	1	1,0	-	-	5	5,2
Pinça para alcançar objetos	-	-	4	22,2	6	33,3	-	-	4	22,2
Suporte para cartas	-	-	2	25,0	2	25,0	-	-	-	-
Enfia agulhas	-	-	3	25,0	3	25,0	-	-	2	16,7
<b>Total/Média</b>	<b>27</b>	<b>6,1</b>	<b>18</b>	<b>12,6</b>	<b>28</b>	<b>16,1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>28</b>	<b>10,5</b>

### 3.6.3. Utilização dos recursos por AC

Abaixo, apresenta-se a tabela 86 com o resumo da taxa de utilização dos recursos por domínio de AC, ordenada por ordem decrescente.

Podemos observar que 7 dos domínios do AC têm taxas de utilização superior a 50% e 5 com a taxa inferior a 50%, cuja média global fica um pouco acima deste valor com 53,5%. A taxa de utilização média dos equipamentos pelas PD é de 20,2% e a taxa média de utilização dos equipamentos é de 53,5%.

Como já havia sido feito referência, é no AC: andar que se encontra a maior taxa de utilização dos recursos (80,7%), seguida do AC: tomar medicação (70,9%), e sucessivamente pelo AC: uso do sanitário (68,5%), pelo AC: usar cadeira de rodas (66,2%) e finalmente pelo AC: alimentar-se (54,2%).

Da análise da tabela 87 parece existir uma tendência para, de um modo lato, associadas às taxas mais elevadas de utilização dos recursos, estarem relacionados os domínios de AC que se inventariam com aspetos vitais da sobrevivência humana. Como exemplo, os AC: alimentar-se, AC: tomar medicação e AC: uso do sanitário.

Tomar banho, vestir-se e despir-se, ou seja, os domínios de AC que se relacionam com o tratar do corpo, como a apresentação e o arranjo são dos que apresentam menor taxa de utilização dos recursos, acabando por se traduzir num espelho social, evidenciando a pouca atenção que é dada ao cuidado e à imagem em detrimento de AC considerados indispensáveis à manutenção da vida, ocupando estes os lugares cimeiros da tabela.

As mais altas taxas de utilização dos recursos poderão estar então intimamente relacionadas com domínios de AC que se relacionam com aspetos vitais para a sobrevivência, tal como refere Petronilho (2013, p.142), “sendo a nutrição e a gestão da terapêutica dimensões da saúde vitais para a sobrevivência dos doentes, parece-nos que provocam nos cuidadores uma necessidade de procura de informação, utilizando frequentemente outras fontes (...)”.

A relevância da utilização dos equipamentos no AC é aqui sobejamente demonstrada no nosso entender, contudo é um domínio ainda pouco burilado, o que nos impossibilita a análise comparativa destes resultados à luz de outros trabalhos de investigação.

Almeida e colaboradores (2005, p.30) referem que “A prestação de cuidados por parte do cuidador principal assentou, essencialmente, no domínio instrumental, englobando cuidados relativos à alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilização, vigilância, acompanhamento aos serviços médicos, responsabilização na aquisição dos medicamentos e ajudas técnicas”.

Outros autores que se debruçam sobre esta problemática também apontam que no decurso das suas investigações, os MFPC referiram a necessidade de possuírem algumas ajudas técnicas que facilitassem designadamente a mobilização da PD, revelando a importância atribuída aos equipamentos por parte dos MFPC. Contudo e há que dar nota desta lacuna, não foram encontrados estudos científicos que incidissem sobre a identificação destes equipamentos e nomeadamente sobre a sua utilização, o que demonstra notoriamente ser uma área ainda muito pouco explorada e examinada.

**Tabela 86.** Taxa de utilização dos recursos por autocuidado

Taxa de utilização dos recursos por AC	Taxa de recursos necessários	Taxa de utilização dos recursos necessários
	(%)	(%)
Andar	15,5	80,7
Tomar medicação	34,0	70,9
Usar o sanitário	18,9	68,5
Usar cadeira de rodas	13,7	66,2
Arranjar-se	23,0	58,1
Alimentar-se	20,0	54,2
Elevar-se	14,6	53,3
Recursos complementares	8,7	48,0
Virar-se	16,1	47,5
Tomar banho	32,8	38,5
Transferir-se	18,2	30,5
Vestir-se	27,1	25,3
<b>Total</b>	<b>20,2</b>	<b>53,5</b>

#### 3.6.4. Recursos profissionais e serviços

Relativamente aos recursos profissionais, o Médico e o Enfermeiro são dois grupos profissionais com grande expressão no apoio familiar. Relativamente ao Enfermeiro a elevada taxa de utilização deste recurso demonstra uma boa implementação dos cuidados de Enfermagem, com um bom acompanhamento destes casos de dependência e sem dúvida, desempenha um papel importante nos ganhos em saúde.

Um estudo realizado por Marote e colaboradores (2005) relativos à realidade do MFPC, reconhece os recursos que o cuidador gostaria de receber, concluindo que em relação à formação para a prestação de cuidados, 93,4% têm informação necessária sendo que em 56,4% dos casos, a fonte da informação foi o Enfermeiro.

De facto, o papel do Enfermeiro no domicílio, não se resume à realização de técnicas, mas ao ensino, à instrução e ao treino dos MFPC e das PD, para a sua capacitação.

Petronilho (2013) na sua investigação, concluiu que 56,7% da sua amostra recebia visita da equipa de Enfermagem, mas só se a solicitasse. Acrescentava ainda que 24,7% nunca haviam recebido visita. Os entrevistados referiram também a importância de um suporte adequado de forma a obter-se uma resposta mais eficaz às necessidades do doente.

O fisioterapeuta é o terceiro grupo profissional identificado no estudo e os restantes profissionais surgem com pouca expressão.

O SNS, com o Hospital, o Centro de Saúde/ USF e o 112- INEM, dão suporte com cuidados diferenciados à quase totalidade, senão à totalidade da população.

Nos serviços de apoio ao cuidado da PD, o cabeleireiro, manicura e esteticista, acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas, acompanhamento do dependente ao exterior e acompanhamento do dependente em casa têm uma taxa de utilização entre os 8,3% e os 12%.

A linha de Saúde 24 tem apenas uma utilização de 7,9% e os serviços de teleassistência, aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados, não são utilizados por nenhuma PD (Tabela 87). A baixa utilização destes serviços talvez esteja relacionada com o facto do estudo se desenvolver num meio essencialmente rural onde normalmente existe uma rede de apoio familiar alargada que suporta e auxilia o MFPC principal, em determinadas situações, de acordo com a disponibilidade e apetência de cada membro, como refere Andrade (2009, p.222).

**Tabela 87.** Recursos profissionais e serviços

	n	%
<b>Recursos profissionais</b>		
Médico	224	92,9
Enfermeiro	162	67,2
Fisioterapeuta	52	21,6
Assistente social	24	10,0
Nutricionista	16	6,6
Psicólogo	15	6,2
Outros	8	3,3
<b>Serviços</b>		
Hospital	236	98,0
Centro de saúde/Unidade de saúde familiar	233	96,7
112 INEM	150	62,2
Cabeleireiro, manicura e esteticista	29	12,0
Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas	27	11,2
Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)	20	8,3
Linha Saúde 24	19	7,9
Acompanhamento do dependente em casa	12	5,0
Cuidados de higiene e conforto	12	5,0
Confeção de refeições e apoio durante as mesmas	8	3,3
Apoio na compra de medicamentos	5	2,1
Apoio na compra de artigos alimentares	4	1,7
Apoio no tratamento da roupa do dependente	3	1,2
Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente	2	0,8
Teleassistência	-	-
Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados	-	-

### 3.6.5. Recursos financeiros

Nos recursos financeiros foram consideradas todas as formas de rendimento e não apenas a principal pelo que, uma mesma pessoa poderá usufruir de várias fontes de rendimento.

Dado que se reportam a uma população maioritariamente idosa e de acordo com a tabela 88, 82,2% das PD recebem pensão/ reforma, surgindo a família em segundo lugar como a principal fonte de rendimento e suporte (45,2%). O complemento de dependência e o rendimento solidário para idosos são uma fonte de rendimentos para 38,6% e 10% respetivamente, das PD.

Em 5,8% são ainda um grupo profissional ativo pelo que usufruem de rendimentos provenientes do seu próprio trabalho.

O programa conforto habitacional para idosos era desconhecido de todos os elementos da amostra inquiridos e por essa razão não foi encontrado nenhuma PD que usufruísse deste programa.

Dado que uma das principais razões para a não utilização dos recursos considerados necessários ser a razão económica, torna-se pertinente observar que ainda existe uma percentagem considerável de PD a receber subsídios temporários (social, desemprego, rendimento social de inserção). Existe ainda uma taxa de PD que auferem de esmolas, que dificilmente terão disponibilidade e encaixe económicos para despendem na aquisição determinados recursos.

A investigação de Marote e colaboradores (2005), corrobora estes resultados já que na identificação das necessidades dos MFPC, o recurso mais em falta, referido por 76,6% dos cuidadores, é o apoio financeiro sob a forma do subsídio de ajuda à terceira pessoa (ajuda para aquisição de fraldas e de medicamentos). Revelador de que a sobrecarga socioeconómica é um forte condicionante no tocante aos cuidados prestados. Estes autores também concluíram que 43,3% dos cuidadores dependem economicamente dos familiares o que demonstra uma percentagem quase idêntica nos resultados obtidos neste estudo (45,2%).

De facto, as dificuldades e necessidades económicas, são as mais frequentemente referidas pelos inquiridos e a causa de não se acederem aos recursos necessários para satisfazer as necessidades quer da PD quer do MFPC.

Tal como concluiu Rocha (2015), a família refere não dispor de meios financeiros suficientes para suportar as despesas acrescidas. Em 1999, outro autor (Palma) citado por Andrade (2009, p.67), acrescenta:

“As necessidades económicas são referenciadas pelos cuidadores para obter recursos materiais (fraldas, medicamentos e ajudas técnicas) e recursos humanos (ajuda de outros durante a prestação de cuidados), que facilitem a prestação de cuidados à pessoa idosa.”

**Tabela 88.** Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)	n	%
Pensão/Reforma	198	82,2
A cargo da família	109	45,2
Complemento de dependência	93	38,6
Rendimento solidário para idosos	24	10,0
Rendimento do trabalho	14	5,8
Apoio social	7	2,9
Subsídio de desemprego	6	2,5
Outros	5	2,1
Rendimento da propriedade e da empresa	5	2,1
Esmolas/Donativos	3	1,2
Rendimento social de inserção	2	0,8
Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional	1	0,41
Outros subsídios temporários	1	0,41
Programa conforto habitacional para idosos	-	-

*3.6.6. Análise correlacional: variáveis relacionadas com a taxa de utilização dos recursos*

Os resultados seguintes referem-se às análises estatísticas inferenciais realizadas entre as variáveis do estudo. Pretendeu-se precisar as relações estabelecidas entre as variáveis independentes: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, rendimento do agregado familiar, necessidade de obras no alojamento, tipo de moradia, grau de parentesco e modo de instalação da dependência, com a taxa de utilização dos recursos.

O estudo da associação entre as variáveis permite afirmar que existe uma relação estatisticamente significativa entre a taxa de utilização dos recursos e a idade do dependente; a escolaridade da PD; a escolaridade do MFPC; o rendimento do agregado familiar; a necessidade de obras no alojamento; o estado civil da PD; o tipo de moradia e o grau de parentesco. Num sentido da melhor apropriação dos resultados obtidos, opta-se por se apresentar apenas as associações estatisticamente significativas.

No que respeita à relação entre a taxa de utilização de recursos e a idade dos dependentes pode constatar-se através da tabela 89 que, a mesma se apresenta negativa e significativa ( $p \leq 0,01$ ), o que revela que as maiores idades estão associadas a menores taxas de utilização de recursos.

Estes dados relacionam-se com o facto de o acesso aos recursos talvez estar mais facilitado a pessoas mais novas, dado que têm mais acesso à informação, através designadamente das novas tecnologias, sendo, contudo, crucial lembrar que neste grupo, estão incluídas crianças, pelos que os pais enquanto MFPC poderão mobilizar mais recursos.

Ainda de acrescentar a ideia, que pode ajudar a sustentar este resultado e que se encontra amplamente associada à velhice e patenteada na literatura, de que “para os velhos já não vale a pena”.

**Tabela 89.** Correlação de *pearson* entre taxa de utilização de recursos e a idade dos dependentes

Taxa de utilização de recursos	Idade	
	- 0,235	<i>p-value</i> <0,05

Quanto às diferenças entre os vários níveis de escolaridade da PD no que respeita à taxa de utilização de recursos (tabela 90) foi possível verificar em conformidade com os resultados da tabela 86, que as mesmas são estatisticamente significativas ( $F = 5,639$ ,  $p < 0,05$ ).

Neste sentido, na mesma tabela pode-se verificar que os indivíduos com o ensino básico – 3º ciclo, apresentam maiores taxas de utilização de recursos e os indivíduos com nenhum, menores taxas.

**Tabela 90.** Taxa de utilização e nível de escolaridade dos dependentes

Nível de escolaridade	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	<i>p - value</i>
Ensino básico – 1º ciclo	99	63,86	22,14		
Ensino básico – 2º ciclo	19	67,82	26,28		
Ensino básico - 3º ciclo	7	81,77	22,75		
Ensino secundário	3	67,78	31,68	5,639	0,000
Ensino superior	5	68,32	11,00		
Nenhum	107	51,33	22,43		
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>59,25</b>	<b>23,66</b>		

De acordo com a tabela 91 e relativamente aos MFPC, verificaram-se diferenças significativas nas taxas de utilização de recursos em função do nível de escolaridade ( $F = 2,287$ ,  $p < 0,05$ ), onde se verifica que são maiores as taxas de utilização de recursos nos MFPC com ensino básico – 3º ciclo e menores nos prestadores sem ensino.

A escolaridade parece influenciar o acesso aos recursos tanto no concernente às PD como nos MFPC, já que se evidencia uma maior taxa de utilização dos recursos, nos indivíduos com 3º ciclo de escolaridade, seguido dos graus de escolaridade mais elevada.

Estes resultados poderão relacionar-se e mais uma vez, com o acesso à informação respeitante aos recursos, mas também, a graus mais elevados de escolaridade poderão estar associadas profissões ou pensões/reformas, com mais elevados rendimentos. Grelha (2009, p.115) defende esta posição ao afirmar que:

“O que vai ao encontro com os anos de escolaridade dos cuidadores informais, onde está comprovado que os cuidadores com menos anos de escolaridade referem não necessitarem de ajuda, ou que desconhecem os recursos comunitários, enquanto os cuidadores com mais anos de escolaridade estão mais recetivos em pedir ajuda conhecendo os recursos existentes.”

**Tabela 91.** Taxa de utilização e nível de escolaridade dos PC

Nível de Escolaridade	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	p- value
Ensino básico – 1º ciclo	122	56,38	23,64		
Ensino básico – 2º ciclo	36	61,21	18,64		
Ensino básico – 3º ciclo	27	71,25	25,13		
Ensino secundário	16	65,47	25,50	2,287	0,048
Ensino superior	13	68,92	16,60		
Nenhum	27	54,71	27,96		
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>59,94</b>	<b>23,71</b>		

As diferenças na taxa de utilização de recursos em função do tipo de necessidades de obras de alojamento (tabela 92) por parte das PD revelam-se estatisticamente significativas ( $F = 4,516$ ,  $p < 0,05$ ), acusando neste caso, um número superior nos alojamentos com pequenas necessidades de obras (apresentando uma maior taxa de utilização de recursos) e uma taxa inferior de utilização de recursos, no grupo que tem alojamento com necessidades muito grandes de obras. Mais uma vez, há uma estrita relação entre o fator económico, como na pobreza por exemplo, em que as condições de habitabilidade são precárias e obviamente faltarão também recursos financeiros para a aquisição de recursos necessários para a PD na promoção da sua autonomia nos diferentes domínios de AC.

**Tabela 92.** Taxa de utilização e necessidade de obras no alojamento

Necessidade de obras de alojamento	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	P-value
Muito grandes	5	41,78	30,14		
Grandes	25	45,69	22,86		
Médias	69	61,07	17,17	4,516	0,002
Pequenas	80	65,11	22,85		
Nenhumas	57	56,95	27,59		
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>59,41</b>	<b>23,47</b>		

Em relação às diferenças verificadas na utilização de recursos em função do estado civil das PD podemos constatar através da tabela 93 que demonstram uma relação significativa ( $F = 5,685$ ,  $p < 0,05$ ).

Verifica-se que, (excluindo o grupo dos divorciados sobre o qual não é possível calcular o desvio padrão por ser apenas um indivíduo, logo não é possível aplicar este Teste), a taxa de utilização de recursos é superior nos solteiros e inferior no grupo dos casados/união de facto e viúvos.

**Tabela 93.** Taxa de utilização e estado civil dos dependentes

Estado Civil	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	P-value
Casado / União de facto	100	54,91	23,60		
Divorciado	1	75,00	-		
Solteiro	50	70,51	23,76	5,685	0,001
Viúvo	89	56,94	21,52		
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>58,99</b>	<b>23,54</b>		

Quanto às diferenças na taxa de utilização de recursos em função do tipo de moradia (tabela 94), pode-se constatar que as mesmas são estatisticamente significativas ( $F = 4,770$ ,  $p < 0,05$ ), sendo como tal, superior a utilização de recursos por parte do grupo das PD com moradia não clássica, e inferiores nos que tem uma moradia clássica (moradia e apartamento, respetivamente) e de outro tipo.

**Tabela 94.** Taxa de utilização dos recursos e tipo de moradia

Tipo de moradia	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	P-value
Clássica: apartamento	25	58,66	18,84		
Clássica: moradia	198	60,93	23,19		
Clássica: outro tipo	10	33,29	20,83	4,770	0,003
Não clássica	4	66,53	34,19		
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>59,62</b>	<b>23,41</b>		

Na tabela 95 faz-se alusão aos resultados das taxas de utilização de recursos por grau de parentesco que se revelam significativos ( $F = 3,693$ ,  $p < 0,05$ ), sendo que os MFPC (pai/mãe) apresentam maior taxa de utilização de recursos comparativamente com os MFPC com afinidade (nora; padraço, cunhado), que apresentam menores taxas de utilização.

Os familiares diretos (pais, filhos) como MFPC têm associado ao cuidado uma conotação de “obrigação familiar” tal como refere Almeida e colaboradores (2005, p.30):

“os cuidadores informais possuem um sentimento generalizado de que a tarefa de cuidar do doente dependente é um dever familiar.”

Este sentido de obrigação e muitas vezes também o desejo do MFPC de manter a PD em casa, talvez possa justificar a mais elevada taxa de utilização dos recursos neste grupo em comparação com o grupo cuja relação é de afinidade, pois nestes, esta relação, se existente, não é tão vinculada.

**Tabela 95.** Taxa de utilização dos recursos e grau de parentesco

Grau de parentesco	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	P-value
Afinidade	10	44,83	24,63		
Filho / filha	86	58,71	22,68		
Irmão / irmã	9	62,19	22,97		
Marido / esposa	53	54,79	22,29	3,693	0,002
Outro	6	62,13	23,01		
Pai / mãe	30	75,82	24,51		
Sem grau de parentesco	6	63,28	14,54		
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>59,94</b>	<b>23,71</b>		

No que diz respeito às relações estabelecidas neste trabalho, não foi exequível estabelecer relações estatisticamente significativas com as variáveis: sexo, idade dos MFPC, tipo de família, entre outras. Nas variáveis em que se verificaram relações estatisticamente significativas,

observou-se que existe uma relação inversamente proporcional entre a taxa de utilização dos recursos e a idade da PD, justificada pela possibilidade de dependentes mais novos (incluindo as crianças e jovens) poderem usufruir mais de equipamentos do que o grupo de pessoas mais idosas. Em ambos os grupos (PD e MFPC) verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a taxa de utilização dos recursos, com o 3º ciclo do ensino básico a apresentar a média mais alta de utilização dos recursos, em oposição às pessoas sem ensino, com a taxa mais baixa.

Verificaram-se também associações com significado estatístico, com o estado civil das PD (taxa mais elevada nos casados); com a necessidade de obras no alojamento (mais elevada nos alojamentos que necessitam de pequenas obras); no tipo de moradia (mais elevada no tipo não clássico); no parentesco (maior quando MFPC é mãe/pai).

Em síntese, dos resultados dos estudos nos concelhos de Lisboa, Porto, Maia e sub-regiões do Cávado e do Ave, e no que concerne à taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários, verificou-se respetivamente, que são comuns os três domínios do AC com maiores valores percentuais: andar, recursos complementares e tomar medicação (Costa, 2013); andar, tomar medicação e usar sanitário (Maia, 2012; Gonçalves, 2013); tomar medicação, andar e recursos complementares (Rocha, 2015) e recursos complementares, andar, tomar a medicação (Petronilho, 2013). No concelho de Paços de Ferreira os resultados vão de encontro aos estudos realizados, apontando o andar, tomar medicação e usar sanitário (Leonardo, 2011), como sendo os domínios do AC em que a taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários é mais significativa.

Destes resultados pode-se inferir que nas atividades essenciais para a preservação da vida e do bem-estar das pessoas dependentes, os MFPC recorrem a dispositivos para facilitar o exercício do seu papel e a autonomia do familiar dependente.

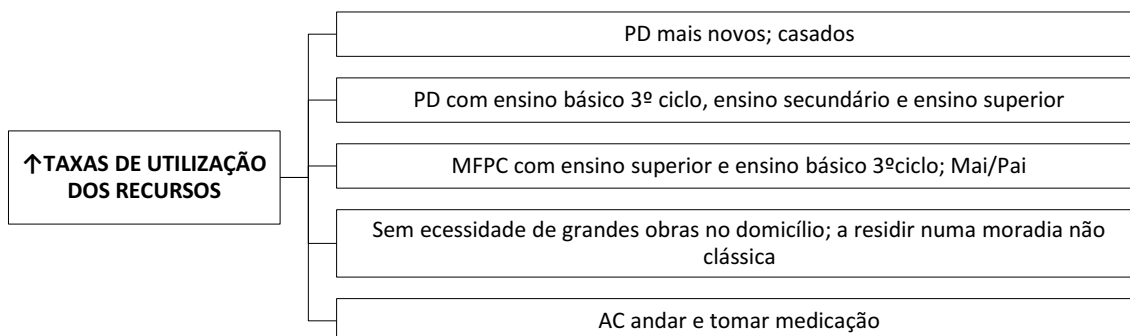
Outro dos dados com maior peso e consentâneo nos estudos, é a taxa de utilização de dispositivos no domínio do AC: tomar medicação, apresentar dos maiores valores percentuais. O regime medicamentoso assume um papel crucial na manutenção da condição de saúde da pessoa dependente. Também o andar se apresenta com um valor elevado, pelo facto de a pessoa com dependência desejar ser mais autónoma na sua locomoção e conseguir por si própria ser autossuficiente neste e noutros domínios do AC, que possam estar interdependentes.

Se por outro lado considerarmos os recursos complementares, em que o telefone/telemóvel está contemplado, percebe-se que este seja também um dos equipamentos que apresenta valores elevados, visto que dele dependem um conjunto de atividades e nomeadamente a necessidade de comunicar.

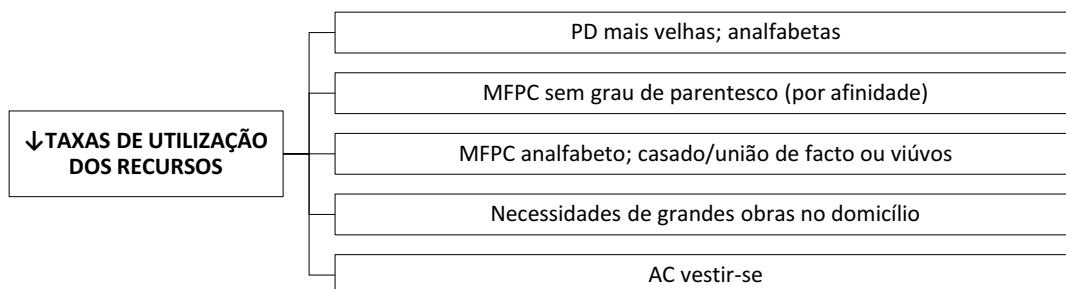
Em relação aos restantes domínios, que apresentam taxas de utilização inferiores à taxa global, podem alguns deles remeterem para a substituição do dependente, ou por outro lado, para o esforço desencadeado pelo MFPC face a algumas atividades e por conseguinte também corresponder ao menor conforto e segurança dos cuidados prestados.

Para uma síntese no tocante às maiores e menores taxas de utilização dos recursos, apresentamos de seguida a figuras 12 e 13, respetivamente.

**Figura 12. Maiores taxas de utilização de recursos**



**Figura 13. Menores taxas de utilização de recursos**



### 3.7. *A transição para o exercício do papel do MFPC*

Não é fácil encontrar uma definição unitária para investigação, mas é bastante consensual admitir que se investiga, entre outras razões, para descobrir novos factos ou dados, relações, solucionar problemas, para aprofundar conceitos e para construir conhecimento. Procurar dar respostas consistentes e válidas aos problemas é um dos desafios que podemos associar ao conceito de investigação, através da adoção de um procedimento reflexivo sistemático e intencional (Silva, 2011). Podemos, ainda, admitir que investigar é uma atitude pró-ativa e uma prática de permanente procura da verdade ou da realidade, um procedimento ou conjunto de procedimentos com método de pensamento crítico que requer um tratamento científico para

conhecer realidades ou descobrir verdades, ou ainda, uma forma de validar ou refutar conhecimento existente.

No sentido de dar ênfase aos processos e significados, colocando a tónica nas análises em profundidade, para a obtenção das percepções dos elementos investigados, somos a relatar os resultados mais substantivos atinentes ao estudo 2. Intentaremos dar resposta aos objetivos elencados no início desta dissertação, em função das questões de partida que os nortearam e que estiveram na sua base.

### 3.7.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes (MFPC e PD) no Estudo 2

Do estudo 2 fizeram parte integrante, seis MFPC de diferentes freguesias do concelho de Paços de Ferreira, entre as quais Carvalhosa, Figueiró, Freamunde, Lamoso, Raimonda e Seroa.

As idades dos MFPC encontram-se compreendidas entre os 47 e os 81 anos, sendo em média de 67,8 anos. Os MFPC são na sua totalidade (100%) do sexo feminino, sendo que 83% dos MFPC coabita com a PD. O tempo que medeia desde o início que tomam conta dos seus familiares até ao momento das entrevistas é de 1 a 43 anos, em média 11,5 anos. Em relação ao grau de parentesco do MFPC, 33,3% são cônjuges, 33,3% filhas e os restantes 33,3% mães.

A maioria (66,6%) é reformada, as restantes estão desempregadas (16,6%) e domésticas (16,6%).

Em termos de escolaridade a maioria (66,6%), não tem qualquer tipo de escolaridade (16,6%) ou não tem completado o 1º ciclo (50%).

Em relação às PD no AC, com idades compreendidas entre os 25 e os 95 anos, e com uma média de idades de 69,5 anos (já estudadas e incluídas no estudo 1).

Desta amostra não probabilística de conveniência, 50% eram mulheres e 50 % homens. Em relação ao estado civil, 2 PD eram casadas, 2 solteiras e as restantes 2 viúvas. Em relação à sua escolaridade, 4 não tinham qualquer escolaridade, sendo analfabetas, 1 PD sem o 1º ciclo concluído e apenas uma com o ensino secundário completado (correspondendo à PD incluída nesta amostra, cuja idade era inferior a todas as demais).

A seleção dos participantes no estudo 2, permitiu de facto obter um *corpus* de análise que possibilitou através da análise de conteúdo, responder às questões de investigação. A seleção dos participantes, de acordo com os critérios de inclusão referidos, facilitou aos entrevistadores (investigadores) uma triagem relativamente célere (face ao conhecimento prévio do estudo 1), de participantes cooperantes e acessíveis. A sua seleção cumpriu um dos seus propósitos, isto é, de geração de ideias na nossa pesquisa exploratória face ao fenómeno da transição do MFPC, para a assunção do seu papel.

Com o intuito de acrescentar valor empírico, diminuindo assim, a subjetividade inerente a este processo, a análise de conteúdo foi realizada, de forma independente, pelos investigadores. Os resultados que surgiram da análise foram validados através da comparação e discussão dos mesmos.

Da análise de conteúdo do material inserido no *corpus* derivaram os quadros (5, 6, 7, 8, 9) que abaixo se exibem, que numa tentativa de síntese pretendem possibilitar uma apropriação mais célere e sistemática dos resultados.

A sua incorporação nesta altura (e a sua não expedição para anexos) foi caucionada, sendo que a real riqueza e a profundidade dos significados do seu conteúdo, precipitaram a sua documentação para o momento que se segue.

### 3.7.2. (Domínios), categorias e subcategorias emergentes

Como já foi reiterado neste estudo, optou-se por uma definição de categorias e subcategorias *à priori*. Neste tipo de categorização, primeiro é provido o sistema ou modelo de categorias para depois se repartirem, da melhor maneira possível, os elementos em análise (Bardin, 1977).

As categorias foram assim definidas, a partir do referencial teórico escolhido (Teoria das Transições de Afaf Meleis), pelo que o título concetual de cada categoria foi definido antes da operação. Ainda assim, deixou-se espaço para uma definição indutiva de categorias, caso se viesse a verificar a necessidade de aditar novas categorias e subcategorias ao longo do desenvolvimento do processo de análise de conteúdo.

Segundo Berelson (1971), a interação entre o quadro teórico de partida do investigador e os problemas concretos que pretende estudar, permitem a formulação de um modelo de categorias, importando a deteção da presença ou ausência dessas categorias no *corpus* e não tanto a sua frequência.

**Quadro 5.** (Domínios), categorias e subcategorias emergentes

DOMÍNIOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	
Natureza da transição: Propriedades	Consciencialização e Envolvimento	Observação dos cuidados	
		Disponibilidade para aprender	
		Procura de informação	
	Mudança e diferença		Alteração das dinâmicas e organização familiares
			Preocupação constante com a PD
			Sobrecarga física, psicológica do MFPC
			Alteração das expectativas de vida
			Vulnerabilidade física, psicológica, económica
	Eventos e pontos críticos		Instalação súbita da dependência
			Instalação gradual da dependência
			Hospitalização
			Processo patológico
		Espaço temporal da transição	Duração da experiência de MFPC
Padrões de resposta:	Confiança e <i> coping</i>	PAE	

indicadores de processo		Força de vontade (volição) para cuidar
	Estar situado (aceitação do estado de saúde)	Conhecimento/Adoção de estratégias
Padrões de resposta: indicadores de resultado	Mestria e Integridade fluída	Vigiar a condição de saúde da PD
		Interpretar alterações na condição de saúde da PD e capacidade para tomar decisões
		Prestação de cuidados adequados
		Acessibilidade a recursos e equipamentos
Condições facilitadoras e inibidoras da transição	Pessoais	Negociação com serviços de saúde
		Características e Disposições afetivas do MFPC
		Idade
		Capacidade cognitiva
	Significados	Capacidade motora
		Sentido de dever moral/social
	Crenças religiosas e culturais	Sentido de pertença familiar
		Ajuda/vontade divinas
	Status socioeconómico	Ajuda/vontade divinas
	Preparação e conhecimento	Profissão/ Fonte de rendimentos
		Falta de conhecimento sobre os cuidados a prestar à PD
		Impreparação do MFPC após o regresso a casa da PD
Experiências anteriores de cuidar		
Prestação de cuidados por imitação		
	Aprendizagem por "tentativa-erro"	

### 3.7.3. Das categorias e subcategorias às unidades de registo

No sentido de potenciar a visualização e riqueza, das unidades de registo encontradas, e dado o seu número avultado, os investigadores optam intencionalmente por as expor face a cada categoria/subcategoria, a que se encontram adstritas (quadros 6, 7, 8 e 9).

**Quadro 6.** Categorias, subcategorias e unidades de registo: (Domínio- Natureza da transição)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Natureza da transição: Propriedades		
Consciencialização e Envolvimento	Observação dos cuidados	E3: "eu costumava ver no hospital os Enfermeiros a dar banho, e a dar de comer"
		E4: "costumo por creme, como vi a fazerem (os Enfermeiros) no hospital"
		E3: "vi muitas vezes a mudar a fralda e a limpá-lo"
		E5: "às vezes estava a visitá-lo, e vinham as Enfermeiras e mudavam-no de posição, e eu vi como faziam"
		E4: "pedia para estar à hora do almoço, para ver o que ele comia, quando o iam alimentar"
		E3: "ponho uma almofada sempre, porque no hospital vi a fazerem assim"
	Disponibilidade para aprender	E3: "para mim era importante estar no momento do banho para aprender como se faz"
		E2: "aprendi a pôr a fraldinha... vira-se para um lado, mete-se por trás e depois para o outro e depois ajeita-se (...) e já está"
		E2: "gosto de aprender tudo, para não fazer asneiras"
		E3: "aprendi a fazer as massagens no braço doentinho, com a Enfermeira que ia ao serviço fazer reabilitação"
		E1: "o saber não ocupa lugar (...) tem-se que aprender para poder fazer bem"
	Procura de informação	E3: "quando não sabia como tinha de fazer, perguntava aos Enfermeiros"
		E2: "mandava o meu filho às vezes ir à net ver, como era"
		E2: "muitas vezes ouvi pessoas que cuidavam de idosos a dizerem que é

Mudança e diferença	Alteração das dinâmicas e organização familiares	preciso dar muita água durante o dia, por causa das infeções urinárias”
		E1: “o meu dia acaba logo pela manhã (...) quando acordo”
		E2: “isto não é nada fácil, com os meus afazeres todos”
		E5: “é muito trabalho só para mim...muitas vezes parece que não chego para as encomendas”
		E3: “custa-me muito, mas mesmo muito vê-lo assim (...) tenho que lhe fazer tudo (...), lavá-lo, dar-lhe de comer, mudar-lhe a fralda”
		E2: “ a minha vida nunca mais foi a mesma”
		E3: “pode não acreditar, mas às vezes nem tempo tenho para ir ao supermercado”
		E6: “costumava ser ele a tratar dos assuntos dos bancos e das contas, (...) agora é tudo para mim (...), fica tudo nas minhas costas”
	Preocupação constante com a PD	E3: “acredita, que já não vou à cabeleireira cortar o cabelo há que tempos”
		E2: “precisava de ir tratar de uns papéis e renovar o cartão de cidadão e nem vagar para isso tenho”
		E1: “muitas vezes não sabia o que fazer, sentava-me e só chorava”
		E2: “no início foi muito complicado (...), nem dormia de noite, sempre a espreitá-la, a ver se estava bem”
		E3: “quando tenho que sair de casa para fazer algum recado rápido, o meu coração parece que para, até eu chegar ”
		E1: “como é muita coisa para pensar e fazer, preocupa-me que possa falhar alguma coisa”
		E5: “tenho muito medo de a deixar sozinha, pode cair, bater com a cabeça e magoar-se a sério”
	Sobrecarga física, psicológica do PC	E1: “gosto tanto dela, por isso é que me preocupo (...) não acho que seja de mais”
		E2: “Fico aflita só de pensar que pode acontecer alguma coisa”
		E5: “ultimamente parece que cada vez fico mais cansada a dar-lhe o banho”
		E1: “ando derreada das minhas costinhas, está cada vez mais parada e mais pesada”
		E6: “às vezes vou buscar força, não sei bem onde”
		E4: “é muito difícil fazer qualquer coisa, ele não ajuda quase nada”
		E1: “esta vida custa muito, só quem passa por isto é que sabe dar valor”
		E2: “houve um tempo que andava muito nervosa e irritada (...) chorava por tudo e por nada (...) ninguém podia falar comigo”
		E1: “às vezes só choro...”
		E6: “o meu corpo já não é o que era, parece que a energia se está a esgotar”
		E5: “sinto-me presa, e às vezes vou a baixo”
		Alteração das expectativas de vida
	E3: “algumas noites não consigo dormir nada”	
	E6: “não tenho descansado, e sinto a minha cabeça pesada, parece que às vezes pesa 100 quilos”	
	E2: “nunca pensei que a minha vida ficasse algum dia, como está agora”	
	E5: “se ela piorar, então é que vai ser”	
	E4: “tudo mudou, as minhas prioridades são outras”	
	E3: “nunca mais foi a mesma coisa”	
Vulnerabilidade física, psicológica, económica	E3: “a vida muda num instantinho”	
	E2: “dizem que a vida são dois dias, e eu nunca pensei passar por isto”	
	E1: “não tenho tempo para mim”	
	E1: “às vezes pareço um caco, estou a ficar toda torta”	
	E3: “com isto tudo, sinto que às vezes não dou uma para a caixa”	
	E4: “sinto-me sem capacidade, por vezes”	
Vulnerabilidade física, psicológica, económica	E1: “...desde que a minha filha ficou assim, nunca mais tive um pingão de alegria na vida”	
	E5: “as despesas aumentaram de que maneira, e o que se recebe é cada vez menos”	
	E1: “o dinheiro que recebo vai dando para o básico”	

		E2: “quanto se ganha, quanto se gasta (...) é chapa ganha, chapa batida”
		E1: “sabe, o dinheiro não estica e também não cresce nas árvores”
		E6: “só para as fraldas e para a medicação, vai o dinheiro todo”
		E5: “o dinheiro é pouco, não chega a meia missa”
		E4: “o dinheiro que temos é rés vés, campo de Ourique”
Eventos e pontos críticos	Instalação súbita da dependência	E4: “deu-lhe um AVC, e pronto”
		E4: “a trombose que lhe deu, foi de repente”
		E3: “depois do acidente, tudo ficou diferente”
	Instalação gradual da dependência	E5: “começou a ficar meia patareca com a passagem do tempo, e começou-se a esquecer muitas coisas”
		E2: “começou a ficar pior com o passar do tempo (...) no andar, para ir à casa de banho (...)”
		E5: “cada dia que passava, sentia-a a piorar cada vez mais”
		E6: “primeiro deixou de andar sozinho, depois foi com a comida”
		E6: “fazia xixi sempre no quarto de banho (na sanita), mas depois foi preciso com o tempo, por a fralda”
	Hospitalização	E4: “nem quero que me lembre, quando ficou internado”
		E3: “o hospital não é nossa casa (...) não é a mesma coisa”
	Processo patológico	E4: “quando teve a recaída, tudo começou a agravar”
		E2: “nessa vez que o açúcar baixou, queria que visse a aflição que foi”
Espaço temporal da transição	Duração da experiência de PC	E1: “já cuido desta menina há 49 anos (...) é uma vida”
		E2: “cuido da minha mãe, faz em janeiro 8 anos”
		E3: “o meu filho está nesta situação há quase um ano, e fui eu desde o início a cuidar dele”
		E4: “o meu marido ficou mesmo doente há 4 anos”
		E5: “(...) 11 anos é muito tempo”
		E6: “cuido do meu marido já vai para lá de 2 anos”

As transições apresentam diferentes propriedades capitais que estão intimamente relacionadas, designadamente a consciencialização e o envolvimento, a mudança e diferença, os eventos e os pontos críticos e o tempo da transição (Meleis et al., 2010)

No que se reporta à primeira, e após a análise de conteúdo realizada (quadro 6) podemos de facto constatar que a consciencialização ou *awareness*, liga-se com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. O nível de consciencialização espelha a congruência entre o que se conhece sobre os processos e respostas esperadas, e as perceções das pessoas que vivenciam transições semelhantes.

O nível de consciencialização influencia sobejamente o nível de envolvimento.

Meleis e colaboradores (2010) referem que o envolvimento do MFPC em relação ao tomar conta da PD no AC, é preditivo do grau de consciencialização da transição que estão a vivenciar.

Por seu turno, o envolvimento reflete-se na procura de informação, recurso a modelos e preparação ativa e pró-ativa, face à necessidade de ajustamento (Meleis et al., 2000).

Todas as transições envolvem por seu lado mudança, mas nem todas as mudanças se relacionam com transição. Assim, é fundamental conhecer e descrever os efeitos e significados dessas mudanças, para compreender plenamente o processo de transição (Meleis et al., 2000). A perceção do que mudou propicia mudanças de atitudes e ajustamentos de comportamentos. Torna-se essencial identificar o nível de conforto com a nova situação, o impacte da mudança, as

diferenças que surgiram ao nível do bem-estar e, ainda a capacidade da pessoa para lidar com essas mudanças e diferenças.

As transições também se qualificam pelo espaço temporal, ou seja, pelo fluxo ao longo do tempo. Iniciam-se com os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por um ciclo de instabilidade, confusão e stresse, até um eventual fim identificável, que assinala um novo começo ou período de estabilidade (Meleis et al., 2000).

As transições podem ser marcadas por eventos identificáveis, reais e concretos, ou seja, pontos e eventos críticos que se associam a momentos de instabilidade e vulnerabilidade, mas que resultam, usualmente, no aumento da consciencialização da mudança e diferença, bem como num envolvimento mais ativo (Meleis et al., 2000).

Quando a PD no seio do agregado familiar é acometida de um evento que gera uma instalação súbita de dependência face aos diferentes domínios de AC, o MFPC fica perante um acontecimento não espectável, gerador de grandes dúvidas e incertezas. Existe uma rutura clara com o “antes”, tendo o cuidador uma percepção nítida da transformação que ocorreu, obrigando-o a confrontar-se com a nova realidade onde se encontra inserido. Nestes casos toma consciência do que mudou mais rapidamente, embora possa não ser total a sua consciência face à mudança.

Se por outro lado, a dependência resultar de um processo gradual, de instalação ao longo do tempo, o MFPC poderá consciencializar-se dessas mudanças e diferenças, e adotar estratégias mais facilitadoras para a vivência do seu papel. Neste caso as mudanças são mais ténues e vão-se incorporando de um modo mais gradual e progressivo na vida quotidiana do MFPC. Sendo por vezes mais difícil a tomada de consciência, podendo inicialmente passar “despercebidas” ao MFPC.

Dar conta que independentemente da situação, o MFPC não passa de “não consciencializado” a “consciencializado”, necessitando de tempo para vivenciar esta nova condição da PD.

A hospitalização e o processo patológico são duas outras condições que podem agravar ou influenciar o decurso da transição.

A observação dos cuidados, a disponibilidade para aprender e a procura de informação deliberada demonstram o maior ou menor envolvimento e por seguinte diferentes níveis de consciencialização face à assunção do papel.

O MFPC a partir do momento que percebe corretamente o que mudou e do que eventualmente terá de mudar, tende a envolver-se, sendo influenciado, porém por aspetos extrínsecos, como os recursos e o suporte, e por outros intrínsecos como as crenças e significados.

Este exercício encerra um conjunto de mudanças e diferenças profundas que se repercutem nas dinâmicas e organização familiares. A preocupação constante com a PD conduz a uma sobrecarga

física, psicológica, económica do MFPD e por conseguinte o aumento da sua vulnerabilidade, que por sua vez altera de um modo contundente as expectativas de vida do cuidador.

Através das unidades de registo patenteadas, no quadro 6, é possível a verificação dos pressupostos acima elencados, em cada um dos excertos (das entrevistas) selecionados para o efeito.

**Quadro 7.** Categorias, subcategorias e unidades de registo: (Domínio- Padrões de resposta: indicadores de processo)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<b>Padrões de resposta: indicadores de processo</b>		
Confiança e coping	PAE	E1: “às vezes até já pareço Enfermeira”
		E1: “eu faço o que ela precisa, sei bem o que fazer”
		E5: “prefiro fazer tudo sozinha”
		E1: “como pode ver ela está muito bem tratadinha (...) ponho-lhe creme todos os dias”
		E2: “sempre dei um jeito, (...) sempre me desenrasquei”
		E3: “já estou habituada a fazer tudo”
	Força de vontade (volição) para cuidar	E2: “está tudo controlado”
		E1: “tem que ser, e o que tem que ser, tem muita força...mas às vezes tenho muito medo do que está para vir”
		E2: “faço porque quero e gosto muito de cuidar da minha mãe”
		E2: “sou eu que quero ajudá-la (...) não trocava estes momentos com ela, por nada”
Estar situado (aceitação do estado de saúde)	Conhecimento/Adoção de estratégias	E5: “trato muito bem dela, se calhar melhor do que no hospital”
		E1: “sei o que tenho de fazer, e às vezes adapto as coisas”

A Teoria das Transições num dos seus domínios alude aos padrões de resposta (quadros 7 e 8), que podem apresentar-se sob a forma de indicadores de processo ou de resultado (Meleis *et al.*, 2010).

Na caracterização destes padrões, importa realçar o facto de que, numa transição saudável, os sentimentos iniciais de stresse são substituídos por sensações de bem-estar e domínio das novas competências para lidar com a nova condição. A pessoa sente-se confortável no exercício do novo papel, adquirindo *mestria*, através da transformação pessoal e integração fluida da identidade (Meleis, 2010; Meleis *et al.*, 2000).

Os padrões de resposta, especialmente os indicadores de processo (quadro 7), ajudam a monitorizar o progresso da transição, quer em direção à saúde, quer em direção ao risco ou vulnerabilidade, possibilitando uma intervenção precoce que facilite resultados saudáveis. Estes indicadores permitem determinar o impacto da adaptação na consciencialização – ao localizar-se e estar situado –, no envolvimento – ao sentir-se ligado e interagir –, bem como no desenvolvimento da confiança e estratégias de *coping* (Meleis, 2010).

A PAE, a volição e o conhecimento são determinantes nesta experiência do MFPC.

**Quadro 8.** Categorias, subcategorias e unidades de registo: (Domínio- Padrões de resposta: indicadores de resultado)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<b>Padrões de resposta: indicadores de resultado</b>		
Mestria e Integridade fluída	Vigiar a condição de saúde da PD	E1: “ela tem noites inteirinhas, que não prega olho”
		E5: “ela come bem, e às vezes até comia mais um pouco se lhe desse”
		E2: “os diabetes tem estado bem, e as tensões também”
		E5 “não tem chaga nenhuma no corpo”
	Interpretar alterações na condição de saúde da PD e capacidade para tomar decisões	E1: “quando a urina fica a cheirar mais mal, já sei que tenho que lhe dar mais água e chá”
		E1: “às vezes fica mais vermelha para o lado que está virada (...), e vou mudando de posição de 3 em 3 horas, e ponho as almofadas”
		E5: “quando durante o dia fica mais agitada, ligo o rádio que ela gosta (...) e ela acalma mais um bocado”
		E2: “está a ficar mais pesada e é de passar mais tempo quieta”
		E5: “quando a pele fica mais seca, ponho logo muito creme e massajo”
		E1: “às vezes não obra e tenho que tirar à mão”
	Prestação de cuidados adequados	E4: “dou-lhe a medicação sempre a horas, até coloco o despertador para não atrasar de manhã”
		E5: “sei que dar-lhe de comer várias vezes ao dia em pequenas quantidades, é melhor para ela”
		E2: “ligo a televisão para ela ver e falo muito com ela, para estimulá-la”
		E1: “à noite faço-lhe uma massagem com creme nas costas para ela relaxar...mas às vezes parece que a força falta”
		E5: “eu estimo-a muito (...) toda a gente sabe”
	Acessibilidade a recursos e equipamentos	E4: “de noite o meu marido fica com os pés da cama mais para cima, para não lhe incharem os pés”
		E4: “chamamos os bombeiros e o INEM veio logo”
		E6: “quando está a ficar pior, chamo a Médica cá a casa”
		E2: “se estiver aflita chamo a minha irmã que vive aqui ao lado para me ajudar”
		E1: “Comprámos-lhe esta cadeira de rodas nova, foi cara mas é muito mais fácil de manobrar”
		E1: “a cama dela tem um colchão novo contra as feridas, e comprei-lhe também duas proteções para os calcanhares, que lhe ponho à noite (...)”
		E6: “vou tendo ajuda para comprar as fraldas (...) ultimamente compro aquelas cuecas novas que se adaptam melhor”
		E2: “ponho-lhe um resguardo por baixo, para o caso de urinar mais, não molhar a cama e ficar toda encharcada”
	Negociação com serviços de saúde	E5: “...a Santa Casa da Misericórdia no início emprestou-me uma cama articulada”
E1: “commino com as Enfermeiras do centro de saúde, e vêm a casa dar-lhe a vacina da gripe”		
E2: “(...) chamo o Médico do centro de saúde, e ao fim de semana o Médico particular”		
E5: “a Médica passa-me as receitas da medicação quando eu peço”		
E1: “quando está pior, ligo para a Médica e falo diretamente com ela (...) ela já nos conhece”		
E2: “quando preciso, ligo para o meu Médico e ele vem vê-la a casa (...) e a senhora que tira sangue da clínica, vem cá a casa tirar-lhe as análises”		

Apesar das diferenças individuais, os estudos têm vindo a demonstrar que os clientes a vivenciarem uma transição apresentam respostas semelhantes ao longo da mesma, sendo por isso, possível falar em padrões de resposta. Os padrões de resposta às transições podem ser monitorizados através de indicadores capazes de traduzir, entre outros, o nível de conhecimentos

e o nível de desempenho necessários para fazer face às novas situações e contextos e ao impacto do evento na saúde (Meleis, 2010).

Os resultados da monitorização dão indicações sobre a evolução da transição. A transição saudável é caracterizada pela existência de mestria nos comportamentos e nos sentimentos ligados ao novo papel e identidade (quadro 8).

A mestria refere o domínio de novas competências para lidar com a nova condição adequadamente. O bem-estar emocional, as relações interpessoais e a mestria têm sido considerados indicadores de sucesso da transição (Meleis, 2010).

Como os indicadores correspondem a parâmetros que mensuram a diferença entre a situação que se espera atingir e a situação atual, considera-se que os indicadores de resultado permitem duas situações: por um lado, facilitam a identificação do final da transição e, por outro, possibilitam a avaliação da evolução do desenvolvimento de competências, comparando com os resultados finais determinados.

Meleis e colaboradores (2000) apresentam dois indicadores de resultado: a mestria e uma nova identidade (identidade fluída). De facto, importa desenvolver competências para gerir a nova condição e desenvolver novos padrões de pensar e agir face à situação atual.

A mestria possui como componentes: a competência associada ao conhecimento ou habilidade cognitiva, a iniciativa, a destreza psicomotora, a autoconfiança, e a capacidade para tomar decisões e empreender ações, implicando, nesta conjectura, um desempenho de papel com satisfação e perícia.

O desempenho com perícia de uma determinada habilidade leva tempo. Por isso, é esperado que não se evidencie nas fases iniciais da transição. Todavia, com o passar do tempo, a mestria pode indiciar uma crescente estabilidade.

No estudo desenvolvido por Schumacher e Meleis (1994) foram identificados como indicadores de mestria do MFPC, o verbalizar a capacidade para tomar decisões face à nova condição, o possuir as competências necessárias para prestar cuidados a outros, o monitorizar e interpretar sintomas, o providenciar cuidados e o aceder a recursos.

**Quadro 9.** Categorias, subcategorias e unidades de registo: (Domínio- Condições facilitadoras e inibidoras da transição)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<b>Condições facilitadoras e inibidoras da transição</b>		
Pessoais	Características e disposições afetivas do PC	<b>E3:</b> “No início não percebia nada disto... mas como sou muito curiosa e gosto de saber tudo...”
		<b>E2:</b> “não me canso facilmente, ainda tenho muita genica”
		<b>E1:</b> “não descanso, enquanto não resolver o problema”
		<b>E4:</b> “tenho mais calma do que alguns Médicos e Enfermeiros”
		<b>E2:</b> “vou ao pormenor, pois eu gosto muito dela”
	Idade	<b>E1:</b> “estou a ficar velhota e isso preocupa-me muito”
		<b>E1:</b> “ aos 75 anos, já vii (...) que não tenho a mesma força”

	Capacidade cognitiva	E6: "eu com 81 e ele com 82, que rico par de jarras"
		E5: "fiz 75 anos há pouco e a minha mãe já tem 95 anos"
		E6: "agora...somos velhos a cuidar de velhotes"
		E1: "a minha cabeça já não é o que era"
		E6: "agora esqueço-me também mais das coisas"
		E4: "dói-me a cabeça muitas vezes, e não consigo pensar"
	Capacidade motora	E2: "tenho de pensar em muita coisa ao mesmo tempo"
		E1: "já não tenho a força e a genica de outros tempos"
		E5: "quanto mais ando, parece que fico pior"
		E5: "para posicioná-la vejo-me à rasca (...), não tenho a mesma força"
Significados	Sentido de dever moral/social	E2: "as minhas costas estão do piorio (...) desde que comecei a tratar dela estou muito pior"
		E1: "costumam doer-me os ombros e às vezes adormecem-me as mãos de a puxar para cima e de a levantar"
		E5: "se fosse eu, também gostava que tratassem de mim (...) quando for eu vamos ver"
		E6: "se não fosse eu, o que é que havia de ser?"
		E5: "as pessoas falam muito, mas o que havia de fazer (...) abandonar a minha mãe?"
	Sentido de pertença familiar	E5: "somos só as duas, temo-nos uma à outra"
		E4: "ele é meu marido, e eu é que tenho o dever de cuidar dele"
		E5: "a família é para isso que serve, temos que ajudar"
		E5: "eu gosto de cuidar da minha mãezinha, foi e é das pessoas mais importantes da minha vida"
		E4: "é muito triste vê-lo assim, um homem tão trabalhador e cheio de vida"
Crenças religiosas e culturais	Ajuda/vontade divinas	E3: "às vezes é muito complicado, a fazer a lide da casa e a olhar por ele, mas tem que ser, é o meu filho"
		E2: "amo a minha mãe, e tenho que ser eu a cuidar dela (...) coitada"
		E1: "Deus tem-me ajudado a olhar por ela"
		E4: "só peço a Deus que me dê saúde para continuar a cuidar dele e mais alguns anos de vida"
		E4: "é a vontade Dele (...) Ele assim quis"
		E5: "estou sempre a ver quando acontece o pior, mas graças a Deus tem corrido bem"
		E1: "Só peço a Deus que me dê coragem e saúde para continuar"
Status socioeconómico	Profissão/ Fonte de rendimentos	E4: "Deus permita que ele vá à minha frente..."
		E4: "estou reformada há muito tempo (...) "
		E2: "sou doméstica e dou uns dias na casa de uma senhora, mas agora menos vezes"
		E6: "estamos os dois reformados, e é o dinheiro que temos, são reformas pequeninas, por causa dos descontos que fizemos."
		E3: "estou desempregada e o meu filho também"
		E5: "estou reformada, e a minha mãe também (...) e ela tem um dinheirito no banco que o meu falecido pai juntou"
		E1: "tenho uma ajuda do estado (...) um subsídio pequenino dela"
		E2: "eu fui sempre doméstica e a minha mãezinha tem uma reforma que mal dá para comer"
		E2: "se não fosse ela poupar algum dinheirito da lavoura, agora estávamos bem arrançados"
Preparação e conhecimento	Falta de conhecimento sobre os cuidados a prestar à PD	E3: "nunca ninguém me explicou como se fazia"
		E2: "a gente nunca sabe tudo"
		E4: "a Enfermeira que veio cá a casa na primeira vez, entrou muda e saiu calada"
	Impreparação do MFPC no regresso a casa da PD	E3: "muitas das vezes não sei o que fazer (...) "
		E4: "quando teve o problema e veio para casa, avisaram-me ao fim da manhã para o ir buscar, que tinha alta"
		E3: "ninguém fala nada, lá no hospital"

		<b>E4:</b> “ no hospital, é toda a gente a correr (...) queremos falar com alguém para perguntarmos qualquer coisa, e ninguém tem tempo (...) está tudo muito ocupado”
		<b>E3:</b> “só soube que vinha embora no próprio dia, e não estava ainda preparada para o receber”
		<b>E4:</b> “no início fiquei em pânico, era muita coisa para fazer de novo”
	Experiências anteriores de cuidar	<b>E5:</b> “como já tinha sido eu a cuidar do meu pai, foi fácil”
		<b>E3:</b> “cuidei dele quando era mais pequeno, e agora que está maior continuo a cuidar”
		<b>E2:</b> “no hospital, ajudei muitas vezes outros doentes”
		<b>E4:</b> “ajudei a minha mãe a cuidar do meu falecido pai (...) estive 10 anos entrevado”
		<b>E6:</b> “já cuidei dos meus pais, agora cuido dele”
	Prestação de cuidados por imitação	<b>E2:</b> “quando não sei, vejo os Enfermeiros e faço igual”
		<b>E2:</b> “tenho uma vizinha que faz assim ao pai (...) e ela percebe muito disto...ele está acamado há uns anos”
		<b>E1:</b> “a Enfermeira que veio aqui fez assim (transferência para a cadeira de rodas)”
		<b>E3:</b> “vou tentando fazer igual ao que me disseram no hospital”
	Aprendizagem por “tentativa-erro”	<b>E1:</b> “À medida que o tempo passa, vamos tentando fazer e aprendemos com a experiência...e com o que vemos fazer.”
		<b>E5:</b> “quando está muito à rasca, vou experimentando até conseguir”
		<b>E1:</b> “sabe que mais, a gente vai-se desenrascando à nossa maneira”
<b>E5:</b> “há uns anos atrás ficava cheia de medo, agora vou fazendo e vendo”		
<b>E3:</b> “há quem diga que a dificuldade aguça o engenho”		
<b>E4:</b> “às vezes quem não tem cão caça com gato (...) é mesmo assim”		

Para compreender as experiências ao longo da transição é necessário conhecer as condições pessoais, da comunidade e da sociedade (quadro 9), uma vez que estas podem constituir-se como fatores facilitadores ou inibidores da transição, exercendo uma enorme influência no decorrer da mesma.

Meleis e colaboradoras (2000) destacam como condições pessoais: os significados, as crenças e atitudes, o estatuto socioeconómico, bem como o nível de preparação e conhecimento.

De acordo com os défices detetados na população, cada comunidade tende a organizar-se para suprir tais necessidades. Assim, quanto melhor organizados, preparados e acessíveis forem os recursos disponíveis, maior a probabilidade de ocorrer uma transição saudável.

Podem ser ponderados fatores facilitadores da transição o suporte familiar, a informação relevante disponível em fontes credíveis, o aconselhamento sobre as diferentes possibilidades e o suporte na tomada de decisão, o encaminhamento para os recursos disponíveis e a resposta apropriada às dúvidas e às necessidades efetivas. Por seu turno, o suporte insuficiente ou inadequado, o aconselhamento desajustado, a informação insuficiente ou contraditória pode arrogar-se como fatores inibidores (Meleis, 2010).

Ainda em relação às condições pessoais, as características e disposições afetivas do MFPC, a sua idade e as respetivas capacidades (cognitiva e motora) podem ser determinantes na vivência da transição.

No que concerne aos significados, os MFPC atribuem uma significação ao processo de tomar conta da PD, que pode ser diferente e que pode estar associada ao sentido de dever moral/social ou ao sentido de pertença familiar.

As crenças culturais, religiosas e as atitudes influenciam sobremaneira a experiência da transição. No tocante às crenças religiosas e sendo Portugal um país com uma identidade religiosa marcante, em que quase 80 % se declara católica, os MFPC encaram maioritariamente de forma positiva a sua experiência, pela intervenção divina (o que se veio a assinalar no estudo 2).

O estatuto socioeconómico constitui também um fator que pode condicionar o decurso da transição. Esta condição refere a posição, ou ordem, relativa de um indivíduo numa hierarquia baseada em atributos sociais e económicos, que se exprimem no acesso diferencial a recursos e a comodidades valorizadas. São três os indicadores do estatuto socioeconómico tradicionalmente mais valorizáveis - o nível dos rendimentos, a ocupação profissional e o grau de instrução.

A preparação e o conhecimento do MFPC conduzem ao desenvolvimento de competências que se traduzem no processo do cuidar. A preparação antecipada para lidar com a nova situação parece constituir um fator facilitador e, pelo contrário, a falta de preparação (impreparação) parece constituir um fator inibidor da transição. Assim, conhecer antecipadamente o que é esperado durante a transição e as estratégias necessárias para lidar com as mudanças e as suas consequências é potenciador de uma transição saudável.

As experiências passadas são outras das condições preponderantes no desfecho, sendo que o conhecimento ajuda na construção dos significados. Por isso, o processo de aprendizagem é parte relevante da transição.

O exercício do papel do MFPC compreende assim não só uma ampla atribuição de funções, mas também uma imensa complexidade no processo subjacente.

#### 3.7.4. Síntese

Após a análise de conteúdo espelhada respetivamente nos quadros (5, 6, 7, 8 e 9) acima plasmados e garimpadas as unidades de registo obtidas, podemos viabilizar a identificação designadamente da natureza, de condições facilitadoras e inibidoras, de competências relativas ao exercício do papel do MFPC, bem como das terapêuticas de Enfermagem que urgem sistematizar e implementar.

Das principais conclusões destacamos:

- Os participantes selecionados relatam que a integração de uma pessoa dependente na família, após um evento gerador de dependência, influencia sobremaneira todo o contexto e processo familiares, desorganizando-os em profundidade e alterando completamente as suas dinâmicas.

Um elevado número de autores afirma perentoriamente que a integração em meio familiar, de uma pessoa após experimentar um evento gerador de dependência, é considerado o cenário ideal para a reconstrução da autonomia da mesma, mas acarreta um conjunto de profundas mudanças no seio do agregado familiar (Lage, 2005; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007; Campos, 2008; Andrade, 2009; Campos, 2010; Araújo, 2010; Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Silva, 2011; Brito, 2012; Fernandes, 2012; Leão, 2012; Queirós, 2012; Costa, 2013; Gonçalves, 2013, Rocha, 2015; Lourenço, 2015, Plöthner, 2019; Silva, 2019; Dixe, 2020; Faria e colaboradores, 2020; Minayo, 2021).

*E1: "o meu dia acaba logo pela manhã (...) quando acordo"*

*E2: "nunca pensei que a minha vida ficasse algum dia, como está agora"*

*E2: "dizem que a vida são dois dias, e eu nunca pensei passar por isto"*

*E2: "a minha vida nunca mais foi a mesma"*

*E3: "a vida muda num instantinho"*

*E4: "tudo mudou, as minhas prioridades são outras"*

*E5: "é muito trabalho só para mim...muitas vezes parece que não chego para as encomendas"*

*E5: "se ela piorar, então é que vai ser"*

*E6: "costumava ser ele a tratar dos assuntos dos bancos e das contas, (...) agora é tudo para mim (...), fica tudo nas minhas costas"*

- No início do processo de transição para assunção do papel de prestador de cuidados, a maioria dos MFPC referem que, desconheciam as implicações que esse exercício impactaria nas suas vidas.

Este dado vai de encontro à evidência que tem vindo a ser produzida, em que os familiares cuidadores verbalizam o desconhecimento da grandeza de exigência deste processo (Figueiredo, 2007; Louro, 2009; Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012; Queirós, 2012; Brito, 2012; Costa, 2013; Gonçalves, 2013, Rocha, 2015, Dixe, 2019).

*E3: "No início não percebia nada disto... mas como sou muito curiosa e gosto de saber tudo..."*

*E4: "no início fiquei em pânico, era muita coisa para fazer de novo"*

- Os cuidados prestados pelos MFPC à pessoa dependente consomem períodos de tempo consideráveis dos seus quotidianos, chegando mesmo a verbalizarem que mesmo não estando diretamente na prestação direta dos cuidados, sentiam-se continuamente preocupados com a situação de dependência e com a condição de saúde do familiar. Esta situação também se encontra descrita em vários estudos sobre esta temática (Louro, 2009; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012; Leão, 2012; Costa, 2013; Rocha, 2015, Lourenço, 2015, Dixe, 2020; Faria e colaboradores, 2020; Minayo, 2021).

*E2: “não tenho liberdade nenhuma neste momento (...) antes fazia o que queria e às horas que me apetecia”*

*E1: “muitas vezes não sabia o que fazer, sentava-me e só chorava”*

*E1: “como é muita coisa para pensar e fazer, preocupa-me que possa falhar alguma coisa”*

*E2: “no início foi muito complicado (...), nem dormia de noite, sempre a espreitá-la, a ver se estava bem”*

*E2: “Fico aflita só de pensar que pode acontecer alguma coisa”*

*E2: “não tenho liberdade nenhuma neste momento (...) antes fazia o que queria e às horas que me apetecia”*

*E3: “quando tenho que sair de casa para fazer algum recado rápido, o meu coração parece que para, até eu chegar”*

- O tempo despendido pelos MFPC no cuidado ao dependente familiar, amputa consideravelmente, o tempo que têm disponíveis para as suas próprias AVD'S e mesmo para as suas restantes relações pessoais, familiares, profissionais e sociais, exigindo uma adaptação e reestruturação da sua própria identidade, para o exercício do novo papel. Segundo Meleis & Trangenstein (1994) e Shumacher e colaboradores (2000), a assunção do novo papel poderá provocar no cuidador a necessidade de desenvolver novas habilidades, novos papéis, novas relações e novas estratégias de *coping*. A transição para o papel de prestador de cuidados acarreta mudanças e implica adaptação pessoal, relacional, situacional, social, ou alteração do ambiente e necessita de tempo.

*E2: “isto não é nada fácil, com os meus afazeres todos”*

*E2: “precisava de ir tratar de uns papéis e renovar o cartão de cidadão e nem vagar para isso tenho”*

*E3: “acredita, que já não vou à cabeleireira cortar o cabelo há que tempos”*

*E5: “é muito trabalho só para mim...muitas vezes parece que não chego para as encomendas”*

- Os MFPC apontam na sua totalidade, o facto da concretização das diversas atividades de autocuidado levadas a cabo para assistirem/substituírem a pessoa dependente, serem extramente exigentes do ponto de vista físico e psicológico.

Estes aspetos são dos mais ventilados nos diversos estudos, pois são de facto os mais facilmente percecionáveis pelos cuidadores (Figueiredo, 2007; Louro, 2009; Araújo, 2010; Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012; Leão, 2012; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015; Lourenço, 2015; Plöthner, 2019; Silva, 2019; Dixe, 2020; Faria e colaboradores, 2020; Dadalto, 2021; Minayo, 2021).

*E1: “ando derreada das minhas costinhas, está cada vez mais parada e mais pesada”*

*E1: “às vezes só choro...”*

*E2: “houve um tempo que andava muito nervosa e irritada (...) chorava por tudo e por nada (...) ninguém podia falar comigo”*

*E3: “algumas noites não consigo dormir nada”*

*E5: “sinto-me presa, e às vezes vou a baixo”*

*E5: “ultimamente parece que cada vez fico mais cansada a dar-lhe o banho”*

*E6: “o meu corpo já não é o que era, parece que a energia se está a esgotar”*

*E6: “não tenho descansado, e sinto a minha cabeça pesada, parece que às vezes pesa 100 quilos”*

- Uma grande parte dos MFPC referem que o tomar conta da pessoa dependente, teve um impacto marcado nas condições económicas da família e na performance do seu exercício profissional.

Estes resultados encontram-se descritos transversalmente nos trabalhos que abordam esta temática (Abreu, 2007; Petronilho, 2010; Queirós, 2012; Fernandes, 2012; Leão, 2012; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015; Lourenço, 2015; Dixe, 2020).

*E2: “sou doméstica e dou uns dias na casa de uma senhora, mas agora menos vezes”*

*E2: “eu fui sempre doméstica e a minha mãezinha tem uma reforma que mal dá para comer”*

*E2: “se não fosse ela poupar algum dinheirito da lavoura, agora estávamos bem arrançados”*

*E3: “estou desempregada e o meu filho também”*

*E6: “estamos os dois reformados, e é o dinheiro que temos, são reformas pequeninas, por causa dos descontos que fizemos.”*

- Alguns dos cuidadores familiares que integram a amostra de conveniência advogam que com o acumular de “experiências” no cuidar da pessoa dependente, sentem-se mais capazes para o exercício, adaptando-se mais rapidamente às novas situações que surgem diariamente, decorrentes de novas necessidades em saúde.

Meleis e colaboradores (2010), apontam que a mestria no cuidado aumenta com o tempo e no confronto com situações novas e por vezes inesperadas. Schumacher e colaboradores (2000), corroboram também este resultado.

*E1: "quando a urina fica a cheirar mais mal, já sei que tenho que lhe dar mais água e chá"*

*E1: "às vezes fica mais vermelha para o lado que está virada (...), e vou mudando de posição de 3 em 3 horas, e ponho as almofadas"*

*E1: "À medida que o tempo passa, vamos tentando fazer e aprendemos com a experiência...e com o que vemos fazer."*

*E1: "às vezes não obra e tenho que tirar à mão"*

*E1: "sei o que tenho de fazer, e às vezes adapto as coisas"*

*E5: "quando a pele fica mais seca, ponho logo muito creme e massajo"*

*E5: "trato muito bem dela, se calhar melhor do que no hospital"*

- Um número reduzido de MFPC recebe informação/instrução inicial (Dixe, 2020); a sua maioria sente-se impreparado para o exercício do papel e aprende por observação normalmente passiva, imitação ou por "tentativa erro".

Segundo o Relatório de Primavera 2015,

a insuficiente assistência profissional proporcionada aos doentes e aos familiares cuidadores...tem implicações no agravamento da condição de saúde de ambos. (...) No familiar cuidador, entre outras consequências nefastas sobre a saúde e a qualidade de vida, releva a perceção de stresse associado ao exercício específico do papel de prestador de cuidados de saúde aprendido "por tentativa e erro", a partir da sua própria experiência de vida (OPSS, 2015; p. 93).

*E1: "sabe que mais, a gente vai-se desenrascando à nossa maneira"*

*E2: "quando não sei, vejo os Enfermeiros e faço igual"*

*E2: "sempre dei um jeito, (...) sempre me desenrasquei"*

*E2: "tenho uma vizinha que faz assim ao pai (...) e ela percebe muito disto...ele está acamado há uns anos"*

*E3: "nunca ninguém me explicou como se fazia"*

*E3: "ninguém fala nada, lá no hospital"*

*E3: "só soube que vinha embora no próprio dia, e não estava ainda preparada para o receber"*

*E3: "vou tentando fazer igual ao que me disseram no hospital"*

*E3: "há quem diga que a dificuldade aguça o engenho"*

*E4: "quando teve o problema e veio para casa, avisaram-me ao fim da manhã para o ir buscar, que tinha alta"*

*E4: "às vezes quem não tem cão caça com gato (...) é mesmo assim"*

*E5: "quando está muito à rasca, vou experimentando até conseguir"*

*E5: "há uns anos atrás ficava cheia de medo, agora vou fazendo e vendo"*

- A maioria dos MFPC encontra-se manifestamente insatisfeita com a informação e preparação recebida a nível hospitalar/cuidados de saúde primários relativamente aos cuidados a prestar ao seu familiar dependente (Dixe, 2019; Minayo, 2021).

O Relatório de Primavera 2015, apresenta concretamente alguns argumentos, no tocante à falta de “preparação/assistência” aos MFPC. Refere que “...se um hospital que referencie um doente para a rede tiver a cama ocupada com esse doente vários dias até ser identificada a vaga, “talvez” tenda a “empurrar” o doente para o domicílio – na maioria dos casos, sem a assistência de que necessita” (OPSS, 2015; p.94).

*E4: “no hospital, é toda a gente a correr (...) queremos falar com alguém para perguntarmos qualquer coisa, e ninguém tem tempo (...) está tudo muito ocupado”*

*E4: “a Enfermeira que veio cá a casa na primeira vez, entrou muda e saiu calada”*

- A capacidade do MFPC para o exercício do papel excecionalmente é avaliada e a preparação do regresso a casa, após um evento gerador de dependência encontra-se pouco ou “nada” estruturada.

Torna-se imprescindível um planeamento profissionalizado que atenda à centralização das reais necessidades da pessoa dependente, mas não descurando o outro alvo de cuidados que é o cuidador familiar, por forma a facilitar a transição saúde/doença e a transição situacional, respetivamente.

Segundo Padilha (2006) e Petronilho (2007), a preparação do regresso a casa é entendida como um processo com início na admissão do doente no hospital, envolvendo os profissionais de saúde na identificação das necessidades de saúde e apoio social da PD/MFPC/família e, posteriormente, no planeamento e implementação de cuidados personalizados, com o objetivo de sistematizar e otimizar a continuidade dos mesmos cuidados no regresso da PD ao seu contexto familiar. Contudo, reconhecem que o processo nem sempre é conduzido da melhor forma e em tempo útil, associado muitas vezes à precocidade das altas hospitalares.

*E2: “a gente nunca sabe tudo”*

*E3: “nunca ninguém me explicou como se fazia”*

*E3: “muitas das vezes não sei o que fazer (...)”*

- Não incluir o MFPC na preparação do regresso a casa promove a experiência por parte deste, de sentimentos de descontentamento, frustração, ansiedade, depressão e aumenta substantivamente o risco de complicações pós-alta e readmissões designadamente com recurso ao SU.

A prestação de cuidados de Enfermagem sistemáticos e sistematizados, o mesmo será dizer- profissionalização dos cuidados, tem segundo Petronilho (2007), sido associada a

resultados efetivos, designadamente no que se reporta à satisfação e capacitação dos dependentes e dos seus cuidadores familiares. Esta intervenção sustentada no tempo, repercute-se em menos complicações após a alta hospitalar com implicações na qualidade de vida das famílias, e não menos importante, no contributo positivo para a sustentabilidade do sistema de saúde pela via da diminuição do número de readmissões hospitalares, da diminuição do tempo do episódio de internamento e da diminuição de recurso aos serviços de urgência por agudizações do quadro clínico (Shyu, 2000; Padilha, 2006; Petronilho, 2013; Dixe, 2020).

*E2: “nessa vez que o açúcar baixou, queria que visse a aflição que foi”*

*E4: “quando teve a recaída, tudo começou a agravar”*

- A adoção do papel baseada numa escolha informada e numa vontade genuína, prediz o sucesso no desempenho do mesmo e níveis inferiores de stresse e tensão. Este resultado está amplamente estudado e divulgado pela comunidade científica (Imagínario, 2004; Fernandes, 2012; Leão, 2012; Queirós, 2012; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015; Abreu, 2016, Dixe, 2020).

*E1: “o saber não ocupa lugar (...) tem-se que aprender para poder fazer bem”*

*E2: “aprendi a pôr a fraldinha... vira-se para um lado, mete-se por trás e depois para o outro e depois ajesta-se (...) e já está”*

*E2: “gosto de aprender tudo, para não fazer asneiras”*

*E3: “para mim era importante estar no momento do banho para aprender como se faz”*

*E3: “aprendi a fazer as massagens no braço doentinho, com a Enfermeira que ia ao serviço fazer reabilitação”*

*E3: “para mim era importante estar no momento do banho para aprender como se faz”*

*E3: “quando não sabia como tinha de fazer, perguntava aos Enfermeiros”*

- Os MFPC precisam de se sentir competentes e com uma PAE elevada para, prestar cuidados com qualidade e segurança, promover a recuperação e/ou prevenir o agravamento da condição de saúde da pessoa dependente (Abreu, 2007; Petronilho, 2010; Sequeira, 2010; Queirós, 2012; Fernandes, 2012; Leão, 2012; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015, Abreu, 2016).

*E1: “às vezes até já pareço Enfermeira”*

*E1: “eu faço o que ela precisa, sei bem o que fazer”*

*E1: “como pode ver ela está muito bem tratadinha (...) ponho-lhe creme todos os dias”*

*E2: “está tudo controlado”*

*E3: "já estou habituada a fazer tudo"*

*E5: "prefiro fazer tudo sozinha"*

- Os cuidados de Enfermagem de proximidade podem contribuir para envolver o MFPC nos cuidados, facilitando a aquisição das competências necessárias, para tomar conta da PD e reduzir significativamente os episódios de recurso ao SU e eventuais internamentos hospitalares (Ribeiro, 2011; Leão, 2012; Petronilho, 2012; Dixe, 2020). A maioria dos modelos de suporte vigentes, apresenta falhas e, a legislação criada em torno destas problemáticas tem sido pouco compreensiva, continuando a responsabilizar a família pelos parentes longevos, que progressivamente vão perdendo autonomia (Leão, 2012; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015; Dixe, 2020; Minaya, 2021).

Segundo o OPSS,

sem um acompanhamento de proximidade, estas pessoas – dependentes e familiares cuidadores – sentir-se-ão frequentemente inseguras face a quaisquer alterações na condição de saúde. A solução que encontram é, então, o recurso às urgências hospitalares (2015; p.94).

Ainda segundo o Relatório de Primavera 2015, "tudo indica que as ECCL constituem a resposta que, indiscutivelmente, corresponde ao desejo de "assistência no seu domicílio" por parte de um número significativo de cidadãos" (OPSS, 2015, p.96).

*E1: "a Enfermeira que veio aqui fez assim (transferência para a cadeira de rodas)"*

- Os MFPC que assumiram essas responsabilidades há mais tempo, sentem-se normalmente mais confiantes e confortáveis, expressando, no entanto, o desejo de reconhecimento e compreensão, face ao esforço físico e emocional que acarreta a assunção do papel.

Segundo Brito (2012), os familiares cuidadores mais experientes (por exemplo, em resultado de experiências positivas anteriores semelhantes com outros familiares) ou que tenham um sentido, às vezes quase intuitivo, para estimularem o familiar dependente a satisfazer as respetivas necessidades de autocuidado, estarão não só melhor preparados e mais motivados, como mais perto de fazerem bem. Segundo a mesma autora, já os familiares cuidadores sem experiência ou mais paternalistas tendem a (com a intenção de

proteger o familiar dependente) substituí-lo, dificultando o envolvimento, logo a reconstrução da autonomia.

*E1: "já cuido desta menina há 49 anos (...) é uma vida"*

*E2: "cuido da minha mãe, faz em janeiro 8 anos"*

*E3: "o meu filho está nesta situação há quase um ano, e fui eu desde o início a cuidar dele"*

*E4: "o meu marido ficou mesmo doente há 4 anos"*

*E5: "(...) 11 anos é muito tempo"*

*E6: "cuido do meu marido já vai para lá de 2 anos"*

- Os MFPC que tomam conta da pessoa dependente, fazem-no maioritariamente por duas ordens de razões: pelas relações prévias que mantinham com a pessoa (laços afetivos ou sentido de pertença familiar), ou por sentido de dever moral/social.

Estas razões estão também amplamente escrutinadas na literatura (Abreu, 2008; Petronilho, 2010; Queirós, 2012; Fernandes, 2012; Leão, 2012; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015; Silva, 2019).

*E2: "amo a minha mãe, e tenho que ser eu a cuidar dela (...) coitada"*

*E3: "às vezes é muito complicado, a fazer a lide da casa e a olhar por ele, mas tem que ser, é o meu filho"*

*E4: "ele é meu marido, e eu é que tenho o dever de cuidar dele"*

*E5: "eu gosto de cuidar da minha mãezinha, foi e é das pessoas mais importantes da minha vida"*

*E5: "a família é para isso que serve, temos que ajudar"*

*E5: "se fosse eu, também gostava que tratassem de mim (...) quando for eu vamos ver"*

*E6: "se não fosse eu, o que é que havia de ser?"*

*E5: "as pessoas falam muito, mas o que havia de fazer (...) abandonar a minha mãe?"*

*E5: "somos só as duas, temo-nos uma à outra"*

- Os MFPC referem o Médico, como sendo o recurso profissional a que mais recorrem, seguido pelos Enfermeiros, mas com um valor mais reduzido.

Estes resultados também estão patenteados noutros estudos (Leonardo, 2011).

*E1: "quando está pior, ligo para a Médica e falo diretamente com ela (...) ela já nos conhece"*

*E2: "(...) chamo o Médico do centro de saúde, e ao fim de semana o Médico particular"*

*E2: "quando preciso, ligo para o meu Médico e ele vem vê-la a casa (...) e a senhora que tira sangue da clínica, vem cá a casa tirar-lhe as análises"*

*E5: "a Médica passa-me as receitas da medicação quando eu peço"*

*E1: "combino com as Enfermeiras do centro de saúde, e vêm a casa dar-lhe a vacina da gripe"*

- Os MFPC que professam algum tipo de credo religioso ou possuem alguma orientação espiritual, apontam esta condição como facilitadora, para o exercício do papel. A espiritualidade e a satisfação com a vida são apontadas na literatura, como fundamentais na forma como, o cuidador lida com os múltiplos desafios diários, influenciando diretamente na sua maneira de agir e pensar.

Existem múltiplos estudos que referem a influência da religiosidade e espiritualidade na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Estas questões estão normalmente associadas a redução dos sintomas de ansiedade em doentes e do nível de stresse e exaustão emocional nos respetivos cuidadores e profissionais da saúde, diminuição na intensidade do consumo de fármacos (ou outras substâncias aditivas) e nos sintomas de depressão (Vieira, 2004; Zimerman, 2005; Sequeira, 2010; Silva, 2019).

*E1: “Deus tem-me ajudado a olhar por ela”*

*E4: “só peço a Deus que me dê saúde para continuar a cuidar dele e mais alguns anos de vida”*

*E5: “estou sempre a ver quando acontece o pior, mas graças a Deus tem corrido bem”*

- Alguns dos entrevistados (MFPC) têm idades avançadas e tomam conta de pessoas dependentes, também elas idosas.

Situação descrita e trabalhada amplamente na evidência produzida em várias investigações nacionais (Imaginário, 2004; Paúl, 2005; Sousa, 2006; Figueiredo, 2007; Louro, 2009; Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012; Queirós, 2012; Brito, 2012; Gonçalves, 2013, Rocha, 2015; Lourenço, 2015; Faria e colaboradores, 2020; Dadalto, 2021; Minayo, 2021).

*E1: “estou a ficar velhota e isso preocupa-me muito”*

*E1: “a minha cabeça já não é o que era”*

*E1: “aos 75 anos, já vii (...) que não tenho a mesma força”*

*E5: “fiz 75 anos há pouco e a minha mãe já tem 95 anos”*

*E6: “eu com 81 e ele com 82, que rico par de jarras”*

*E6: “agora...somos velhos a cuidar de velhotes”*

- A mulher surge como figura central a assumir o papel de MFPC em contexto domiciliário, maioritariamente a coabitar com a pessoa dependente, casadas ou viúvas e geralmente reformadas ou domésticas.

Assim o perfil sociodemográfico dos prestadores de cuidados do presente estudo vai de encontro à literatura nacional e internacional, no que diz respeito às variáveis de género,

estado civil, profissão e coabitação. Como confirma a literatura, apesar de se observarem mudanças, o papel é assumido maioritariamente por mulheres, uma vez que cuidar é secularmente uma atribuição no feminino. A tarefa de cuidar é eminentemente feminina, invisível e não remunerada (Figueiredo, 2007; Lage, 2007; Sequeira, 2007; Pereira, 2008; Andrade, 2009; Araújo, 2010; Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012; Queirós, 2012; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015; Lourenço, 2015, Dadalto, 2021; Minayo, 2021).

*E1: “às vezes até já pareço Enfermeira”*

*E3: “já estou habituada a fazer tudo”*

*E4: “ele é meu marido, e eu é que tenho o dever de cuidar dele”*

*E5: “prefiro fazer tudo sozinha”*

- É fundamental desenvolver uma estrutura centrada na preparação do MFPC e com enfoque na informação sobre as necessidades vivenciadas ao longo da transição (Dixe, 2019). Sempre que possível a realizar-se no ambiente familiar conhecido, e orientado para as funções de suporte e restaurativa, para que sejam mitigados os níveis de stresse, que por sua vez conduzem a sentimentos de despersonalização, desrealização, sofrimento ético e à sobrecarga (*burnout*) no exercício do papel.

Segundo o OPSS,

com a assistência profissional adequada no contexto das ECCL, nenhum dos motivos é impeditivo de uma adequada assistência naquele contexto; aliás, pode até acontecer o contrário; por exemplo, reabilitar (*voltar* a habilitar após um evento gerador de dependência), ou desenvolver mestria em alguém para lidar com SNG/PEG ou com a gestão de um regime terapêutico ainda que complexo, serão mais efetivos se o processo decorrer no ambiente em que o doente vive e o familiar cuidador assiste a pessoa dependente (2015; p.96).

*E1: “às vezes pareço um caco, estou a ficar toda torta”*

*E1: “...desde que a minha filha ficou assim, nunca mais tive um pingão de alegria na vida”*

*E3: “com isto tudo, sinto que às vezes não dou uma para a caixa”*

*E4: “sinto-me sem capacidade, por vezes”*



## Capítulo IV

---

### CONCLUSÕES

*As famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado*

*As pessoas dependentes no autocuidado integradas na família*

*O cuidador familiar nas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado*

*A percepção de autoeficácia do MFPC*

*Equipamentos e recursos que se constituem como suporte no autocuidado*

*Os cuidados prestados à pessoa dependente pelo MFPC*

*A vivência do cuidador familiar nas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado*

*Limitações ...e demarcações*

*Implicação para a profissão, a disciplina e a investigação*

*Desafios ...*



## CONCLUSÕES

Quando Florence Nightingale publicou *Notes on Nursing*, em dezembro de 1859, conseguiu evidenciar “o que é e o que não é Enfermagem”, mostrando desde logo a possibilidade bem como a necessidade de uma preparação formal e sistemática para a aquisição de um conhecimento de natureza distinta daquele buscado pela Medicina, e cujos fundamentos consentiriam manter o organismo em condições de não adoecer ou de recuperar de doenças. A sua percepção da doença como um esforço da natureza para restaurar a saúde mostrou-se uma ideia fecunda, dando à Enfermagem uma dimensão original, pois visa favorecer esse processo reparativo. Mais ainda a acrescentar, a importância essencial por ela atribuída à capacidade da Enfermeira de observar com profundidade e descrever com propriedade, conferindo um novo carácter intelectual e científico à Enfermagem, palavra usada por ela “por falta de outra melhor”.

Florence traça ainda o perfil do que seria uma boa Enfermeira; haveria de ser capaz de se antecipar às necessidades do paciente, o que exige a compreensão profunda do Ser Humano doente.

Exercer a melhor prática de Enfermagem, sustentando-a com a melhor evidência disponível no momento, é assim o convite inquieto ao bom profissional. Nessa jornada, é imperativo lembrarmo-nos da grande contribuição de Florence Nightingale, não apenas por estabelecer as bases da Enfermagem como profissão, mas e também, reconhecendo-a como a pioneira na compilação, análise de dados e demonstração de resultados em saúde. O seu mais famoso gráfico, o *Diagram of the Causes of Mortality in the Army in the East*, evidenciou que, durante a guerra da Crimeia, mais vidas foram perdidas por doenças passíveis de prevenção do que por ferimentos resultantes de batalha. As suas questões sobre o sistema de saúde vigente, as suas contribuições às reformas da saúde pública e as suas publicações trazem à luz uma Enfermeira que, sem qualquer dúvida, sustentava a sua prática em evidências, muito embora este não fosse um termo patente na sua época.

“Baseado na evidência” é um dos conceitos mais usados e, talvez, o menos compreendido nos cuidados de saúde de hoje, significando baseada em informação científica de boa qualidade, sendo um movimento criado na década de noventa, derivado da epidemiologia clínica, com o objetivo de organizar as informações mais relevantes, buscando condutas em saúde mais eficientes: com melhor resposta ao paciente, mais seguras e com custo adequado às circunstâncias. No entanto termos como “prática baseada na evidência” estão a tornar-se cada vez mais generalizados e realçam que este é um conceito que deve aplicar-se de modo transversal a todos os que trabalham em cuidados de saúde. Os Enfermeiros são sem qualquer dúvida, o

maior grupo profissional que presta cuidados nesta área, e têm estado na vanguarda ao reconhecer a imperiosa necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática.

A realidade social com que se deparam os Enfermeiros é caracterizada por grande instabilidade e imprevisibilidade para a qual há que desenvolver competências que permitam uma tomada de decisão autónoma, reflexiva e baseada na mais atualizada evidência empírica. A Enfermagem tem vindo a afirmar-se como disciplina do conhecimento autónoma, com um campo de intervenção muito próprio, tomando por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (Silva, 2007). Por conseguinte os Enfermeiros procuram, “ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.8, 9).

Em suma, a Enfermagem toma como objeto de estudo, não a doença per si, mas a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo vital. Contudo, espera-se dos Enfermeiros um contributo no sentido do aumento do repertório de recursos internos das pessoas para lidarem com desafios que requerem adaptação. O não saber é assim condição primeira para iniciar o caminho. As formas que arranjam para saber aquilo que ainda não sabemos e queremos saber, chamamos neste domínio do conhecimento – Investigação em Enfermagem.

Compreender as respostas humanas, fundamentando os diagnósticos de Enfermagem na realidade contextual, de modo a favorecer as necessidades assistenciais dos doentes, de forma a planear melhores cuidados (com mais cuidado), tendo como pilar a investigação científica, é uma necessidade premente da disciplina de Enfermagem. Elencar domínios do conhecimento implica certamente a identificação de especificidades e de áreas do saber constituído. Para que a prática baseada na evidência ocorra, devem ser integrados e interligados os resultados de investigação, a singularidade de cada doente e a competência de cada profissional, como forma de melhorar os processos de tomada de decisão e obter ganhos significativos em saúde.

A corroborar estes pressupostos, temos os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, que revelam a necessidade imperiosa dos Enfermeiros tomarem decisões baseadas em resultados de investigação e na evidência empírica de topo disponível no momento, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

Face à panóplia de argumentos elencados, e atendendo que a Enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação, a dependência no

autocuidado merece particular atenção dos Enfermeiros, cujo mandato social é ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida. Cada vez mais é exigido que os Enfermeiros sejam capazes de nortear as suas práticas pelas necessidades efetivas dos clientes, tendo por base a avaliação das reais necessidades de cuidados, a que está inerente o conhecimento prévio da realidade.

Dado que em Portugal é escasso o conhecimento acerca da problemática que rodeia a situação dos dependentes integrados em famílias, este estudo é essencialmente de carácter descritivo e visa conhecer e caracterizar as pessoas dependentes no autocuidado integradas nas famílias clássicas, bem como os seus prestadores de cuidados e a comunidade onde se encontram inseridos, referentes a um concelho - Paços de Ferreira.

A família é a maior provedora de cuidados dos seus familiares com doença crónica e a sua atual missão é a de lidar com esta condição de fragilidade no seio do seu agregado. Advogamos ainda que a família, continua a ser a principal fonte de apoio aos idosos nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais. Os indivíduos que por um evento gerador de dependência foram forçados a viver uma transição relativamente ao AC podem vir a ser institucionalizados, mas uma parte considerável destes permanecem no seu domicílio. O cuidar de uma pessoa dependente no seio da família é, na realidade um processo complexo que se repercute na dinâmica de um sistema familiar, especialmente e, tal como referiu Petronilho (2007), quando na grande maioria das situações, as famílias não estão preparadas para dar resposta adequada às necessidades dos dependentes, verificando-se na sua maior parte um processo de transição com a necessidade de exercício de um novo papel.

De facto, e tal como aponta Faria e colaboradores (2020, p. 284), “as respostas sociais para as pessoas idosas em Portugal, não têm acompanhado as mudanças de estruturas sociais como a família, em diferentes domínios como a tipologia da mesma, dimensão, papéis sociais dos seus membros, relação com o mercado de trabalho ou características do espaço doméstico...”.

Ora, há manifestamente consequências desta impreparação que estão muito para além do incómodo e custos nas readmissões e nos internamentos sucessivos. Há consequências sobre a qualidade de vida dos dependentes e seus respetivos prestadores de cuidados, que a este estudo importam (Silva, 2007).

Ainda, segundo Petronilho,

foi verificado que, no domicílio, as dimensões de saúde no domínio do AC continuam a ser aquelas em que os doentes apresentam alterações mais significativas (...) deste modo, as áreas de potenciais complicações ou riscos mantêm-se como necessidades

prioritárias de intervenção, face à dependência do doente para auto-iniciar atividades básicas do dia-a-dia (2007, p. 128).

Na realidade, nos últimos anos, temos assistido a um crescente interesse da comunidade científica por esta problemática. Assumindo a centralidade da problemática do nosso estudo para a Enfermagem, filiamo-nos na perspectiva de Meleis e dos seus colaboradores (2000, p.26), quando apadrinham a necessidade do desenvolvimento de abordagens e estudos capazes de monitorizar e descrever, por exemplo, o nível de “...conhecimentos, capacidades e comportamentos necessários para gerir as novas situações...” como é o caso de tomar conta de um dependente.

Ajudar as famílias a integrar e a tomar conta de pessoas dependentes, para além de constituir uma tendência de futuro, é um fenómeno intrinsecamente associado ao core do exercício profissional dos Enfermeiros (Pereira, 2007; Silva, 2007). É necessário evoluir dos modelos mais tradicionais de exercício da profissão, centrado no hospital, para modelos mais centrados na ajuda profissional que os Enfermeiros possam proporcionar às pessoas e famílias (Petronilho, 2007).

Este conhecimento proporcionará uma abordagem mais aferida e sustentada da problemática, favorecendo no futuro, que gostaríamos que próximo, um novo leque de respostas como sendo a construção de modelos de intervenção individualizados.

O sentido de uma “Enfermagem Avançada” (Silva,2007), área onde se ancora esta investigação, firma-se no desenvolvimento de intervenções dirigidas para os aspetos de saúde tidos como altamente sensíveis ao processo de tomada de decisão dos Enfermeiros. Este caminho reivindica a incorporação nas práticas, da melhor evidência disponível, bem como abordagens multidimensionais, capazes de produzir os melhores resultados possíveis. Respondendo às reais necessidades das pessoas, apelando determinantemente a “cuidados de Enfermagem sistemáticos e sistematizados” (Silva, 2007).

Atualmente, a sociedade científica de Enfermagem discute amplamente quais devem ser os focos de atenção da disciplina. Este trabalho surge como uma oportunidade de excelência e um espaço único e singular, para aprofundar e escrutinar essa problemática.

Que a Enfermagem seja a inimiga número um de toda a complacência confortável e que insista na ideia de que uma prática não pensada, não refletida ou não examinada, não vale a pena ser enformada. Que não se furte à investigação, pois dela depende o paradigma da sua sustentabilidade.

Concluimos este documento com a consciência, no entanto, de que transmite conteúdos para o seu propósito de avaliação.

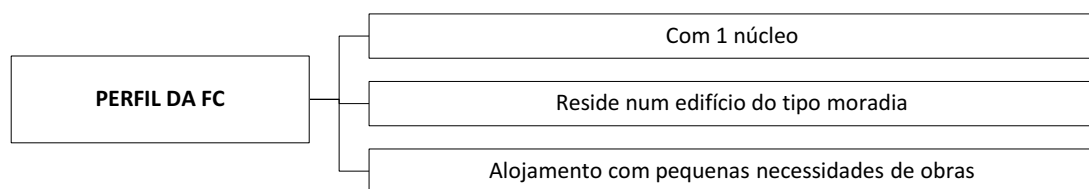
Já em mote de finalização, este é para nós, um trabalho com significados, um trabalho que nos faz sentido e por isso feliz, que cumpre, porque a área que acolhe é a dependência no autocuidado, tendo como atores principais, a pessoa dependente e a sua família (designadamente o cuidador familiar).

### ***As famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado***

Da leitura global dos resultados, sobressaem desde logo, diferentes aspetos, uns relacionados com as famílias, outros relacionados com as pessoas dependentes e por fim, outros inventariados com o perfil dos membros da família prestadores de cuidados.

Um valor percentual de 11,73 das famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira integrava pessoas dependentes no autocuidado.

**Figura 14.** Perfil da Família Clássica no Concelho de Paços de Ferreira



### ***As pessoas dependentes no autocuidado integradas na família***

As projeções oficiais existentes até ao momento anunciam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, com um crescente peso das populações seniores e uma redução do peso da população ativa. O duplo efeito verificado quer pela diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a transformar o perfil demográfico e epidemiológico da população portuguesa, cujo traço mais distinto é o gradual envelhecimento.

As pessoas dependentes no AC integradas nas FC são neste alinhamento, maioritariamente idosos, com maior preponderância do género feminino, predominantemente pensionistas/reformados, sendo a doença crónica e o envelhecimento as principais causas da condição de dependência. A instalação desta condição fez-se na sua grande maioria de um modo gradual.

No que concerne à dependência por domínio de autocuidado, os resultados demonstraram elevados graus de dependência, sendo que a maioria das pessoas dependentes precisava, no mínimo, de ajuda de pessoa, para a concretização das atividades de autocuidado. De relevar a

quase totalidade das pessoas que apresentaram dependência face ao autocuidado tomar medicação (92,4%).

Tendo em conta o perfil do MFPC, quer em termos etários, quer ao nível de escolaridade existente, bem como o facto de serem frequentes as situações de polimedicação, pode figurar-se um problema de gestão adequada do regime medicamentoso, que é preciso enquadrar nas políticas de saúde.

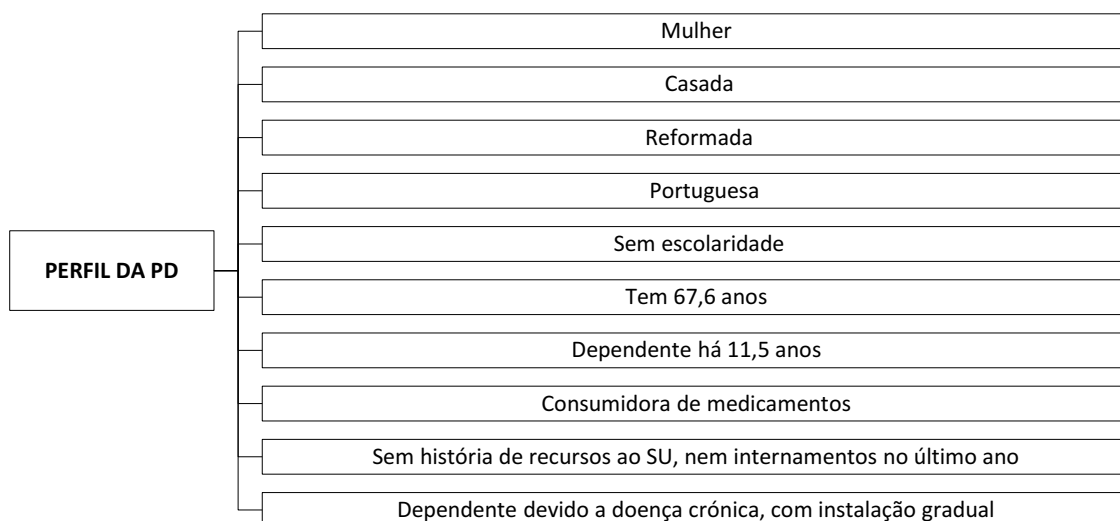
Os resultados que se reportam aos outros tipos de autocuidado evidenciam níveis de dependência percentualmente elevados no que concerne ao alimentar-se (83,8%), arranjar-se (83,0%), tomar banho (82,8%) e vestir-se e despir-se (81,7%). Pode inferir-se daqui um comprometimento das competências sensoriomotoras da pessoa dependente, ou então o padrão de substituição assumido pelo prestador de cuidados como uma forma de melhorar a gestão do tempo, o que a ser verdade, compromete a promoção da autonomia da pessoa dependente.

Por sua vez, e com base nos resultados obtidos relativamente aos autocuidados transferir-se, elevar-se e virar-se, depreende-se que cerca de 30 a 40% das pessoas dependentes de Paços de Ferreira, sem ajuda de outra pessoa, adquirem o estatuto de “acamados”, com todas as potenciais complicações que daí possam resultar.

No que diz respeito ao grau de dependência, face ao autocuidado global, dos resultados obtidos podemos afirmar que 7,9% das pessoas eram totalmente dependentes, não participantes (“acamadas”), 91,7% tinham necessidade de ajuda de pessoa e 0,4% tinham só necessidade de equipamento, dados que espelham uma dependência deveras preocupante.

Na realidade, estes resultados, para além de evidenciarem a necessidade da ajuda de alguém para efetuar, pelo menos, uma das atividades correspondentes a cada domínio de autocuidado, deixavam as pessoas dependentes, propensas a um elevado risco de compromisso dos processos corporais.

**Figura 15. Perfil da Pessoa Dependente**

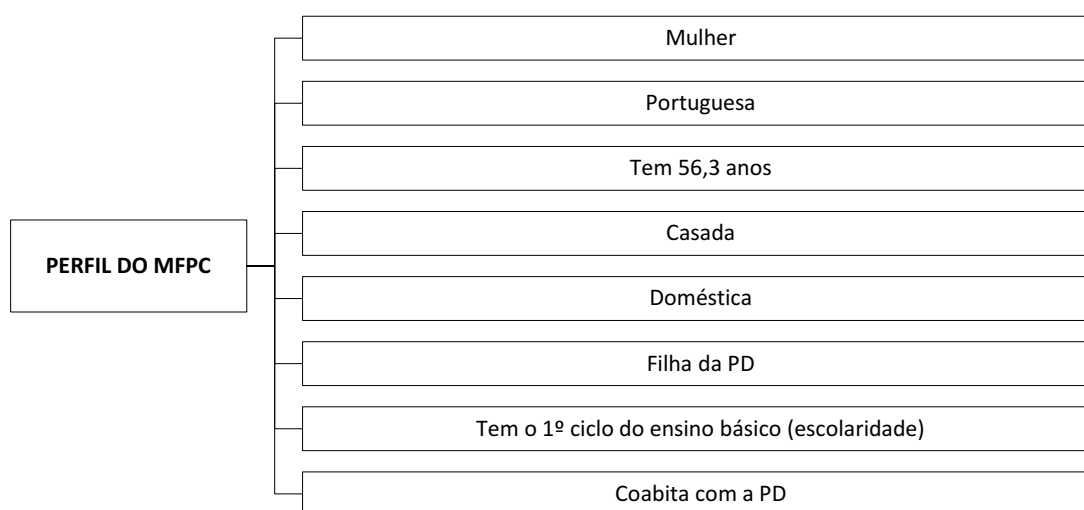


### ***O cuidador familiar nas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado***

Em Portugal, como na maioria dos países do Mediterrâneo, os familiares compõem o grosso dos cuidadores das pessoas dependentes com algum tipo de dependência no AC. Se analisarmos a evolução nas últimas décadas da dimensão, estrutura e composição das famílias portuguesas, observa-se o acréscimo das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, o que pode conduzir a um aumento dos dependentes institucionalizados.

Relativamente aos resultados deste trabalho investigativo e no tocante aos prestadores de cuidados familiares, emerge um perfil que veicula uma realidade social há muito conhecida: maioritariamente mulheres (filhas, esposas, mães), com idades compreendidas entre os 18 e os 89 anos, casadas ou a viverem em união de facto e domésticas ou reformadas. Salientamos o seu baixo nível de escolaridade, poucos tinham habilitações superiores, e evidenciou-se uma percentagem considerável de prestadores de cuidados sem escolaridade ou com o ensino básico. A elevada proporção de filhas prestadoras de cuidados pode ser explicada pelas características sociodemográficas das pessoas dependentes, que eram maioritariamente idosas (67,2%).

**Figura 16.** Perfil do Membro da Família Prestador de Cuidados



### ***A percepção de autoeficácia do MFPC***

Segundo Bandura (1997), a percepção acurada das próprias capacidades leva à escolha de ações com alta probabilidade de sucesso. Níveis excessivamente altos de autoeficácia podem fazer com que as pessoas realizem atividades que ultrapassam em muito seu nível de habilidade e, em consequência, elas se possam envolver em situações de maior dificuldade, diminuindo a sua credibilidade e sofrendo fracassos considerados desnecessários. Contrariamente, níveis muito baixos de autoeficácia fazem com que as pessoas não desenvolvam as suas potencialidades e se

privem de experiências recompensadoras, duvidando da sua capacidade e evitando possíveis frustrações.

Outro aspeto relevante a ser destacado é o nível de desafio ou de dificuldade percebida nas atividades. Segundo o mesmo autor, o valor autodiagnóstico dos sucessos ou fracassos para julgar a autoeficácia dependerá da dificuldade percebida da tarefa, de tal modo que ter sucesso numa tarefa considerada fácil é redundante com o que a pessoa já sabe e, portanto, não requer uma reavaliação da eficácia. Porém, ter sucesso em tarefas difíceis fornece nova informação sobre a capacidade em questão, o que pode elevar a crença de eficácia pessoal nesse domínio. Para Bandura (1997), objetivos muito difíceis ou remotos podem diminuir o significado de ganhos progressivos modestos, ao mesmo tempo em que não promovem o aumento da autoeficácia.

Acrescenta ainda que ao planejar intervenções que visem a modificação das crenças de autoeficácia, o nível de dificuldade da tarefa deve ter gradações ou ainda, distintos padrões de performance, a fim de manter a pessoa motivada quanto ao desenvolvimento da crença de competência na atividade.

Bandura (1997) defende que, se a pessoa se percebe como altamente eficaz numa atividade que apresenta pouco desafio, essa situação deverá gerar pouco interesse. Os desafios motivam as pessoas a desenvolver e exercitar sua eficácia e servem como determinantes maiores do interesse. Quando o nível de dificuldade para uma atividade for alto, teoricamente deve estar acompanhado de interesse por atividades semelhantes. Uma atividade em que há interesse e é acompanhada por um padrão crescente de excelência no desempenho, porém que continua a apresentar desafios, tende a aumentar o interesse intrínseco, enquanto a mesma atividade com baixo nível de desafio provavelmente não o fará.

As pessoas não apenas vivenciam o resultado dos seus esforços, mas também observam outros em situações similares e, de tempos em tempos, recebem avaliações sociais sobre a adequação da sua performance. Especialmente considerando que essas influências se afetam entre si, o poder de um dado modo de influência de eficácia pode mudar notavelmente dependendo da força das outras fontes. Assim, generalizações sobre o poder relativo dos diferentes modos de influência de eficácia devem ser qualificadas pelo balanço das forças que interagem (Bandura, 1997; Brown, et al 1997).

Através dos resultados obtidos podemos concluir que o prestador de cuidados se considera medianamente competente na assunção do seu papel, com algumas variações dependendo do enfoque nos diferentes domínios de autocuidado.

Existem, porém, quatro domínios do AC em que os prestadores de cuidado têm uma PAE mais elevada: (andar, vestir e despir, alimentar e tomar banho) e outros quatro, em que a PAE tem valores percentuais inferiores à PAE global (usar WC, posicionar, tomar medicação e transferir).

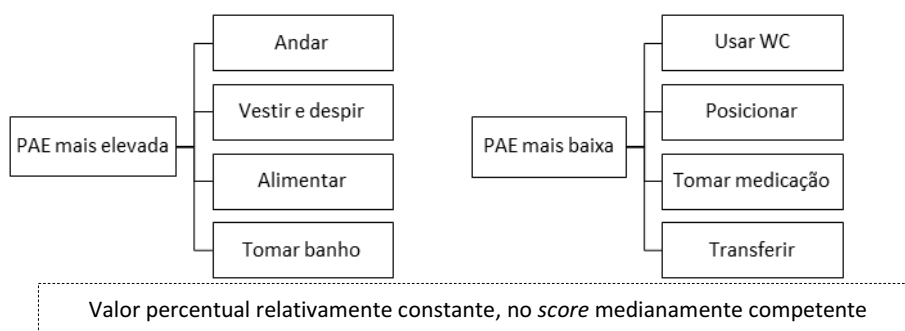
Os últimos domínios elencados são mais complexos, não só porque correspondem a necessidades de pessoas genericamente com maior grau de dependência, mas também porque exigem dos MFPC outro tipo de conhecimento específico, que se encontra para além das práticas desenvolvidas no quotidiano (Fernandes, 2012). De enfatizar que os domínios do AC que apresentam PAE com percentagens mais baixas, pressupõem pessoas mais dependentes, sendo que o MFPC perante situações de maior exigência do ponto de vista do exercício e tal como foi sustentado anteriormente pode sentir-se menos confiante e apto no seu desempenho (Fernandes, 2012; Queirós, 2012; Rocha, 2015).

Releva ainda considerar que sobre esta matéria e nos estudos patenteados pelo Observatório Português dos Serviços de Saúde, no seu Relatório de Primavera 2015, se ter constatado,

que os familiares cuidadores se percebem menos competentes no exercício das funções relacionadas com o posicionamento do doente na cama e com a transferência do doente entre a cama e uma cadeira. Ou seja, nestes casos, as pessoas dependentes ficam circunscritas ao quarto vindo deteriorar-se a sua condição de saúde, frequentemente, por falta de suporte e assistência (OPSS, 2015; p.88).

O facto de se ter encontrado um valor percentual relativamente constante no score medianamente competente pode levar-nos também a colocar a hipótese que as respostas aos formulários tenham sido influenciadas pela desejabilidade social, ou seja, pela vontade das pessoas de transmitirem uma imagem de si que seja positivamente valorizada pela sociedade (Leão, 2012). No entanto a percepção da autoeficácia não se refere às competências que as pessoas têm, mas à opinião que as pessoas têm sobre as suas capacidades. Uma característica do estudo que pode ter contribuído para algum condicionamento de resposta foi o facto das investigadoras se terem dirigido aos domicílios das famílias para recolha de informação. Esta quase “invasão” do espaço pode ter condicionado a forma como as famílias se posicionaram e responderam a questões relacionadas com a prestação de cuidados ao seu familiar dependente.

**Figura 17.** Percepção de autoeficácia face aos domínios do AC



### ***Equipamentos e recursos que se constituem como suporte no autocuidado***

Com base no trabalho de Schumacker (2000), pode considerar-se que a transição para a dependência poderá inserir-se no conceito de transição saúde-doença e/ou de desenvolvimento enquanto por sua vez, a transição para o papel de MFPC como transição situacional.

Neste processo encontram-se fatores facilitadores e ou inibidores que podem sobejamente influir na transição saudável. Podem estar relacionados com condições do próprio sujeito que vivencia a transição, como o *status* socioeconómico, o conhecimento, a comunidade e a sociedade onde se encontra inserido.

Dentro do grupo de condições facilitadoras, encontram-se os recursos sob a forma de equipamentos, serviços, fontes de rendimento e os grupos profissionais. Estes são facilitadores do processo de transição na medida que aliviam a sobrecarga do cuidador, facilitando tarefas fisicamente mais desgastantes e promovendo a independência ou diminuição da dependência da pessoa dependente.

A evidência deste estudo demonstra que o acesso aos recursos adequados pode facilitar a prestação de cuidados e a promoção da independência ou redução da dependência da pessoa. Os resultados desta investigação testemunharam que a taxa global de utilização dos recursos é de 53,5%, o que significa que mais de metade dos dependentes utiliza os recursos considerados necessários. A maior taxa de utilização dos recursos encontra-se no autocuidado andar e tomar medicação, mas enquanto no primeiro autocuidado estes recursos são promotores da independência da pessoa, permitindo a sua mobilização sem auxílio de terceiros, já no que diz respeito a tomar a medicação, os recursos considerados apenas servem como auxiliares, muitas vezes apenas, dos MFPC. O autocuidado tomar medicação surge assim como um domínio onde se manifesta um elevado nível de dependência, relacionado provavelmente com o facto de exigir maior capacidade cognitiva e associado ao facto de a grande maioria dos dependentes serem iletrados.

Os autocuidados usar o sanitário, usar a cadeira de rodas, alimentar-se, elevar-se, e arranjar-se, são, juntamente com os dois domínios referidos anteriormente, os que registam taxa de utilização superior a 50%. Abaixo desta linha, ficam os autocuidados virar-se, tomar banho, transferir-se, vestir-se e também o uso de recursos complementares.

Podemos verificar que os domínios de AC com uma taxa de utilização dos recursos mais elevada, estão associados a atividades indispensáveis à manutenção da vida, como o alimentar-se, o usar o sanitário, o andar e o tomar a medicação.

Abaixo dos 50% ficaram domínios de AC como o tomar banho, o transferir-se, o vestir-se e despir-se, que não têm esse estatuto e poderão ser considerados como não essenciais à sobrevivência.

Salienta-se ainda o carácter substitutivo de muitos equipamentos, ao invés de serem utilizados como meios de promoção da autonomia da pessoa dependente.

As razões apontadas para a não utilização são predominantemente de 5 tipos: económicas, desconhecimento da forma de aceder ao recurso, desconhecimento da forma de funcionamento, limitações da residência e outros. As principais razões apontadas em todos os domínios de AC para a não utilização foram as de índole económica, seguida e por ordem decrescente, o desconhecimento da forma de aceder ao recurso, outras, desconhecimento da forma de funcionamento, e por fim, limitações da residência.

Em relação aos recursos profissionais, serviços e fontes de rendimentos verificou-se a elevada taxa de recurso aos profissionais de saúde, designadamente e em primeiro lugar ao Médico e com valores percentuais significativamente mais baixos, ao Enfermeiro.

Os serviços de apoio ao dependente (como o cabeleireiro, manicura, acompanhamento em atividades lúdicas, acompanhamento do dependente ao exterior, acompanhamento do dependente em casa e o serviço de cuidados de higiene) têm pouca expressão nos cuidados.

Serviços como a teleassistência, o aconselhamento e a instalação dos equipamentos considerados adequados, não são recursos utilizados por nenhum dependente nesta investigação.

O facto do estudo se desenvolver num meio essencialmente rural, em que existe uma rede de apoio informal mais alargada, que proporciona suporte e auxílio ao dependente/familiar cuidador talvez seja a razão para baixas taxas de utilização destes serviços.

Nas fontes de rendimento foram englobados e avaliados todos os rendimentos cumulativos que o dependente afigura. A pensão/reforma surge como o principal recurso para uma grande faixa dos dependentes. A maioria destes dependentes não são autossuficientes economicamente, dependendo do rendimento de outros elementos familiares para subsistir. O complemento de dependência e o rendimento solidário para idosos ocupam as posições seguintes como fonte de rendimento. Destaca-se ainda que, uma diminuta percentagem é ainda um grupo profissional ativo, pelo que usufruem de rendimentos provenientes do seu próprio trabalho.

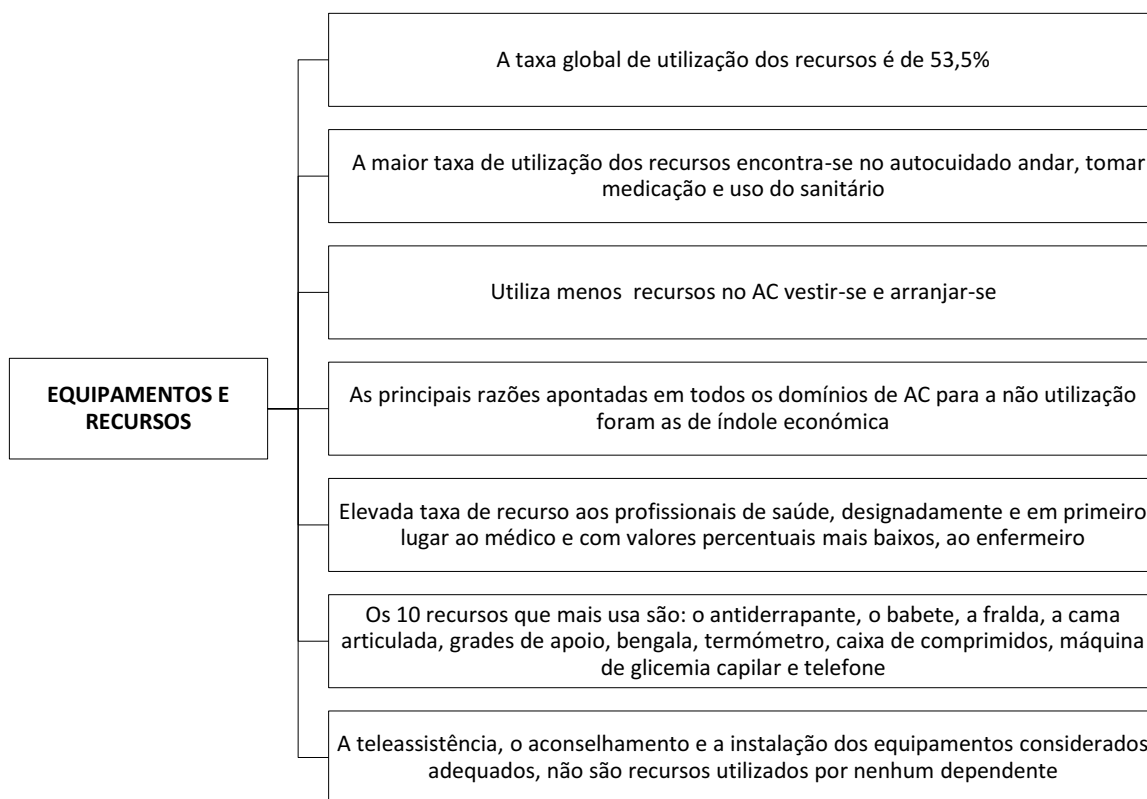
Os resultados permitem sustentar que a solidez da condição económica é o principal responsável no acesso aos recursos, e por outro lado, que o rendimento do dependente é maioritariamente baixo. Assim o acesso a determinados recursos bem como a subsistência da pessoa dependente está procedente do apoio fornecido pelo cuidador/família.

Importa também enfatizar que durante o trabalho de campo, foram diversos os dependentes/cuidadores que referiram desconhecer alguns dos recursos sociais apresentados, e que depois de devidamente avaliadas as condições individuais, poderão ter acesso.

O Despacho número 6716-A/2007 criou e regulou o acesso ao programa conforto habitacional para pessoas idosas, que se mostrou totalmente desconhecido por parte dos dependentes e dos seus cuidadores. Ficou assim evidente a sua necessária divulgação.

É de valorizar ainda o papel que a Enfermagem poderá ter na divulgação e clarificação destes recursos disponíveis para a comunidade, como acabou por acontecer durante a realização deste trabalho.

**Figura 18. Equipamentos e recursos**



### ***Os cuidados prestados à pessoa dependente pelo MFPC***

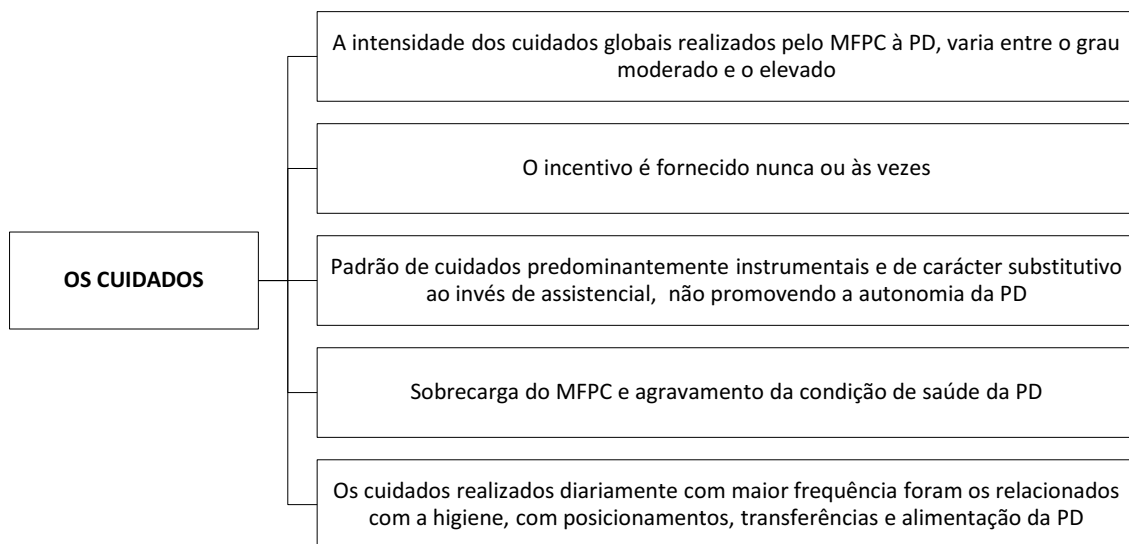
Relativamente à intensidade dos cuidados globais realizados pelo prestador de cuidados às pessoas dependentes integradas em famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira, varia entre o grau moderado e o elevado, refletindo uma carga de cuidados excessiva, ao invés, do incentivo que é fornecido nunca e às vezes, pelo prestador de cuidados às pessoas dependentes. Verificamos que a utilização de estratégias para o incentivo da PD é diminuta, cumprindo-se a preferência pela intensidade da carga de trabalho e o fazer pelo doente, persistindo a ideia primária, de que é mais rápido.

Há assim o predomínio do padrão de cuidados substitutivos que, para além de contribuírem para a sobrecarga do cuidador, conduzem ao agravamento da condição de saúde da PD e da sua respetiva situação de dependência. O facto de maioritariamente o membro da família prestador de cuidados ter uma relação de parentesco próxima da pessoa dependente pode reforçar o papel substitutivo assente na obrigatoriedade moral e social, de fazer pelos seus. Este contexto torna-se assim mais gravoso quer para a condição de saúde da pessoa dependente quer para o respetivo familiar cuidador.

Urge uma mudança interventiva nesta área, visando a dignificação da pessoa dependente, que tem o direito de usufruir das potencialidades ainda existentes, sendo necessário que os prestadores de cuidados não anulem a sua presença, atendendo à sua individualidade, às suas necessidades e capacidades. Deste modo, poder-se-á evitar que a pessoa seja substituída naquilo que ela é capaz de fazer ou lhe seja pedido que faça.

A evidência deste estudo mostra-nos ainda que, a coabitação do prestador de cuidados e o facto de se encontrar não-ativo, tem uma relação estatisticamente significativa com a intensidade dos cuidados fornecidos ao dependente. De acordo com alguns autores, a coabitação pode estar estritamente relacionada com o grau de dependência da pessoa cuidada (Grelha, 2009; Ribeiro, 2011; Fernandes, 2012; Gonçalves, 2013).

**Figura 19.** Os cuidados prestados pelo MFPC à PD



### ***A vivência do cuidador familiar nas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado***

Em Portugal, como em muitos países do Mediterrâneo, os familiares (mulheres, pais, maridos) formam o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas atividades da vida diária. Analisando a evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas, observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, o que pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados.

Reconhecendo a família como um recurso capital e efetivo, face a este fenómeno e designadamente no cuidado à pessoa dependente, decorrente da sua vontade em manter o familiar em casa nas melhores condições de saúde e bem-estar, é imperativo um olhar férreo sobre essa mesma família e designadamente sobre o membro da família prestador de cuidados, enquanto beneficiários dos próprios cuidados dos Enfermeiros.

A priorização numa abordagem profissional que inclua uma assistência ajustada às necessidades específicas de cada família e concomitantemente uma abordagem integrada da pessoa dependente e em simultâneo da pessoa que assume a prestação dos cuidados é impreterível e urgente.

Ressalvar que “apesar do esforço relativo à abertura de mais camas da RNCCI, elas representarão menos de 30% das necessidades atuais e ainda menos das expectáveis necessidades futuras” (OPSS, 2015; p.94).

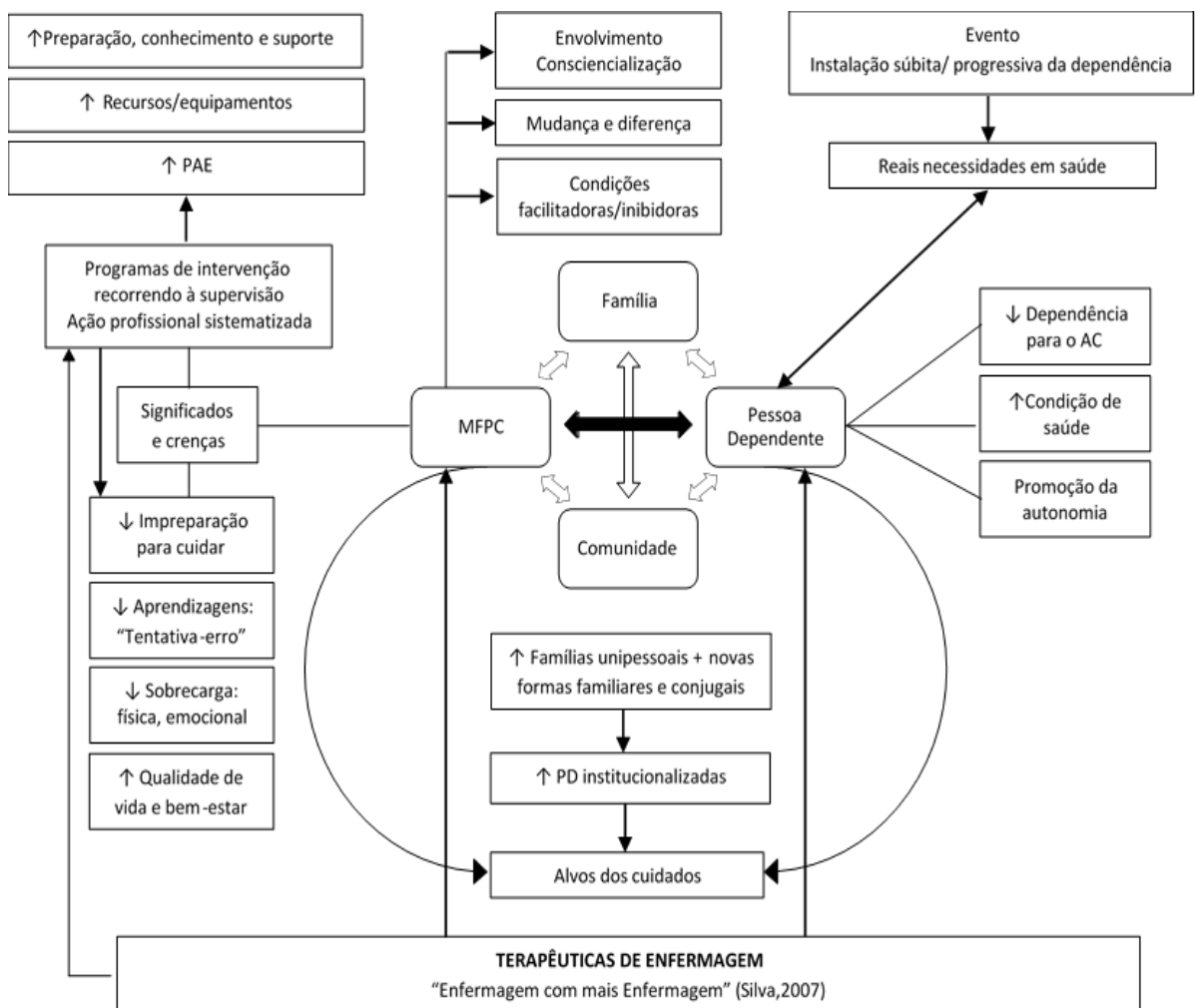
Deste modo, esta aproximação às reais necessidades de todos os atores participantes neste processo exige indubitavelmente dos Enfermeiros um maior investimento na preparação do cuidador, ou seja, uma profissionalização, potenciando as competências destes intervenientes.

Facilitar a experiência de transição vivenciada pelas famílias está significativamente associada a aspetos como a antecipação do suporte necessário às famílias/MFPC, através da disponibilidade dos recursos profissionais em tempo útil e de modo sistematizado; fomentar a coesão familiar, a consciencialização, o envolvimento e a disponibilidade dos familiares cuidadores na transição para o exercício do papel; identificar e direcionar o significado próprio atribuído ao exercício do papel, no melhor interesse do cuidador e da pessoa dependente; promover a capacitação dos MFPC para a assunção do papel e para os cuidados a assegurar através de programas de intervenção recorrendo à supervisão; apoiar os prestadores nas decisões de maior complexidade; advogar a utilização de diversos recursos existentes designadamente na comunidade, de estratégias e equipamentos adaptativos promotores da reconstrução da autonomia da PD e por sua vez facilitadores do exercício do MFPC.

Estas terapêuticas de Enfermagem que se afiguram extremamente desafiantes e laboriosas para a ação profissional das equipas de saúde, e como o próprio nome reivindica, em particular para os

Enfermeiros, devem brotar em detrimento dos cuidados prestados pelos MFPC munidos de competências que adquiriram pela sua acumulação de experiências ao longo da vida, pela imitação e pelas “tentativas-erro” que se sucedem. Sendo certo que por vezes e mesmo fazendo “o tudo que sabem e podem”, com o patente e notório esforço e sobrecarga (física, emocional, mental, económica, ...) que isso possa acarretar, se revele cabalmente insuficiente para dar respostas efetivas, às reais necessidades da pessoa dependente, integrada na família.

**Figura 20.** Transição do MFPC para tomar conta da pessoa dependente



## **Limitações...e demarcações**

### *Projeto*

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade e comprometimento, em que normalmente o investigador percorre um longo caminho, recheado de “pormenores” (que consideramos na sua esmagadora maioria no nosso caso, “por maiores”), e que requerem a máxima atenção e acuidade.

Este projeto, assentando numa ideia basilar de partilha desse caminho e potenciação de recursos, evoluiu num sentido de uma investigação individual, para um trajeto do qual fizeram parte integrante seis pessoas (Enfermeiros), entre investigadoras e orientador.

Esta confluência de esforços, esta compilação de vontades e por seu turno dando resposta a título individual a cada um dos processos académicos (este relatório é o último em apresentação), possibilitou um estudo que de outro modo seria inexecutável.

Operacionalizou-se uma investigação de base populacional a quase 2200 famílias clássicas, numa área geográfica total, atinente a um município, e cuja colheita de dados requeria como pré-requisito crucial, a aplicação designadamente de formulários, por Enfermeiros.

De enfatizar que sendo este, o último relatório a merecer escrutínio, e os restantes terem merecido a aprovação pelos júris que os avaliaram, revela a concretização com sucesso (“tardio”) da conceção inicial, a que nos propusemos (pelo menos até ao momento).

Traduziu-se na nossa opinião, num marco claro e desafiador aos costumes instalados de investigações por vezes avulsas, de pouca envergadura e robustez. Apontou para um nicho promissório no fazer da investigação em Enfermagem.

Não obstante estes argumentos, enfatiza-se o facto de que por vezes a investigação talhada por Enfermeiros não é necessariamente investigação em Enfermagem (como aliás já foi veiculado previamente), e no que toca à presente investigação, esta faz prova e indubitavelmente respira conhecimento disciplinar.

De enfatizar ainda que, à semelhança do que se encontra explanado no Relatório de Primavera (2015), nada nos permite caucionar que, o concelho de Paços de Ferreira (a que esta tese se reporta), juntamente com os outros concelhos que foram estudados e mencionados ao longo da mesma, possam ser representativos do todo Nacional. Porém, e dado o tamanho das amostras aleatórias e proporcionais utilizadas- que os torna representativos dos concelhos a que se referem, a utilização dos dados que deles resultaram, podem permitir estimar a magnitude do problema em Portugal, e esta informação é incontestavelmente valiosa (OPSS, 2015).

### *Metodologia*

A estrutura de um estudo transversal (como é o caso) é semelhante à de um estudo de coorte, no entanto, nos estudos transversais todas as medições são feitas num único "momento", não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos.

Sendo apropriados para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, são concomitantemente estudos adequados à análise de redes de causalidade.

Contudo, confrontam-nos com a impossibilidade de estabelecer relações causais por não provarem a existência de uma sequência temporal.

Como sustentam Polit e Beck (2011), impossibilitam o esclarecimento de relações causais com precisão.

Segundo Gonçalves (2013), tratando-se de um estudo decorrido há anos, é sempre problemático (em tempo diferido), quando se inferem eventuais mudanças e tendências que tiveram lugar.

No entanto, Polit e Beck (2011) aludem ao facto de permanecer sempre a dúvida, se algumas das diferenças patenteadas, poderem ser produto da passagem do tempo e não da disparidade de coorte ou geração.

Em relação às entrevistas semiestruturadas utilizadas no estudo 2 da investigação, esta escolha poderá trazer ou ainda suscitar para debate algumas dúvidas aquando do seu recrutamento, pela ausência de um roteiro engessado. Na nossa conceção, todas as entrevistas se dirigem para "algum lugar", pois antes da realização da coleta de dados, tivemos um objetivo de pesquisa que dirige a nossa busca.

Partindo do pressuposto de que uma boa entrevista começa com a formulação de perguntas básicas, que deverão atingir o objetivo de pesquisa, é possível fazer uma análise do roteiro (Guião orientador da entrevista-Anexo V) para identificar a sua adequação em termos de linguagem, estrutura e sequência das perguntas. Consideramos para o efeito que essas precauções foram tidas em ponderação e implementadas.

Em relação à respetiva análise de conteúdo utilizada, poderíamos elencar um conjunto de limitações já identificadas anteriormente, que passam por um grande consumo de tempo e pelo facto de trabalharmos com uma amostra reduta. Um outro risco associado poderia passar pela excessiva confiança do pesquisador em relação aos dados colhidos e o domínio profundo do objeto de estudo, mas que foi amplamente balizado pela direção norteadora conferida pelo nosso orientador. Perante a proximidade do investigador com o objeto de estudo, e face ao argumento superiormente mencionado, ficou inviabilizado o comprometimento subjetivo do pesquisador evitando um trabalho de carácter especulativo, e acautelando a neutralidade e objetividade do conhecimento científico.

### *“Campainhas não atendidas”*

Fazer a devida ressalva a uma das limitações do estudo 1 desta investigação, que poder-se-ia constituir como uma ameaça para o seu desenvolvimento, e que está intimamente associada ao facto de os investigadores (Enfermeiras) se confrontarem com a necessidade de contacto de mais do dobro dos alojamentos, para obtenção de um número bastante inferior de respostas.

Esta dificuldade sobejamente conhecida em estudos homólogos realizados noutras zonas do país, designadamente no Porto e em Lisboa, ficou diluída pela grandeza da amostra selecionada, e pelas características “eventualmente mais rurais” do local para implementação da colheita.

Historicamente, o mundo rural (quando comparado com a urbanidade dos dois grandes centros mencionados), destaca-se por se organizar em torno de aspetos bem conhecidos: um grupo social de referência- a família, com modos de vida, valores e comportamentos próprios.

Podemos ainda observar este mundo rural secular, opondo-se de um modo generalizado e claramente ao mundo das urbes, marcado por funções, atividades, grupos e paisagens, não só distintos, mas mais do que isso, de menor dimensão. A maior homogeneidade nas relações sociais entre a população permitiu debelar dificuldades, que embora já conhecidas de outros estudos, foram surgindo.

Gonçalves, (2013) refere que subsiste a perceção de que muitas pessoas ignoram ou têm indicações para não atenderem as “campainhas” de quem não é visita conhecida. Reconhecemos similarmemente que a aplicação dos instrumentos de colheita de dados ocorreu em horários supostamente laborais, em muitas das alturas.

Confirmamos, contudo, e na maioria das “campainhas acionadas”, um atendimento generoso, solidário e de profundo respeito pelos profissionais/investigadoras/ Enfermeiras devidamente identificadas.

Confirmamos ainda o tempo despendido, após o atendimento (e mesmo não se verificando presença no alojamento em questão, de alguma PD para o AC), numa explicação do processo investigativo, após inúmeras solicitações, pelo cariz de curiosidade e de atribuição de relevância do trabalho, pela pessoa que atendeu no momento a “campainha”.

Confirmamos o tempo disponibilizado pelos investigadores, no caso da triagem de PD inserida na FC ser positiva, não só para dar resposta à parte II- do formulário, mas realizando educação para a saúde, clarificando dúvidas, apontando e planeando cuidados, conjuntamente com os MFPC.

Podemos refletir, que o número elevado de “campainhas” não atendidas poderá efetivamente ocultar ou pelo menos levantar suspeitas de que a realidade estudada e encontrada durante a investigação, possa assumir contornos de “maior gravidade e peso” (Gonçalves, 2013).

Importa também e neste momento salientar, o que no Relatório de Primavera 2015, se encontra devidamente identificado. A estimativa deste problema,

pecará sempre por defeito; isto porque, entretanto, a população envelheceu e assim, previsivelmente, terá aumentado o número de pessoas dependentes no autocuidado e, ainda, porque no cálculo da percentagem de pessoas dependentes no autocuidado integradas nos agregados familiares considerou-se que as situações de “campainhas não atendidas” reportavam a alojamentos familiares habitados e sem qualquer pessoa dependente no autocuidado, o que, não sendo necessariamente assim, prejudica – por defeito – aquelas percentagens (OPSS, 2015; p. 88).

#### *Do estudo...*

Cabalmente, a investigação destapou vertentes de uma realidade que apesar de pouco ou “nada” conhecida, é de descomunal relevância para os Enfermeiros. Possibilitou o vislumbre da imensidão de conhecimento inexistente, mas possível, no concernente às famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado.

Possibilitou uma saída revigorada e fortalecida de “uma Enfermagem com mais Enfermagem” (Silva, 2007).

Segundo Gonçalves (2013), desocultou o que a realidade por vezes encobre, dando sentido ao novo, e à própria questão identitária da profissão de Enfermagem, enquanto profissão autónoma e única, por ser capaz de dar resposta a questões e necessidades que não podem ser supridas por outros profissionais da área da saúde.

Possibilitou descolar de um conhecimento cuja centralidade se aloca ao modelo biomédico e apontar no sentido das respostas humanas às transições, facultando processos de tomada de decisão mais significativos para as pessoas.

Percecionamos a panóplia de dificuldades sentidas diariamente pelos protagonistas na nossa investigação, que nunca serão capazmente resolvidas e ultrapassadas, sem as terapêuticas de Enfermagem. A profissionalização dos cuidados intencionais e deliberados dos Enfermeiros será contundente na aquisição de ganhos em saúde e qualidade de vida dos dependentes e das suas famílias. Terá um forte impacto eventualmente na utilização de recursos na área da saúde (diminuição dos episódios de urgência, redução dos dias de internamento, decréscimo da utilização de fármacos) e restrição do número de dias de absentismo dos MFPC para tomar conta da pessoa dependente no autocuidado.

Encontrou substrato ou “matéria-prima” a usar-se na influência do poder político (quer a nível local, regional e nacional), com eventual replicação destes estudos e sustentação com mais evidência.

De acrescentar ainda que, “pese embora nada nos permita afirmar que estes concelhos sejam representativos do todo Nacional” (OPSS, 2015), com este estudo (e com os resultados das restantes investigações mencionadas), poderíamos estimar no entanto- porque nenhum outro dado mais fiável está disponível, o número de pessoas dependentes integradas no seio familiar em Portugal (OPSS, 2015).

#### *Implicação para a investigação, a disciplina e a profissão*

É necessário o aprimoramento da capacidade dos profissionais em problematizar a sua prática e elaborar perguntas de investigação pertinentes para as políticas de saúde regionais ou mesmo locais. Concomitantemente deve observar-se um esmero para o melhoramento da capacidade do uso de métodos de análise epidemiológica. Isto é particularmente notável nos sistemas locais de saúde, e poderá permitir a identificação dos reais problemas de saúde e a definição da sua prioridade política, oferecendo as bases científicas para o planeamento de ações programáticas e da alocação dos recursos.

Identifica-se também, a manifesta insuficiência de estudos epidemiológicos de base populacional destinados a traçar diagnósticos nacionais da situação de saúde da população.

É fulcral continuar a recolher informação sobre esta população tão específica, ainda pouco estudada em Portugal, até porque isso pode ajudar a delinear programas de intervenção e organizar serviços que possam cobrir as suas necessidades. Destacamos a propósito, a grande necessidade de suporte aos cuidadores dos muito idosos, além do investimento no apoio domiciliário e na promoção das redes de vizinhança. Porque segundo a OCDE (2019) quase 90% dos octogenários e nonagenários continuam a viver em casa.

Segundo Faria e colaboradores (2020, p.67), “embora o aumento da longevidade portuguesa seja um acontecimento notável, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta ainda um potencial a melhorar”.

O fenómeno que nos propusemos estudar, é hoje de facto incontornável, independentemente da localização do país a que nos reportemos. Segundo Gonçalves (2013), justifica uma atenção distinta da que tem efetivamente captado, argumento que subscrevemos na íntegra.

Acrescentar que as investigações neste âmbito e que têm vindo a ser publicadas por Enfermeiros, têm vindo a deixar claro tratar-se de um problema não em exclusividade das pessoas dependentes no autocuidado e das famílias onde se encontram integradas, mas com marcados

contornos sociais, económicos e políticos, e por isso “importa ou deveria importar” (Gonçalves, 2013; p.278) a diferentes agentes, nomeadamente aos profissionais de saúde e por conseguinte aos Enfermeiros (Dixe, 2020).

O contributo de todo o trabalho de investigação deve ser no nosso entender e após a sua gestão, utilizado para desenvolvimento do *core* de conhecimentos da disciplina, num autoexame e numa autocorreção (autorregulação) dinâmicos em benefício do desenvolvimento da profissão.

Resulta-nos claro que, este fomento disciplinar será por demais impactante nas transições vivenciadas quer pelas pessoas dependentes no autocuidado, quer pelos membros da família que delas cuidam.

### **Desafios...**

A palavra desafios remete-nos de imediato para um conjunto lexical muito vasto.

“... Instigação, provocação, incitação, repto, estímulo, aguilhoada, espicaçada, emprazamento...”.

Deste modo somos a partilhar algumas conclusões mais desafiantes (e eventualmente relevantes), resultantes do nosso percurso.

Como corolário da presente investigação há que frisar a importância/o desafio de:

- Reconhecer a rápida obsolescência do conhecimento, e reiterar a necessidade fundamental da investigação na formação dos futuros profissionais de Enfermagem, devendo este trabalho investigativo ser altruísta e crítico-reflexivo, sustentado nas situações reais de vida das pessoas, enraizado em problemas concretos, articulado com os diferentes parceiros comunitários e que os resultados possam ser incorporados nas práticas profissionais.
- Identificar a problemática em estudo (“Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado”), como uma área central de atenção e intervenção dos Enfermeiros e que capitula conhecimento valioso e relevante para a disciplina de Enfermagem.
- Desenvolver um exercício profissional (dos Enfermeiros) direcionado para o reconhecimento e suporte dos familiares cuidadores ou cuidadores informais, que “tomam conta” das pessoas dependentes, na respetiva qualificação e empoderamento, no que concerne à prestação dos cuidados.
- Fomentar a criação e implementação de programas de preparação, potenciando a adaptabilidade do prestador de cuidados face à assunção do papel, minimizando o seu

desgaste (evitando situações de despersonalização, desrealização, *burnout* e sofrimento ético) e capacitando-o para responder de forma proficiente, face a situações adversas que possam sobrevir da prestação de cuidados.

- Proceder à manutenção das pessoas com perda de autonomia ou em risco de a perder, preferencialmente no domicílio, sempre que haja amparo do agregado familiar, e que o apoio domiciliário possa ser garantido e os cuidados necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida assegurados, por profissionais especializados para o efeito, designadamente os Enfermeiros.
- Considerar o tempo útil para a promoção da autonomia no autocuidado após um evento gerador de dependência, envidando esforços no sentido de uma ação profissional sistematizada (particularmente no que se reporta à intervenção de Enfermagem), nas primeiras semanas pós evento, otimizando a reconstrução da autonomia.
- Admitir a relevância do uso de equipamentos/recursos para a promoção da reconstrução da autonomia/independência no autocuidado das pessoas dependentes, bem como contribuir para a integração das novas tecnologias ao serviço de “uma Enfermagem mais significativa para as pessoas”.
- Sustentar a prática de Enfermagem na evidência científica produzida e mais atualizada, no sentido de prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência.
- Afirmar a intervenção dos Enfermeiros como vital para uma prática de maior proximidade, centrada nas respostas humanas às transições.
- Declarar a necessidade da replicação de estudos semelhantes ao presente noutras regiões do país, e eventualmente optando por desenhos longitudinais que favoreçam a compreensão mais pormenorizada da problemática.
- Refletir sobre a necessidade de expansão da capacidade de resposta da RNCCI e respetivo esforço financeiro implícito (devendo assumir-se a ECCI como o núcleo central da mesma), privilegiando assim, a domiciliação, as respostas comunitárias e dando prioridade às regiões mais carenciadas, prevenindo situações de condições de acesso desiguais aos cidadãos, cuja condição de saúde é semelhante.
- Demonstrar perante o poder político (local, regional e nacional) a prioridade do reforço da capacidade de resposta da RNCCI através do aumento do número efetivo de vagas em cuidados continuados integrados, em todas as suas tipologias e envidar esforços no sentido de colmatar o problema de (sub) referenciação de doentes para a RNCCI.

- Promover o exercício dos Enfermeiros baseado numa abordagem integrada e integrativa, com respostas múltiplas e equitativas, de acesso mais efetivo e caucionando a continuidade de cuidados.
- Garantir a promoção de ganhos funcionais e manutenção do bem-estar com qualidade da pessoa depende em contexto familiar, não descurando o suporte ao membro da família prestador de cuidados, (também ele alvo dos cuidados de Enfermagem), recorrendo a uma dotação de Enfermeiros, de acordo com os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros e das dotações seguras dos serviços.

Enfim, desafiador será...

- Fortificar a investigação que os Enfermeiros realizam em áreas de atenção próprias da disciplina de Enfermagem...na senda de uma “Enfermagem com mais Enfermagem” (Silva, 2007).



## Capítulo V

---

### BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2016). Cuidados Paliativos para utentes com demência avançada: reflexões sobre a sua implementação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (16), pp. 6-10.
- Aguiar, P. (2007). *Guia prático climepsi de estatística em investigação epidemiológica: SPSS. Lisboa, climepsi editores*. Lisboa: Climepsi editores.
- Aguiar, P., & Silva, C. (Janeiro de 2005). O que é um delineamento de um estudo em saúde? *Eurotrials consultores científicos* (n.º3b), pp. 1-2.
- Almeida Filho, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista brasileira de epidemiologia*, 3(1-3), pp. 4-20.
- Almeida, A. (2009). A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - estudo exploratório em contexto domiciliar. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. Em C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de gerontologia* (pp. 21-40). Lisboa: Lidel.
- Almeida, I. (2006). *O idoso à luz da neurologia gerontológica – a idade não perdoa?* Lisboa: Gradiva.
- Almeida, I., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: psiquilibrios.
- Amaral, M., & Vicente, M. (Setembro de 2001). Grau de dependência nos idosos. *Revista nursing*(158), pp. 8-14.
- Amendoeira, J. (2004). *Enfermagem em Portugal: contextos, actores e saberes. Enfermagem. 35/36: 13-22*. (Vols. 35-36). Enfermagem.
- Amendola, F. (2007). Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo programa saúde da família do município de São Paulo. São Paulo: Universidade São Paulo.
- Andrade, F. (2009). O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal (área de especialidade). *Tese de Mestrado*. Braga: Universidade do Minho.
- Araújo, F. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não Institucionalizados. *Revista de Saúde Pública*, 25(2), pp. 23-31.
- Araújo, I. (2010). Cuidar da família com um idoso dependente: formação em Enfermagem. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(3), pp. 45-53.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), pp. 866-871.

- Ataíde, A. (2019). *JornalEconómico*. Recuperado em <https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/portugale-dos-paises-com-maiores-desigualdades-para-os-idosos-diz-ocde-423755>.
- Ávila, R. (2009). *Idosos: a Enfermagem e os cuidados de proximidade. Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Azevedo, G., & Santos, V. (2006). Cuidador (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 14(5).
- Azzi, R., & Polydoro, S. (2006). Auto-eficácia proposta por Albert Bandura: algumas discussões. Em R. G. Azzi, & S. A. Polydoro, *Auto-eficácia em diferentes contextos* (pp. 9-23). São Paulo.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), pp. 564-572.
- Backman, K., & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Nordic college of caring sciences*, 15(3), pp. 195-202.
- Bakas, T., Austin, J., Okonkwo, K., Lewis, R., & Chadwik, L. (2002). Needs, concerns, Strategies and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience nursing*, 34(5), pp. 242-251.
- Baltes, M., & Silverberg, S. (1995). A dinâmica da dependência - autonomia no curso de vida. Em A. Neri, *Psicologia do envelhecimento: temas seleccionados na perspectiva do curso de vida* (pp. 73-110). São Paulo: Papyrus.
- Bandura, A. (1971). Vicarious and self-reinforcement processes. Em *The nature of reinforcement* (pp. 228-278). Nova Iorque: Academic Press.
- Bandura, A. (1977a). *Social Learning Theory*. Nova Iorque: General Learning Press.
- Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), pp. 191-205.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), pp. 1175-1184.
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. Encyclopedia of human behaviour. (A. Press, Ed.) *Academic Press*, 4, pp. 71-81. Obtido em 15 de Abril de 2011, de Information on Self-Efficacy - A Community of Scholars: <http://des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In (Ed.), (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. Em V. S. Ramachandran, *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). Nova Iorque: Academic Press. Obtido em Janeiro de 2020, de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control* (9 ed.). New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2000). Exercise oh Human Agency trough collective Efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9(3), pp. 75-78.

- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), pp. 143-164.
- Bandura, A. (2006). Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. Em F. PAJARES, & T. URDAN, *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (pp. 307-337). Information Age Publishing.
- Bandura, A. (2006). Toward a Psychological of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1, pp. 164-180.
- Bandura, A. (2009). Social cognitive theory goes global. *Psychologist*, 24(6), pp. 504-506.
- Bandura, A., & Benight, C. (2004). Social Cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and therapy*(42), pp. 1129-1148.
- Bandura, A., & Locke, E. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of applied psychology*, 88(1), pp. 87-99.
- Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Barros, M., & Batista-dos-Santos, A. (2010). Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista espaço acadêmico*, 112(10), pp. 1-9.
- Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de Enfermeiros*. Porto: Editora rei dos livros.
- Bastos, F. (2012). A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. *Tese de Doutoramento*. Porto.: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Berelson, B. (1971). *Content analysis in communication research*. Nova Iorque: Hafner Publ. Co..
- Berger, L. (1995). Cuidados de Enfermagem em gerontologia. Em L. Berger, & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas: uma abordagem global* (pp. 11-19). Lisboa: Lusodidacta.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Berry, J., & West, R. (1993). Cognitive self-efficacy in relation to personal mastery and goal setting across the life personal mastery and goal setting across the life span. *International journal of behavioral development*.(16), pp. 351-379.
- Bocchi, S. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 12(1), pp. 115-121.
- Bocchi, S., & Angelo, M. (2008). Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 16(1), pp. 15-23.

- Bonita, R. (2006). *Basic epidemiology* (2ª ed.). Genebra: OMS.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. Em C. Paúl, & M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-115). Lisboa: Climepsi.
- Botelho, M. (2009). *Idoso que cuida de idosa*. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Boughton, M., & Halliday, I. (2009). Home alone: patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary nurse*, 33(1), pp. 30-40.
- Brereton, L. (1997). Preparation for family care-giving: stroke as a paradigm case. *Journal of Clinical Nursing*(6), pp. 425-434.
- Brereton, I., & Nolan, M. (2002). Seeking': a key activity for new family carers of stroke survival of clinical nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), pp. 22-31.
- Bridges, W. (2004). *Transitions: making sense of life's changes*. Nova Iorque: Addison-Wesley.
- Brito, I. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. . Coimbra: Quarteto editora.
- Brito, M. (2004). A representação do juízo diagnóstico em Enfermagem. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Brito, M. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: uma teoria explicativa. *Tese de Doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Brown, A., & Mulley, G. (1997). Injuries sustained by caregivers of disabled elderly people. *Age and ageing*, 26(1), pp. 21-23.
- Burgess, R. (1997). *A pesquisa de terreno. Uma introdução*. Oeiras: Celta editora.
- Cabral, M. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cade, N. (2001). A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 9(3), pp. 43-50.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de saúde pública*(19), pp. 773-781.
- Caldas, C. (2006). O autocuidado na velhice. Em E. Freitas, *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 1117-1121). Rio de Janeiro: Guanabara koogan.
- Cameron, J., & Gignac, M. (2008). Timing it right: a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*. (70).
- Campos, M. J. (2008). Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado - Impacte da ação do Enfermeiro no processo de transição. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

- Campos, M. J., & Silva, A. (2011). A percepção de auto-eficácia específica dos membros da família prestadores de cuidados. *Referência*, 2(4), pp. 448-449.
- Campos, M., Padilha, J., & Oliveira, F. (Março de 2010). A família prestadora de cuidados: uma revisão da literatura. *Revista sinais vitais*(89), pp. 30-37.
- Carta Social. (2018). Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, da Solidariedade e Segurança Social.
- Carretero, S. (2007). Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(8), pp. 738-749.
- Carretero, S., Garce's, J., Rodenas, F., & Sanjosé, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(1), pp. 74-79.
- Carvalho, A. (2011). *Solidão e solidariedade: entre laços e as fracturas sociais*. Santa Maria da Feira: Afrontamento.
- Carvalho, M. (2010). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de Dependência: características do apoio informal familiar em português. *Revista kairós*, 12(1), pp. 77-96.
- Cavanagh, S. (1993). *Modelo de Orem: aplicação prática*. Barcelona: Ediciones Masson-Salvat.
- CCE (2006). *The demographic future of europe - from challenge to opportunity*. Bruxelas: Publicações da Comissão Europeia.
- Chambers, R. (2006). What we know about the practice and impact of self care. Em *Supporting self care in primary care* (pp. 14-29). Reino Unido: radcliffe publishing Lda.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Chiu, W. & Newcomer, R. (2007). A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional case management*, 12(6), pp. 330-336.
- Cho, S., et al. (2009). Wives and daughters: the differential role of day care use in the nursing home placement of cognitively impaired family members. *The gerontologist*, 49(1), pp. 57-67.
- Coleman, E. (2008). *Person-centered models for assuring quality and safety during transitions across care settings*. Obtido em 11 de fevereiro de 2013, de The care transitions program: <http://www.caretransitions.org/documents/coleman%20senate%20aging%20testimony%20july%202008.pdf>
- Coleman, E. et al. (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. *Journal of the american geriatrics society*, 52(11), pp. 1817-1825.

- Collière, M. (1989). *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Comley, A. (1994). A comparative analysis of orem's self-care model and peplau's interpersonal theory. *Journal of advanced nursing.*, 20(4), pp. 755-760.
- Cook, A. (2004). *Teaching needs of persons dealing with stroke as perceived by allied health*. Ohio: Medical college of Ohio. Master of science in nursing.
- Costa, A. (2003). Auto-eficácia e burnout. *Interação psy*, 20(1), pp. 34-67.
- Costa, A. (2013). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo Exploratório de base populacional no concelho do Lisboa. *Tese de Doutoramento*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Costa, E., & Boruchovitch, E. (2006). A autoeficácia e a motivação para aprender: considerações para o desempenho dos alunos. Em R. G. Azzi, & S. A. Polydoro, *Auto-eficácia em diferentes contextos*. Campinas, sp: alínea: 86-109. (pp. 86-109). Campinas: Alínea.
- Costa, M. (2002). *Cuidar de idosos - formação, práticas e competências dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Costa, S., & Castro, E. (2014). Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após alta hospitalar. *Revista brasileira de Enfermagem*, 67(6), pp. 979-986.
- Cruz, D., et al. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem referência*, pp. 127-136.
- Cunha, D. (2012). Famílias clássicas do concelho do porto com parentes institucionalizados: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio. *Tese de Mestrado*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Dadalto, E.; Cavalcante, F. (2021). O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. *SciELO Public Health*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.38482020>
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of advanced nursing*. 52(6), pp. 658-671.
- Davies, S., & Nolan, M. (2004). Making the move: relatives' experiences of the transition to a care home. *Health & social care in the community*. 12(6), pp. 517-526.
- Debusk, R., et al. (2004). Care management for low-risk patients with heart failure. *Annals of internal medicine*. 141(8), pp. 606-613.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Direção-geral de saúde (2004) - *Circular normativa n.º13/DGCG - Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Portugal: Ministério da saúde.

- Direção-geral de saúde (2005a) - *Cuidados de saúde e cuidados de longa duração – relatório preliminar*. Lisboa: Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Direção-geral de saúde (2005b) - *Elementos estatísticos: informação geral: saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-geral de saúde (2008) - *Plano nacional de saúde*. Lisboa: Ministério da saúde.
- Dixe, M. A., *et al.* (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19, 255. doi:10.1186/s12877-019-1274-0.
- Dixe, M. A., & Querido, A. I. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20013. doi:10.12707/RV20013
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their careers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced nursing*, 31 (5), pp. 1165-1173.
- Ducharme, F., *et al.* (2007). Changes in health outcomes among older husband caregivers: a one-year longitudinal study. *International journal of aging & human development*. 65(1), pp. 73-96.
- Duque, H. (2009). O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos Enfermeiros. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Duro, S. (2013). *Cuidar da família ao longo da vida*. Lisboa, Universidade Católica Editora.
- Elias, M. (2011). Contributos do apoio psicossocial, em contexto domiciliário, aos familiares cuidadores/idosos após fractura da extremidade proximal do fémur. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Entidade reguladora da saúde (2013). *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. ERS, Porto.
- Entidade reguladora da saúde (2019). *Informação de monitorização: acesso à RNCCI*. ERS, Porto. [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/2480/Info\\_monitoriza\\_o\\_RNCCI\\_4.mar.19.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2480/Info_monitoriza_o_RNCCI_4.mar.19.pdf)
- Esteves, A. J., & Pinto, J. M. (1997). O envelhecimento na área metropolitana do Porto. *Estatísticas e estudos regionais*. 14, pp. 22-30.
- Faria, M. C. (2018). Florescimento, Bem-estar e Envelhecimento Saudável. Leal, I., Humboldt, S., Ramos, C., Valente, A., & Ribeiro, J. (Eds.). 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promover e Inovar em Psicologia da Saúde: Actas. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, (p. 543- 551). ISBN: 978-972-8384-47-8. URI: <http://hdl.handle.net/10400.12/6113>
- Faria, M.C., *et al.* (2020). Visões sobre o envelhecimento. Beja: Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo Instituto Politécnico de Beja.

- Faucett, J., et al. (1990). The effect of Orem's self-care model on nursing care in a nursing home setting. *Journal of advanced nursing*. 15(6), pp. 659-666.
- Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social. Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Revista sociologia, problemas e práticas*. 36, pp. 39-52.
- Fernandes, C. (2012). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: percepção da autoeficácia do prestador de cuidados. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Fernandes, J. (2009). *Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Fernandes, J.; Filho, P. & Safons, M. (2018). Corpo, identidade e envelhecimento: uma perspetiva psicomotora. In O. C. de Sousa & M. M. C. Ricardo (Org.). *Cuidar da casa comum: da natureza, da vida, da humanidade. Oportunidades e responsabilidades do desporto e da educação física* (p. 147-152). Belo Horizonte: Casa da Educação Física.
- Fernandes, P. (2014). Famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da Maia: caracterização das necessidades da pessoa dependente. *Tese de Mestrado*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ferreira, A. (2015). Autocuidado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados: contributos da supervisão clínica em Enfermagem. *Tese de Mestrado*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ferreira, M. (2015). *Autonomia profissional: só um indivíduo autónomo terá sucesso*. Açores: Bubok.
- Fiedler, M.; Peres, K. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de saúde pública*. 24, pp. 409-415.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de família: um contexto do cuidar. *Tese de Doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M.; Martins, M. (2009). Dos contextos da prática à (co) construção do modelo de cuidados de Enfermagem de família. *Revista da escola de Enfermagem*. Usp, pp. 615-621.
- Figueiredo, R. (2007). A pessoa em fim de vida no hospital: modelos de cuidados que emergem da documentação de Enfermagem. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Flandrin, J. (1995). *Famílias - parentesco, casa e sexualidade na sociedade antiga*. Lisboa, editorial estampa.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora.

- Fonseca, A. (2018). Boas práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A., *et al.* (2010). Working family carers in Portugal: between the duty and the burden of caring for old vulnerable people. *International Journal of Palliative Nursing*. 16, pp. 476-480.
- Fonseca, A. M. (2018). Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de Boas Práticas em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar>.
- Fonseca, F. & Rizzotto, M. (2008) - Construção de instrumento para avaliação sóciofuncional em idosos. *Revista texto & contexto*. Florianópolis, vol.17, n.º2, abril-junho, pp.365-373.
- Fortin, M. (1999) *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, I. & Costa, I. (2001) Nível de dependência dos idosos. *Revista nursing*. Lisboa, n.º161, dezembro, pp. 21-25.
- Geirinhas, J. (2001). Conceitos e metodologias, BGRI - Base Geográfica de Referenciação de Informação. *Revista de estudos regionais*. INE, pp. 1-7.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: fundamentos para a prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ghasarian, C. (1999). *Introdução ao estudo do parentesco*. Lisboa: Terramar.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1992). *O inquérito - teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- Gibson, M., Kelly, K. & Kaplan, A. (2012). *Family caregiving and transitional care: a critical review*. San Francisco: Family Caregiver Alliance.
- Gil, A. (2007). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo, Editora atlas.
- Gilliam, C., & Steffen, A. (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging & mental health*. 10(2), pp. 79-86.
- Given, B., Sherwood, P., & Given, C. (2008). What knowledge and skills do caregivers need? *American journal of nursing*, 108 (9), pp. 28-34.
- Gonçalves, P. (2013). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado- estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto. *Tese de Doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Gonçalves, R. (2010). Famílias de idosos na quarta idade: dinâmicas familiares. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Gomes, A. (2010). *Envelhecimento. Memórias da velhice - pelas terras do sempre e do nunca*. Lisboa: Santa Casa de Misericórdia de Lisboa.
- Gonçalves, C. (2003a). *As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos*. Lisboa: INE.

- Gonçalves, C. (2003b). Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: uma análise exploratória dos resultados dos censos 2001. *Revista de estudos demográficos*, 33, pp. 69-94.
- Gonçalves, C., & Silva, C. (2004). Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal. *Revista de estudos demográficos*, pp. 143 - 169.
- Gonçalves, I., & Tourinho, F. (2012). *Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado*. São Paulo, Manole.
- Graham, S., & Weiner, B. (1996). *Theories and principles of motivation handbook of educational psychology*. Nova Iorque: Macmillan, pp. 63-84.
- Greenberg, R., et al. (2001). *Medical epidemiology*. Estados Unidos da América: McGraw-Hill companies.
- Grelha, P. (2009). Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Gulbenkian, F. (2009). *O tempo da vida - fórum Gulbenkian de saúde sobre o envelhecimento 2008/2009*. Cascais: Princípia.
- Gully, S., et al. (2002). A meta-analysis of team efficacy, potency, and performance: Interdependence and level of analysis as moderators of observed relationships. *Journal of Applied psychology*. 87, pp. 819-832.
- Gwyther, I. (2001). Family caregivers and long-term care: caring together. *Alzheimer's carequarterly*. 2(1), pp. 64-72.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. Loures: Lusociência.
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. Loures: Lusociência.
- Holsti, O. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Addison Wesley.
- Horan, P., et al. (2004). Exploring Orem's self-care deficit nursing theory in learning disability nursing: philosophical parity paper: part 1. Learning disability practice. *International journal of geriatric psychiatry*. 18(4), pp. 337-345.
- Hricik, A., Donovan, H., Bradley, S.E., Given, B.A., Bender, C.M., Newberry, A., Hamilton, R., Given C.W., & Sherwood, P. (2011) Changes in caregiver perceptions over time in response to providing care for a loved one with a primary malignant brain tumor. *Oncology Nursing Forum*. 38(2), pp. 149-155.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra, Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001: resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população - IV recenseamento geral da habitação/instituto nacional de estatística*. 2.º vol.: norte. Lisboa: INE.

- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Antecedentes, metodologia e conceitos: censos 2001: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação*. Instituto nacional de estatística: Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2005a). *Documento metodológico. Sistema integrado de metainformação documentação das operações estatísticas*. Instituto nacional de estatística, lisboa, Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2005b). Set2005. Lisboa: Destaque.
- Instituto Nacional de Estatística (2007). Ago2007. Lisboa: Destaque.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: Destaque.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011. Resultados definitivos de Portugal*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2012a). *Censos 2011*. Lisboa: Destaque.
- Instituto Nacional de Estatística (2012b). *Saúde e incapacidades em Portugal 2011*, Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2012c). *Censos 2011 resultados definitivos – região norte*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa: INE.
- International Council of Nurses (2006). *Cipe - classificação internacional para a prática de Enfermagem: versão 1.0* (cipe versão 1- tradução oficial portuguesa). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Dia internacional do Enfermeiro*. Genebra: ICN.
- International Council of Nurses (2011). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0* (CIPE versão 2 - tradução oficial portuguesa) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses (2019). ICNP Browser. Obtido em 21 de Dezembro de 2019, de International Council of Nurses: <https://www.icn.ch>
- Isaacs, B. (1992). *The Challenge of Geriatric Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Jede, M., & Spuldaro, M. (2009). Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. *Rbceh*. 6(3), pp. 413-421.
- Jekel, J., et al. (1999). *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Johnson, M. et al. (2008). *NOC-classificação de resultados de Enfermagem*. Porto Alegre: Elsevier editora.

- José, J., & Wall, K. (2002). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. *Actas dos ateliers do V congresso português de sociologia*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Kathy, C. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Kellett, U. (1999). Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. *Journal of advanced nursing*. 29(6), pp. 1474-1481.
- Kérouac, S., et al. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Koch, T.; Kralik, D. (2001). Chronic illness: reflections on a community-based action research programme. *Journal of advanced nursing*. 36(1), pp. 23-31.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of advanced nursing*. 39(2), pp.146–154.
- Kralik, D., et al. (2004). Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of clinical nursing*. 13(2), pp. 259-267.
- Kralik, D., et al. (2006a). Resilience in the chronic illness experience. *Educational action research*. 14(2), pp.187-201.
- Kralik, D., et al. (2006b). Transition: a literature review. *Journal of advanced nursing*. 55(3), pp. 320-329.
- Kralik, D., & Van Loon, A. (2007). Understanding transition in chronic illness. *Australian nursing journal*. 15(2), pp. 29-29.
- Kuo, T., & Torres-Gil, F. (2001). Factors affecting utilization of health services and home- and community-based care programs by older taiwanese in the united states. *Research on aging*. 23, pp.14-36.
- Lacerda, M. R., & Oliniski, S. R. (2004). O familiar cuidador e a Enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. *Acta scientiarum health sciences*, 26 (1), pp. 239-248.
- Lage, I. (2005b). Cuidados familiares a idosos. Em C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 40-43). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lage, M. I. (2007). Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Last, J. (1995). *Um dicionário de epidemiologia*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da saúde.
- Leão, A. (2012). A percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados após um internamento do familiar dependente. *Tese de Mestrado*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Lee, C., & Bobko, P. (1994). Self-efficacy beliefs: comparison of five measures. *Journal of applied psychology*. 79(3), pp. 364-369.

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

Leonardo, V. (2011). Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Leocadie, M., et al. (2019). Win/win partnerships between Geneva health-related institutions and caregivers of people with dementia: a descriptive cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7014-8>.

Levine, C. (2006). Caregiver assessment: voices and views from the field. Report from a national consensus development conference (vol. II). San Francisco: family caregiver alliance.

Levine, C.; Feinberg, I. (2012). Transitions in care: are they person - and family - centered? *Journal of the American society on aging*, 36 (4), pp. 36-44.

Li, H., et al. (2000). Families and hospitalized elders: a typology of family care actions. *Research in nursing and health*. 23(1), pp. 3-16.

Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Lin, P., & Lu, C. (2005). Hip fracture: family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of clinical nursing*. 14(6), pp. 719-726.

Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lopes, I. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista portuguesa de saúde pública*. 25, pp. 39-46.

Lopes, M.; et al. (Janeiro-Fevereiro de 2013). Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(9).

Lourenço, M. (2015). A promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: um modelo de intervenção de Enfermagem em cuidados continuados. *Tese de Doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Loureiro, M. et al. (2007) As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes Idosos - diagnóstico de situação. *Revista geriátrica*. Lisboa, vol.3, n.º15, maio-junho, pp.50-58.

Louro, M. (2009). Cuidados continuados no domicílio. *Tese de Doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Louro, M. (2010). A pessoa doente e dependente: do hospital ao domicílio. *Revista investigação em Enfermagem*. 59-68.

Lwanga, S.; Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva, world health organization.

Maia, H. (2012). Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

- Marconi, M.; Lakatos, M. (1999). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.
- Marçal, M. (1998). A análise conceptual na investigação em Enfermagem". *Revista pensar Enfermagem*. Lisboa, vol.2, n.º2, pp.4-8.
- Marçal, T. (2006) Proximidade é a palavra-chave do encontro. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, n.º21, p.53-54.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com pasw statistics (ex spss)*. Pêro Pinheiro: Report number, análise e gestão de informação Lda.
- Marôco, J.; Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do *alfa de cronbach*? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de psicologia*. 4(1), pp. 65-90.
- Marote, A., et al (2005). Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da região Autónoma da Madeira. *Sinais Vitais*.(61)
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*. Coimbra: Formasau.
- Márquez-González, M., et al. (2009). Reliability and validity of the spanish version of the revised scale for caregiving self-efficacy. *Clinical gerontologist*. 32(4), pp. 347-357.
- Mars, G., et al. (2007). How do people with COPD or diabetes type 2 experience autonomy? An exploratory study. *Disability & rehabilitation*. 29, pp. 485-493.
- Martin, H., et al. (1999). *Epidemiologia: teoría, investigación y práctica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A..
- Martínez, I., & Soria, M. (2006). Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. *Estudios financieros*. 45(279), pp. 175-202.
- Martinez-Marcos, M., & Benjumea, C. (2013). How women caregivers deal with their own long-term illness: a qualitative study. *Journal of advancing nursing*, 70 (8), pp. 1825-1836.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao ibm spss. Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios edições.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família. O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. (2004). O doente e a família: uma parceria de cuidados. *Tese Doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Martins, R. (2010). A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garret, C. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista referência*, 11 (1), pp. 17-31.

- Martins, T., *et al.* (2016). *A pessoa dependente e os familiares cuidadores*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Matias, I. (2011). *Tomar conta de dependentes em casa: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados pelos membros da família prestadores de cuidados no concelho de Lisboa. Tese de Mestrado*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Maurer, T., & Andrews, K. (2000). Traditional, likert and simplified measures of self-efficacy. *Educational and psychological measurement*. 60(6).
- Maurer, T., & Pierce, H. (1998). A comparison of likert scale and traditional measures of self-efficacy. *Journal of applied psychology*. 83(2), pp. 324-329.
- Mausner, J., & Kramer, S. (2007). *Introdução à epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- McAleese, P., & Odling-Smee, W. (1994). The effect of complications on length of stay. *Ann surg*. 220(6), pp. 740-744.
- McCorkle, R. (2006). A program of research on patient and family caregiver outcomes: three phases of evolution. *Oncology nursing forum*. 33(1), pp. 25-31.
- McGuire, I., *et al.* (2007). Supportive care needs of americans: a major issue for women as both recipients and providers. *Journal of women's health*. 16(6), pp. 784-789.
- McMillan, S., & Small, B. (2007). Using the cope intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: a clinical trial. *Oncology nursing forum*. 34(2), pp. 313-321.
- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott company.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development & progress*. Philadelphia: Lippincott company.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova lorque: Springer publishing company, llc.
- Meleis, A. (2011). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova lorque: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., *et al.* (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*. 23(1), pp. 12-28.
- Meleis, A., & Chick, N. (2010). *Transitions: a nursing concern*. Em T. T.-R. Practice, *Meleis, A.* (Vol. 23, pp. 24-37). Nova lorque: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*. 42(6), pp. 255-259.

- Melo, M. (2010). Autocuidado em doentes com hemiplegia: cuidados continuados de convalescença. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Mendes, A. J. (2012). *Direito ao envelhecimento- perspectiva jurídica dos deveres familiares relativamente a entes idosos*. Braga: Universidade do Minho.
- Mendes, P.N., et al. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87-94. doi.org/10.1590/1982-0194201900012.
- Miller, E. (2000). Partnering: a remedy for the emerging caregiving crisis? *Rehabilitation nursing*. 25(4), pp 124-125.
- Minayo, M.C.S. et al. (2019). Estudo Situacional dos Idosos Dependentes. Rio de Janeiro: Claves-Fiocruz.
- Minayo, M.C.S. (2021). Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. *SciELO Public Health*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30872020>.
- Ministério da Saúde (1998). *Os mais velhos: relatório de actividades*. Lisboa : Ministério da Saúde, Portugal.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde, Portugal.
- Mistiaen, P., et al. (1997). The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of advanced nursing*. 25(6), pp. 1233-1240.
- Mota, F. M. (2014). Dependência no autocuidado em internamentos de medicina física e reabilitação: um estudo qualitativo. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Monteiro, M. (2010). Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar: o início da dependência. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Montgomery, R.; Koloski, K. (2009). Caregiving as a process of changing identity: implications for caregiver support. *Journal of the American society on aging*, 33 (1), pp. 47- 52.
- Mooi, E., & Sarstedt, M. (2011). *Cluster analysis. A concise guide to market research*. Berlin: Springer berlin Heidelberg, pp. 237-284.
- Moorhead, S., et al. (2008). *Classificação dos resultados de Enfermagem (NOC)*. Porto Alegre: Artmed.
- Morse, J. (2007). *Metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- Nanda, I. (1999). *Nursing diagnoses: definitions & classification*. Philadelphia: Nanda international.
- Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. Filadélfia: Lippincott company.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Nogueira, J. M. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Gabinete de estratégia e planeamento - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS). Lisboa: MTSS.
- Nogueiro, H., & Remoaldo, P. C. (2010). *Olhares geográficos sobre a saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Nolan, M., et al. (1995). Developing a typology of family care: implications for nurses and other service providers. *Journal of advanced nursing*. 21(2), pp. 256-265.
- Nolan, M., et al. (2006). Transitions in care homes: towards relationship-centred care using the 'senses framework'. *Quality in ageing – policy, practice and research*. 7(3) , pp. 5-14.
- Nolan, M.; Dellasega, C. (2000). I really feel i've let him down': supporting family carers during long-term care placement for elders. *Journal of advanced nursing*. 31(4) , pp. 759-767.
- Nolan, M., & Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nursing practice. *Journal of advanced nursing*. 14(11), pp. 950-961.
- Nunes, I. (2007). *Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos – na encruzilhada do presente*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2013). *Relatório Primavera 2013 - Duas faces da saúde*. Obtido em 19 de Março de 2014, de Observatório Português dos Sistemas de Saúde: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2013/#>.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Relatório Primavera 2015 - Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?*. Obtido em 25 de Janeiro de 2016, de Observatório Português dos Sistemas de Saúde: [http:// www.apdh.pt/relatorio-primavera2015#](http://www.apdh.pt/relatorio-primavera2015#).
- OCDE (2015a). *Health at a glance 2015: OCDE indicators*. Paris: OCDE.
- OCDE/UE (2018). *Health at a glance: Europe 2018 – state of health in the EU cycle*. Paris: OCDE publishing.
- OCDE (2019). *Saúde em resumo 2019: indicadores da OCDE (resumo)*. Paris: OCDE publishing.
- OCDE/European observatory on health systems and policies (2019). *Portugal: perfil de saúde do país 2019*. Paris: OCDE publishing.
- OCDE (2015b). *Focus on health spending: health statistic 2015*. Paris: OCDE publishing.
- O'Leary, A. (1992). Self efficacy and health: behavioural and stress-physiological mediation. *Cognitive. Therapy and research*. 16(2), pp. 229-245.
- Oliveira, A. (2009). *Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto, Livpsic - edições de psicologia.
- Oliveira, J. (2012). *Psicologia do idoso. Temas complementares*. Porto: Livpsic – edições de psicologia.
- OMS (2015). *Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde*.

- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (1991). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Mason.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermaria en la practica*. Barcelona: Masson.
- Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. Londres: Mosby.
- Organização das Nações Unidas (1983). *Vienna international plan of action on aging*. Nova Iorque: UN.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Prevenção de doenças crónicas: um investimento vital*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Constituição da Organização Mundial de Saúde. Basic documents*. Supplement, october 2006. Genebra: OMS.
- Osório, A., & Pinto, F. (2007). *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Padilha, J. (2006). Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios da saúde. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Pais-Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. 3ª edição, Porto: Livpsic.
- Paiva e silva, A. (2006). *Sistemas de informação em Enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra: Formasau.
- Paixão, C. C. (2017). *Desenvolvimento de Competências Sociais no Cuidador Informal*. Lisboa: Editorial Cáritas.
- Pajares, F., Olaz, F. (2008). Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. Em A. Bandura, & S. Polydoro, *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp. 97-114). Porto Alegre: Artmed.
- Paschoal, S. (2007). Autonomia e independência. Em M. Netto, *Tratado de gerontologia*. (pp.609-621). 2ªed. São Paulo: Atheneu.
- Paterson, B. (2001). The shifting perspectives model of chronic illness. *Journal of nursing scholarship*. 33(1), pp. 21-26.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, M. (1997) *Lá para o fim da vida, idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almeida.

- Paúl, M. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista sociologia*. Porto, vol.15, pp.275- 287.
- Pavarini, S., & Neri, A. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. Em Y. Duarte & M. Diogo, *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp.49-70). São Paulo: Atheneu.
- Pereira, A. (2008). *Cuidadores familiares e idosos dependentes: perfil, motivos e satisfação com a vida*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, E. (2011). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado relevância da definição dos cuidados prestados. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Pereira, F. (2007). Informação e qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de Enfermagem. *Tese de Doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros*. Coimbra, Formasau.
- Pereira, I. (2011). Do hospital para casa: estrutura da ação de Enfermagem. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Pereira, I., & Silva, A. (2012). Ser cuidador familiar: a perceção do exercício do papel. *Pensar Enfermagem*, 16 (1), pp. 16-21.
- Pereira, M.; Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: conceito e validação da escala. *Análise psicológica*. 22(3), pp. 585-595.
- Pereira, R. (2008). A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - estudo exploratório em meio hospitalar. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Pérez-Cruz, M., et al. (2017) Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*, 49(7), 381-388.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura. *Revista investigação em Enfermagem*, número 21 (1), pp. 43-58.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado - conceito central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2013). A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador. *Tese de Doutoramento*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

- Petronilho, F. et al. (2010). Caracterização do doente após evento crítico – impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista sinais vitais*. Coimbra, n.º88, janeiro, pp.41-47.
- Petronilho, F., Oliveira, J., Moreira, S., Pereira, C., & Magalhães, A. (2015). Condição de saúde dos dependentes: estudo exploratório numa unidade de média duração e reabilitação. *Evidências* (i suplemento), 9.
- Pimentel, I. (2005). *O lugar do idoso na família - contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pimentel, I. (2013). *Filho és, pai serás...cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Pimentel, I., & Albuquerque, C. (2010). Solidariedades familiares e o apoio a idosos. Limites e implicações. *Textos & contextos*. 9(2), pp. 251-263.
- Pinto, A., et al. (2010). Acolher em casa o utente dependente com afecção neurocirúrgica: vivências da família/pessoa significativa. *Revista investigação em Enfermagem*. pp. 69-81.
- Plöthner, M., et al. (2019). Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: A systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 19, 82-104. doi.org/10.1186/s12877-019-1068-4.
- Pocinho, R. (2014) *Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las universidades de mayores en Portugal*. Valência: Universidade de Valência.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D., et al. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto alegre: Artmed
- Polit, D., et al. (2006). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Porto alegre: Artmed.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Porto alegre: Artes Médicas.
- Pordata (2015a). *Retrato de Portugal na Europa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Pordata (2015b). *Retrato de Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Pordata (2018). *Retrato de Portugal edição 2018*. Lisboa: Autor. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Retratos/2018/Retrato+de+Portugal+na+Europa-75>.
- Pordata (2019). *Retrato de Portugal na Europa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Portugal, Decreto-lei n.º 101/2006. *Diário da República* de 06 de junho – I série A, n.º109.
- Portugal, Decreto-lei n.º 163/2006. *Diário da República* de 08 de agosto - I série, n.º152.
- Portugal, Decreto-lei n.º 28/2008. *Diário da República* de 22 de fevereiro - I série, n.º38.
- Portugal, Decreto-lei n.º 281/2003. *Diário da República* de 08 de novembro - I série B, n.º259.

- Portugal, Despacho n.º 6716-A/2007. *Diário da República* de 05 Abril - II série, n.º 68 (1º Suplemento)
- Prado, P., & Petrilli, F. (2002). Causas da inserção de idosos em instituição asilar. Rio de Janeiro: *revista de Enfermagem*. 6(1), pp. 135-143.
- Queirós, C. (2012). Avaliação da perceção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de familiares dependentes no autocuidado: estudo exploratório no concelho do porto. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista investigação em Enfermagem*. Coimbra, n.º21, fevereiro, pp. 5-7.
- Queirós, P. (2013). O que os Enfermeiros pensam da Enfermagem? Dados de um grupo de informantes. *Revista investigação em Enfermagem*, 2(5), pp. 57-65.
- Quental, A. et al. (2004). Avaliação do nível de dependência nos idosos – elaboração de um instrumento de medida baseado no conceito de risco. *Revista nursing*. Lisboa, n.º186, março, pp.19-23.
- Quivy, R. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ª ed. Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R., & Campenhoudt, I. (1992). *Manual de investigação em ciências*. Lisboa: Gradiva.
- Rabelo, D., & Cardoso, C. (2007). Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-usf*. 12(1), pp. 75-81.
- Ramón-Arбуés, E., et al. (2017). Factores determinantes de la sobrecarga del cuidador: Estudio de las diferencias de género. *Atención Primaria*, 49(5), 308-313. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-determinantes-sobrecarga-del-cuidador--S0212656716302487>.
- Ramos, P. (2010). Transição hospital/casa – dificuldades dos cuidadores familiares. Tese de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa.
- Rede nacional de cuidados continuados integrados (2010). *RNCCI –Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ribeiro, O. (2011). Famílias com dependentes no autocuidado: um olhar sobre a pessoa dependente. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª ed). Porto: Livpsi.
- Ricarte, I. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Ribeira Grande. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Rocha, B. M., & Pacheco, J. E. (2013). Elderly persons in a situation of dependence: Informal caregiver stress and coping. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 50-56. doi.org/10.1590/S0103- 21002013000100009.

- Rocha, M. (2015). Dependência no autocuidado em contexto familiar – estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia. *Tese de Doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Rodrigues, A., et al. (2004). *Grounded theory: problemas de "alicerçagem"*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Rodríguez-González, A. M., et al. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-165. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-observacional-transversal-sobrecarga-cuidadoras-S0212656716301962>.
- Rodríguez-Sánchez, E. et al. (2010). Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers – study protocol. *BMC public health*. 10, pp. 559.
- Romão, A., et al. (2008). *As necessidades dos cuidadores informais. Estudo na área do envelhecimento*. Lisboa: Cmykgloss impressores.
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sakellarides, C. (2009). *Novo contrato social da saúde - incluir as pessoas*. Loures: Diário de bordo.
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer*. Lisboa: Lidel.
- Santos, A. (2004). Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no concelho da Lourinhã*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Satow, R. (2007). *Cuidar dos nossos pais. Fazer o que está certo mesmo quando eles não cuidaram de nós*. Cruz quebrada: Estrela polar.
- Schoenmakers, B. (2005). *Desenvolvimento de uma metodologia de amostragem para caracterização da ocupação do solo de Portugal continental*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Schumacher, K. (1995). Family caregiver role acquisition: role-making through situated interaction. *Scholarly inquiry for nursing practice*. 9, pp. 211-271.
- Schumacher, K., et al. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in nursing & health*. 23(3), pp. 191-203.
- Schumacher, K., et al. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology nursing forum*. 35(1): 49-56.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: journal of nursing scholarship*. 26(2), pp. 119-127.

- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: rev. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 17, pp. 29-41.
- Segaric, C., & Hall, W. (2005). The family theory-practice gap: a matter of clarity? *Nursing inquiry*. 12(3), pp. 210-218.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel.
- Serna, E., & Souza, R. (2006). Mudança nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânioencefálico para cuidador-familiar. *Revista latino-americana de Enfermagem*. 14(2), pp. 183-189.
- Serra, A. V. (2005). *O stress na vida de todos os dias*. 3ª ed. Coimbra: Ed. de autor.
- Shyu, Y. (2000a). Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. *Journal of advanced nursing*. 31(1), pp. 35-43.
- Shyu, Y. (2000b). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of advanced nursing*. 32(3), pp. 619-625.
- Shyu, Y., Chen, M., Chen, S., Wang, H., & Shao, H. (2008). A family caregiver: oriented discharge planing program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of clinical nursing*, 17 (18), pp. 2497-2508.
- Shyu, Y., Chen, M., Liang, J., & Tseng, M. (2011). Trends in health outcomes for family caregivers of hip-fractured elders during the first 12 months after discharge. *Journal of advanced nursing*, 68 (3), pp. 658-666.
- Silva, A. (2012). Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55(1-2), pp. 11-20.
- Silva, A., & Gonçalves, I. (2010). *Cuidado à pessoa idosa. Estudos no contexto luso-brasileiro*. Porto alegre: Editora Sulina.
- Silva, J. (2019). Idosos que cuidam de idosos: A espiritualidade e a satisfação com a vida aliada aos cuidados informais a idosos. *Tese de Mestrado*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais Escola Superior de Saúde.
- Silva, M. (2007). Educar para o autocuidado num serviço hospitalar. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Silva, M. (2012). *A crise, a família e a crise da família*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Silva, M., et al. (2006). Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de fortaleza – Ceará. *Acta paulista de Enfermagem*. 19, pp. 201-206

- Silva, R. (2011). Dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. *Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Simões, J. et al. (2017). Portugal: health system review. *Health systems in transition*, 19(2), pp. 1–184.
- Spag, J., et al (2010). Estrategias inovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev. Panam Salud Publica*. 27(1).
- Sousa, I., et al. (2006). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, I., et al. (2007a). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.
- Sousa, I., et al. (2007b). *Famílias pobres: desafios à intervenção social*. Lisboa: Climepsi.
- Sousa, I., et al. (2007). Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 15(2), pp. 337-343.
- Stajduhar, K., Funk, I., & Outcalt, I. (2013). Family caregiver learning: how family caregivers learn to provide care at the end of life: a qualitative secondary analysis of four datasets. *Palliative medicine*, 27 (7), pp. 657-664.
- Stoltz, P., et al. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. *Scandinavian journal of caring sciences*. 18(2), pp 111-119.
- Stone, D., et al. (1999). *Introdução à epidemiologia*. Alfragilde: McGraw-Hill Portugal.
- Storch, H., & Zwiers, F. W. (2003). *Statistical analysis in climate research*. Cambridge: Cambridge university press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto alegre: Artmed.
- Streubert, H.; Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusodidata.
- Teixeira, M. A. V. (2017). Centros de Dia em Meio Rural: “O olhar do utilizador”. Trabalho académico para obtenção do Título de Especialista. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Tojal, A., Ramos, D., & Gomes, M. (2005). Suporte social, uma variável a ter em conta. *Sinais vitais*.(60).
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Torres, G., et al. (2009). Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Avaliação psicológica*. Vol.8, n.º3, pp. 415-423.
- Trigo, M. (2012). Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado: estudo descritivo de base populacional no concelho da Maia. *Tese de Mestrado*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Turkman, M., & Silva, G. (2000). *Modelos lineares generalizados – da teoria à prática*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Estatística.
- United Nations (2015). *World population ageing 2015*. Department of economic and social affairs, Population division.
- Webber, D., Guo, Z., & Mann, S. (2013). Self-care in health: we can define it, but should we also measure it?. *Selfcare*, 4(5), pp. 101-106.
- WHO (2009). *World Health Organization*. Obtido em 2 de Julho de 2015, de Self-care in the context of primary health care: report of the regional consultation: [www.searo.who.int/entity/primary\\_health\\_care/.../sea\\_hsd\\_320.pdf](http://www.searo.who.int/entity/primary_health_care/.../sea_hsd_320.pdf)
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista investigación y educación en enfermería*. 17(2), pp. 109-118.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista saúde pública*, 43 (3), pp. 548-554.
- Veríssimo, C. (2004). Idosos dependentes: importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados”. *Nursing*. Lisboa, n.º187, abril, pp. 20-24.
- Vidal, P. M. (2005). *Estatística prática para as ciências da saúde*. Lisboa: Lidel.
- Viegas, S., & Gomes, C. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar.
- Vieira, E. (2004). *Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Vitor, A., et al. (2010) Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de Enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 14, pp. 611-616.
- Wilkinson, A., & Whitehead, I. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International journal of nursing studies*, 46 (8), pp. 1143-1147.
- Wilson, V. (2004). Supporting family carers in the community setting. *Nursing standard*. 18(29): pp. 47-53.
- Winslow, B. (1998). Family caregiving and the use of formal community support services: a qualitative case study. *Issues in mental health nursing*. 19(1), pp. 11-27.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de Enfermagem. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 7(3), pp. 25-32.
- Zhu, W., Jiang, Y. (2018). A meta-analytic study of predictors for informal caregiver burden in patients with stroke. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 27(12), 3636-3646. doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.08.037.
- Zimmerman, g. (2005). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto alegre: Artmed.

# Anexos

---

## **ANEXOS**

### **ANEXO I- Operacionalização das variáveis**

Alojamento da FC

Família Clássica

Caracterização do familiar PC (Variáveis sociodemográficas)

Caracterização da PD no AC (Variáveis sociodemográficas)

Dependência

Estado de saúde da PD

Itens da escala da dependência no AC por domínios

Caracterização dos recursos

Autoeficácia específica do PC relativa ao exercício do papel

Itens da escala da autoeficácia específica do cuidador familiar, por domínios do AC

Itens da escala da autoeficácia específica do cuidador familiar, por domínios de ação

Caracterização dos cuidados prestados

Distribuição dos itens relativos à caracterização dos cuidados prestados

Valores atribuídos às variáveis sujeitas a nova computação relativos aos cuidados prestados

Condição de saúde

Caracterização da condição de saúde da PD no AC

### **ANEXO II- Formulário: Parte I (preliminar)**

### **ANEXO III- Formulário: Parte II (PCD)**

### **ANEXO IV- Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em projeto de investigação**

### **ANEXO V- Guião da entrevista semiestruturada**



## **Anexos**

---

### **ANEXO I- Operacionalização das variáveis**



<b>VARIÁVEL: ALOJAMENTO DA FC</b>		
<b>Dimensões/Componentes</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Indicadores</b>
Edifício de alojamento familiar	Qualitativa Nominal	Clássico: moradia Clássico: apartamento Clássico: outro tipo Não clássico (barraca, móvel, improvisado)
Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)	Qualitativa Ordinal	Muito grandes Grandes Médias Pequenas Nenhumas
Edifício com acessibilidade a PMC	Qualitativa Nominal	Sim/Não
Área útil	Quantitativa	Numérico
Número de divisões	Quantitativa	Numérico
Número de ocupantes	Quantitativa	Numérico
Alojamento com: Retrete Água canalizada Instalação de banho ou duche Aquecimento	Qualitativa Nominal	Sim/Não Sim/Não Sim/Não Sim/Não

<b>VARIÁVEL: FAMÍLIA CLÁSSICA</b>		
<b>Dimensões/ Componentes</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Indicadores</b>
Tipo de família	Qualitativa ordinal	Clássica sem núcleos Clássica com um núcleo Clássica com dois núcleos Clássica com três núcleos
Rendimentos do agregado/mês	Qualitativa ordinal	Até 250 euros De 251 a 500 euros De 501 a 1000 euros De 1001 a 2000 euros De 2001 a 5000 euros Mais de 5000 euros
Número de membros de família	Quantitativa	Numérico (absoluto)

<b>VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PRESTADOR DE CUIDADOS</b>		
<b>Dimensões/Componentes</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Indicadores</b>
Sexo	Qualitativa Nominal	Masculino Feminino
Idade	Quantitativa	nº de anos entre o nascimento e o dia de aplicação do formulário (anos completos)
Estado Civil	Qualitativa Nominal	Casado/União de facto Solteiro Viúvo Divorciado
Nacionalidade	Qualitativa Nominal	Portuguesa Não Portuguesa (especificar)
Nível de Escolaridade	Qualitativa Ordinal	Nenhum Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos) Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos) Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos) Ensino secundário (11 ou 12 anos) Ensino superior
Profissão	Qualitativa Nominal	Membros das forças armadas Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa Especialistas das profissões intelectuais e científicas Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares Pessoal dos serviços e vendedores Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca Operários, artifices e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Pensionista/Reformado Estudante Outra
Coabita com o dependente	Qualitativa Nominal	Sim/Não
Parentesco	Qualitativa Nominal	Marido/Esposa Pai/Mãe Filho/Filha Irmão/Irmã Afinidade (nora; padrastrô; cunhado) Sem grau de parentesco Outra

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DA PESSOA DEPENDENTE		
Dimensões/Componentes	Tipo de variável	Indicadores
Sexo	Qualitativa Nominal	Masculino Feminino
Idade	Quantitativa	n.º de anos entre o nascimento e o dia de aplicação do formulário
Estado Civil	Qualitativa Nominal	Casado/União de facto Solteiro Viúvo Divorciado
Nacionalidade	Qualitativa Nominal	Portuguesa Não Portuguesa (especificar)
Nível de Escolaridade	Qualitativa Ordinal	Nenhum Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos) Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos) Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos) Ensino secundário (11 ou 12 anos) Ensino superior
Profissão	Qualitativa Nominal	Membros das forças armadas Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa Especialistas das profissões intelectuais e científicas Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares Pessoal dos serviços e vendedores Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca Operários, artifices e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Pensionista/Reformado Estudante Outra

VARIÁVEL: DEPENDÊNCIA		
Dimensões/Componentes	Tipo de variável	Indicadores
Situação que originou a dependência Envelhecimento Acidente Doença Aguda Doença Crónica Outra	Qualitativa Nominal	Sim/Não Sim/Não Sim/Não Sim/Não Sim/Não
Instalação da dependência	Qualitativa Nominal	Súbita Gradual
Tempo de dependência	Quantitativa	Numérico

VARIÁVEL: ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE		
Dimensões/Componentes	Tipo de variável	Indicadores
Consumo de medicamentos	Qualitativa Nominal	Sim/Não
Variedade de fármacos	Quantitativa	Numérico
Número de fármacos nas tomas/dia	Quantitativa	Numérico
Internamento no último ano	Quantitativa	Nenhum Um Dois Três Mais de três (especificar)
Episódios de recursos ao SU, no último ano	Quantitativa	Nenhuma Uma Duas Três Mais de três (especificar)

<b>VARIÁVEL: AUTOUIDADO (Variável Qualitativa Ordinal)</b>				
<b>Dimensões/Componentes</b>	<b>Indicadores</b>			
	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
<b>AUTOUIDADO: Tomar banho</b>	1	2	3	4
Obtém objetos para o banho Consegue água Abre a torneira Regula a temperatura da água Regula o fluxo da água Lava-se no chuveiro Lava o corpo Seca o corpo				
<b>AUTOUIDADO: Vestir-se e despir-se</b>	1	2	3	4
Escolhe as roupas Retira as roupas da gaveta e do armário Segura as roupas Veste as roupas na parte superior do corpo Veste as roupas na parte inferior do corpo Despe as roupas na parte superior do corpo Despe as roupas na parte inferior do corpo Abotoa as roupas Desabotoa as roupas Usa cordões para amarrar Usa fechos Calça as meias Descalça as meias Calça os sapatos Descalça os sapatos				
<b>AUTOUIDADO: Arranjar-se</b>	1	2	3	4
Penteia ou escova os cabelos Barbeia-se Aplica maquilhagem Cuida das unhas Usa um espelho Aplica desodorizante Limpa a área do períneo Limpa as orelhas Mantém o nariz desobstruído e limpo Mantém a higiene oral				
<b>AUTOUIDADO: Alimentar-se</b>	1	2	3	4
Prepara os alimentos para a ingestão Abre recipientes Utiliza utensílios Coloca o alimento nos utensílios Pega no copo ou chávena Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão Leva os alimentos à boca com recipiente Leva os alimentos à boca com os utensílios Bebe por copo ou chávena Coloca os alimentos na boca Conclui uma refeição				
<b>AUTOUIDADO: Uso do sanitário</b>	1	2	3	4
Ocupa e desocupa o sanitário Tira as roupas Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar Ergue-se da sanita Ajusta as roupas após a higiene íntima				
<b>AUTOUIDADO: Elevar-se</b>	1	2	3	4
Levanta parte do corpo				
<b>AUTOUIDADO: Virar-se</b>	1	2	3	4
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro				
<b>AUTOUIDADO: Transferir-se</b>	1	2	3	4
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				
<b>AUTOUIDADO: Usar cadeira de rodas</b>	1	2	3	4
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança				

Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida				
<b>AUTOCUIDADO: Andar</b>	1	2	3	4
Suporta o próprio corpo na posição de pé Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos Sobe e desce degraus Deambula em aclives e declives Percorre distâncias curtas (<100m) Percorre distâncias moderadas (>100m<500m) Percorre longas distâncias (>500m)				
<b>AUTOCUIDADO: Tomar medicação</b>	1	2	3	4
Providencia medicamentos Prepara a medicação Toma a medicação				

VARIÁVEL: RECURSOS		
Variável	Tipo de variável	Valor
Recursos Necessários	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Recursos Utilizados	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Razões da não utilização	Qualitativa nominal	Desconhece funcionamento Desconhece acesso Económica Não desejado Limitações da residência Outra

VARIÁVEL: PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DO PC RELATIVA AO EXERCÍCIO DO PAPEL		
Variável	Tipo de variável	Valor
PAE (por domínio de AC: tomar banho; Alimentar-se; Vestir-se; Usar o sanitário; Virar-se; Transferir-se; Andar; Autoadministração da medicação)	Qualitativa Ordinal	Incompetente Pouco competente Competente Muito competente

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DO AC	
Domínio	Itens
Tomar banho	O PC sente-se competente para perceber a necessidade de cuidados de higiene do FDA O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA O PC sente-se competente para cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene ao FDA O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao FDA O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho do FDA O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho do FDA O PC sente-se competente para dar banho ao FDA O PC sente-se competente para pentear o cabelo ao FDA O PC sente-se competente para lavar os dentes ao FDA O PC sente-se competente para cortar as unhas ao FDA O PC sente-se competente para barbear o FDA O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene O PC sente-se competente para incentivar o FDA a participar nos cuidados de higiene O PC sente-se competente para avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao FDA pelos profissionais de saúde O PC sente-se competente para negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados ao FDA pelos profissionais

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DO AC	
Domínio	Itens
Alimentar-se	<ul style="list-style-type: none"> <li>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de comer ao FDA</li> <li>O PC sente-se competente para detetar sinais de desnutrição do FDA</li> <li>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de beber ao FDA</li> <li>O PC sente-se competente para detetar sinais de desidratação do FDA</li> <li>O PC sente-se competente para perceber se o FDA ingere de forma segura alimentos ou líquidos</li> <li>O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</li> <li>O PC sente-se competente para cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do FDA</li> <li>O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</li> <li>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</li> <li>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</li> <li>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</li> <li>O PC sente-se competente para dar de comer/beber ao FDA</li> <li>O PC sente-se competente para posicionar o FDA para as refeições</li> <li>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições</li> <li>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a comer/beber sozinho</li> </ul>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DO AC	
Domínio	Itens
Vestir-se e despir-se	<ul style="list-style-type: none"> <li>O PC sente-se competente para escolher o vestuário do FDA</li> <li>O PC sente-se competente para perceber se a roupa/calçado do FDA estão adequados à temperatura ambiente</li> <li>O PC sente-se competente para perceber se a roupa/calçado do FDA estão adequados ao seu tamanho</li> <li>O PC sente-se competente para alterar o vestuário do FDA, relativamente àquilo que é habitual</li> <li>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para vestir o FDA</li> <li>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se vestir</li> <li>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se vestir</li> <li>O PC sente-se competente para vestir e calçar o FDA</li> <li>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o respetivo vestuário e o calçado</li> <li>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a vestir-se e a calçar-se</li> </ul>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DO AC	
Domínio	Itens
Uso do sanitário	<ul style="list-style-type: none"> <li>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de urinar/evacuar do FDA</li> <li>O PC sente-se competente para detetar se a pele da região perineal do FDA se encontra limpa e seca</li> <li>O PC sente-se competente para determinar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar</li> <li>O PC sente-se competente para cumprir o horário e o local estabelecido para o FDA urinar/evacuar</li> <li>O PC sente-se competente para modificar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual</li> <li>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</li> <li>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</li> <li>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</li> <li>O PC sente-se competente para trocar a fralda ao FDA</li> <li>O PC sente-se competente para trocar o coletor urinário do FDA</li> <li>O PC sente-se competente para colocar a arrastadeira/urinol ao FDA</li> <li>O PC sente-se competente para lavar a região perineal do FDA</li> <li>O PC sente-se competente para colocar o FDA na sanita</li> <li>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e o local utilizado para o FDA urinar/evacuar</li> <li>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a usar a casa de banho para urinar/evacuar</li> </ul>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DO AC	
Domínio	Itens
Virar-se	<p>O PC sente-se competente para detetar sinais precoces de úlcera de pressão no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais precoces de rigidez articular no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade do FDA mudar de posição</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o (s) horário (s) dos (s) posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para definir os posicionamentos adequados/inadequados do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário (s) e o (s) tipo (s) de posicionamento estabelecidos para o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o (s) horário (s) e tipo (s) de posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para posicionar o FDA (para prevenir UP)</p> <p>O PC sente-se competente para executar exercícios articulares ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para massajar os pontos de pressão ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para sentar o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e o tipo de posicionamentos</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a posicionar-se</p>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DO AC	
Domínio	Itens
Andar	<p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA na deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a duração e local da deambulação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário, a duração e local estabelecidos para o FDA deambular</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário, a duração e local da deambulação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para assistir o FDA a andar</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a andar</p>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DO AC	
Domínio	Itens
Transferir-se	<p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para transferir o FDA da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e a duração da transferência</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a transferir-se</p>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DO AC	
Domínio	Itens
Tomar medicação	<p>O PC sente-se competente para supervisionar as tomas de medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar efeitos secundários da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a medicação do FDA está a produzir os efeitos desejados</p> <p>O PC sente-se competente para definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário e a dose da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para administrar a medicação ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, dose e utilização de medicação em SOS</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a preparar e a tomar a medicação</p>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DE AÇÃO	
Domínio de Ação	Itens
Monitorizar	<p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de comer ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais de desnutrição do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de beber ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais de desidratação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se o FDA ingere de forma segura alimentos ou líquidos</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais precoces de UP no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais precoces de rigidez articular no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade do FDA mudar de posição</p> <p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA na deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a roupa/calçado do FDA estão adequados à temperatura ambiente</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a roupa/calçado do FDA estão adequados ao seu tamanho</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de urinar/evacuar do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar se a pele da região perineal do FDA se encontra limpa e seca</p> <p>O PC sente-se competente para supervisionar as tomas de medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar efeitos secundários da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a medicação do FDA está a produzir os efeitos desejados</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a duração e o local de deambulação do FDA</p>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DE AÇÃO	
Domínio de Ação	Itens
Decidir	<p>O PC sente-se competente para determinar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar para definir os posicionamentos adequados/inadequados do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher o vestuário do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação.</p>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DE AÇÃO	
Domínio de Ação	Itens
Trabalhar	<p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a participar nos cuidados de higiene</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a andar</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a preparar e a tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e a duração da transferência</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a transferir-se</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e tipos dos posicionamentos</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a posicionar-se</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a comer/beber sozinho</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o respetivo vestuário e o calçado</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a usar a casa de banho para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a vestir-se e a calçar-se</p>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DE AÇÃO	
Domínio de Ação	Itens
Ajustar	<p>O PC sente-se competente para modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o vestuário do FDA, relativamente àquilo que é habitual</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário, a duração e o local da deambulação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual</p> <p>O PC sente-se competente para ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS</p>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DE AÇÃO	
Domínio de Ação	Itens
Providenciar	<p>O PC sente-se competente para dar banho ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para pentear o cabelo ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para lavar os dentes ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cortar as unhas ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para barbear o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para vestir e calçar o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para dar de comer/beber ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para posicionar o FDA para as refeições</p> <p>O PC sente-se competente para posicionar o FDA (para prevenir UP)</p> <p>O PC sente-se competente para executar exercícios articulares ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para massajar os pontos de pressão ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para sentar o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para transferir o FDA da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para administrar a medicação ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para trocar a fralda do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para trocar o coletor urinário do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para colocar a arrastadeira/urinol do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para lavar a região perineal do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para colocar o local o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para, colocar para assistir o FDA a andar</p>

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DE AÇÃO	
Domínio de Ação	Itens
Negociar	O PC sente-se competente para avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao FDA pelos profissionais de saúde O PC sente-se competente para negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados ao FDA pelos profissionais

ITENS DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO MFPC, POR DOMÍNIO DE AÇÃO	
Domínio de Ação	Itens
Aceder	<p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para vestir o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se vestir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se vestir</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA se transferir</p> <p>O PC sente-se competente garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para tomar medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p>

CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS		
Variável	Tipo de variável	Valor
Intensidade dos cuidados (por Autocuidado: alimentar-se; vestir-se; Arranjar-se; tomar banho; virar-se; usar o sanitário; auto-elevar-se; andar; transferir-se; usar cadeira de rodas; auto-administração da medicação)	Qualitativa ordinal	Muito reduzida Reduzida Moderada Elevada
Incentivo à autonomia nos cuidados (por Autocuidado: alimentar-se; vestir-se; Arranjar-se; tomar banho; virar-se; usar o sanitário; auto-elevar-se; andar; transferir-se; usar cadeira de rodas; auto-administração da medicação)	Qualitativa ordinal	Nunca Às vezes Sempre

DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS RELATIVOS À CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS			
Cuidados			
Domínio	Item	Tipo	Valor
Tomar banho	Frequência com que o PC dá banho ao FDA	Quantitativa	Número de vezes /semana
	Frequência com que o PC lava as mãos e a cara ao FDA	Quantitativa	Número de vezes /dia
	Frequência com que o PC lava o cabelo ao FDA	Quantitativa	Número de vezes/semana
	Local em que, normalmente, o PC dá banho ao FDA	Qualitativa nominal	Cama; chuveiro/banheira; outro
	Pessoa que decide, a frequência/local do banho ao FDA	Qualitativa nominal	FDA; FPC; Enfermeiro; outro
	O PC incentiva o FDA a lavar as zonas do corpo de que é capaz	Qualitativa ordinal	Sempre; às vezes; nunca
Vestir	Pessoa que escolhe a roupa que o FDA vai vestir	Qualitativa nominal	FDA; FPC; outro
	O PC incentiva o FDA a vestir-se e calçar-se sozinho	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC veste/despe a roupa da parte de superior do corpo ao FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC veste/despe a roupa da parte de inferior do corpo ao FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC abotoa/desabotoa a roupa ao FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC calça /descalça o FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC procede a ajustes no vestuário do FDA em função de alterações da temperatura	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC veste roupa adequada à condição antropométrica/ dependência do FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
Arranjar-se	Frequência com que o PC arranja as unhas ao FDA	Quantitativa	Número de vezes por mês
	Frequência com que o PC penteia o cabelo do FDA	Quantitativa	Número de vezes por dia
	Frequência com que o PC corta/apara a barba ao FDA	Quantitativa	Número de vezes por semana
	Frequência com que o PC aplica maquilhagem ao FDA	Quantitativa	Número de vezes por mês
	Frequência com que o PC aplica cremes hidratantes ao FDA	Quantitativa	Número de vezes por semana
	Frequência com que o PC aplica desodorizantes/perfumes ao FDA	Quantitativa	Número de vezes por semana
	Frequência com que o PC limpa os ouvidos ao FDA	Quantitativa	Número de vezes por semana
	Frequência com que o PC lava os dentes ao FDA	Quantitativa	Número de vezes por dia
Alimentar	Número de refeições que o PC fornece ao FDA	Quantitativa	Número de vezes por dia
	Pessoa que decide a frequência / composição / local das refeições do FDA	Qualitativa nominal	FDA; FPC; Enfermeiro; serviço de refeições ao domicílio; outro
	Local em que o FDA faz as suas refeições	Qualitativa nominal	Cama; sala de jantar; cozinha; outro
	O PC incentiva o FDA a comer sozinho	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC dá os alimentos à boca ao FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
Usar o sanitário	Local em que, normalmente, o FDA evacua	Qualitativa nominal	Fralda; arrastadeira; sanita; outro
	Local em que, normalmente, o FDA urina	Qualitativa nominal	Fralda; arrastadeira; sanita; outro
	Pessoa que decide onde o FDA vai urinar/evacuar	Qualitativa nominal	FDA; FPC; outro
	O PC lava os genitais ao FDA de pois das micções/dejeções	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC posiciona o FDA no sanitário	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a utilizar o sanitário	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
Elevar	Frequência com que o PC senta o FDA	Quantitativa	Número de vezes por dia

	O PC incentiva o FDA a levantar-se (pôr de pé)	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a sentar-se	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	Frequência com que o PC levanta (pôr de pé) o FDA	Quantitativa	Número de vezes por dia
<b>Virar</b>	Frequência com que PC posiciona o FDA na cama/cadeira	Quantitativa	Número de vezes por dia
	Pessoa que decide o horário da mudança de posição e a posição a adotar pelo FDA	Qualitativa nominal	FDA; FPC; outro
	O PC incentiva o FDA a posicionar-se	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC, nas mudanças de posição do FDA, adota os decúbitos laterais	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
<b>Transferir</b>	Frequência com que PC transfere o FDA da cama para a cadeira/cadeirão	Quantitativa	Número de vezes por dia
	Pessoa que decide transferir o FDA da cama para a cadeira/cadeirão	Qualitativa nominal	FDA; FPC; Enfermeiro; outro
	O PC incentiva o FDA a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
<b>Usar a cadeira de rodas</b>	Frequência com que PC movimenta o FDA na cadeira de rodas	Quantitativa	Número de vezes por dia
	Frequência com que PC leva o FDA a passear/sair de casa, na cadeira de rodas	Quantitativa	Número de vezes por mês
	Pessoa que decide a utilização da cadeira de rodas pelo FDA	Qualitativa nominal	FDA; FPC; Enfermeiro; outro
	O PC incentiva o FDA a utilizar sozinho a cadeira de rodas	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
<b>Andar</b>	Frequência com que PC assiste o FDA na deambulação	Quantitativa	Número de vezes por dia
	O PC incentiva o FDA a deambular sozinho	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	Pessoa que decide os períodos/locais de deambulação do FDA	Qualitativa nominal	FDA; FPC; Enfermeiro; outro
<b>Administrar medicação</b>	O PC procede a ajustes (de acordo com indicação Médica) de horário/ dose de algum medicamento do FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento do FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma proceder a alteração (à revelia da indicação Médica) do horário/dose da medicação do FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a preparar/tomar sozinho os medicamentos	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
<b>Cuidados Complementares</b>	O PC respeita a dieta aconselhada ao FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	Pessoa que decide a dieta do FDA	Qualitativa nominal	FDA; FPC; Enfermeiro; outro
	O PC procede a ajustes na dieta em função da preferência do FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	Frequência com que o PC dá água (líquidos) fora das refeições, ao FDA	Quantitativa	Número de vezes por dia
	O PC incentiva o FDA a beber água (líquidos) fora das refeições	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma incluir na dieta do FDA frutas/legumes	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o FDA tem dificuldade em deglutir	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC leva o FDA ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar.	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma fazer pesquisa de fealomas ao FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca Número de vezes por dia.
	Frequência com que o PC inspeciona a pele do períneo do FDA	Quantitativa	Número de vezes por dia.
Frequência com que o PC inspeciona as zonas de	Quantitativa	Número de vezes por dia.	

	proeminências ósseas do FDA		
	Frequência com que o PC massaja a pele das proeminências ósseas do FDA	Quantitativa	Número de vezes por dia.
	Frequência com que o PC realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do FDA	Quantitativa	Número de vezes por dia.
	Frequência com que o PC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do FDA	Quantitativa	Número de vezes por dia.
	Frequência com que o PC desenvolve atividades estimulantes da memória com a FDA	Quantitativa	Número de vezes por semana.
	O PC costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas do FDA	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a tossir- quando se apercebe que ele tem secreções	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma aspirar as secreções quando o FDA não as consegue eliminar	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do FDA se alerta.	Qualitativa ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca

CUIDADOS	
Valor da variável	Valor da variável (novo)
Número de refeições /dia	Até 4 refeições/dia Mais de 4 refeições/dia
Número de vezes/dia	Até 1 vez/dia Mais de 1 vez/dia
Arranja as unhas/mês	Até 2 vezes/mês Mais do que 2 vezes/mês
Penteia/dia	Até 1 vez/dia Mais do que 1 vez/dia
Barbeia/semana	Até 3 vezes/semana Mais do que 3 vezes/semana
Maquilha/mês	Maquilha Não maquilha
Dá banho/semana	Até 3 vezes/semana Mais do que 3 vezes/semana
Lava as mãos e a cara/dia	Até 2 vezes/dia Mais do que 2 vezes/dia
Lavar o cabelo/semana	Até 2 vezes/semana Mais que 2 vezes/semana
Inspeciona as zonas de proeminências ósseas/dia	Até 1 vez/dia Mais do que 1 vez/dia
Mobiliza os membros inferiores/dia	Não mobiliza Mobiliza
Mobiliza os membros superiores/dia	Não mobiliza Mobiliza
Massaja as zonas de proeminências ósseas/dia	Até 1 vez/dia Mais do que 1 vez/dia
Estimula a memória/semana	Não estimula Estimula
Dá água fora das refeições/dia	Até 3 vezes/dia Mais do que 3 vezes/dia
Inspeciona a pele do períneo/dia	Até 1 vez/dia Mais do que 1 vez/dia
Movimenta na cadeira de rodas/dia	Até 1 vez/dia Mais do que 1 vez/dia
Levar a passear na cadeira de rodas/dia	Não leva Leva
Senta do doente/dia	Até 3 vezes/dia Mais do que 3 vezes/dia
Levanta o doente/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez dia
Aplica cremes hidratantes/semana	Até 4 vezes/semana Mais do que 4 vezes/semana
Aplica desodorizante/semana	Até 2 vezes/semana Mais do que 2 vezes por semana
Limpa os ouvidos/semana	Até 2 vezes/semana Mais do que 2 vezes/semana

Lava os dentes/dia	Até 1 vez/dia Mais do que 1 vez/dia
Posiciona/dia	Até 2 vezes/dia Mais do que 2 vezes/dia
Transfere da cama/dia	Até 2 vezes/dia Mais do que 2 vezes/dia

CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AC		
Variável	Tipo de variável	Valor
Condição de saúde: Presença de sinais aparentes de desidratação; Desnutrição; Rigidez articular; Compromisso respiratório; Compromisso da integridade cutânea; Condição de higiene e asseio deficiente; Condição de vestuário deficiente; Alteração do estado mental	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não

CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AC			
Especificação da variável	Item	Tipo	Valor
Hidratação	Sinais aparentes de desidratação	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Olhos encovados	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Pele seca	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Mucosas secas	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Nutrição	Sinais aparentes de desnutrição	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Magreza excessiva	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Obesidade mórbida	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Índice de massa corporal	Quantitativa	Kg/m <sup>2</sup>
Anquilose	Perda de peso nos últimos 3 meses	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude articular	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo direito	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo esquerdo	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação punho direito	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação punho esquerdo	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação anca direita	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação anca esquerda	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação joelho direito	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação joelho esquerdo	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo direito (pé equino)	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo esquerdo (pé equino)	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Integridade cutânea	Pele comprometida	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Número de úlceras de pressão	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	UP na região sagrada	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	UP no trocânter	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	UP no maléolo	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	UP no calcâneo	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	UP noutra local	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Feridas não tratadas/não cuidadas	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Eritema da falda	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não	
Eliminação	Número de dejeções	Quantitativa	Número
Respiração	Comprometimento da limpeza das vias aéreas	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Acumulação de secreções traqueobrônquicas	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Ruídos respiratórios anormais	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Aumento da frequência respiratória	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Higiene e asseio	Deglutição comprometida	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Condição de higiene e asseio	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Odores corporais	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Unhas sujas	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Má higiene oral	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Secreções oculares	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Secreções auditivas	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Secreções nasais	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não	
Sujidade corporal visível	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não	
Vestuário	Má condição do vestuário	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Roupa suja	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Roupa desabotoada	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Roupa inadequada à temperatura ambiente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Roupa inadequada à condição antropométrica	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Roupa inadequada à condição de dependência	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não	
Quedas	Número de quedas no último mês	Quantitativa	Número
Estado Mental	Sabe em que mês está	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Sabe em que terra vive	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Repete três palavras	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Faz cálculos simples	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
	Identifica objetos comuns	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não



## **Anexos**

---

**ANEXO II- Formulário: Parte I (preliminar)**



CODIFICAÇÃO:

--	--	--	--	--	--	--	--

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO

#### INQUÉRITO PRELIMINAR

Aceita responder ao inquérito preliminar?  Sim  Não

Se não, porque:

Não quer  Não reside  Não pode  Não tem tempo  Outro

Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?

Sim  Não

Vive alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?

Sim  Não

Tem algum familiar directo internado num lar ou noutra instituição de saúde?

Sim  Não

Aceita responder ao inquérito?  Sim  Não

Se não, porque:

Não quer  Não reside  Não pode  Não tem tempo  Outro

#### ALOJAMENTO

Edifício de alojamento familiar

- Clássico: moradia  
 Clássico: apartamento  
 Clássico: outro tipo  
 Não clássico (barraca, móvel, improvisado)

Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)

- Muito grandes  Grandes  Médias  Pequenas  Nenhumas

Edifício com acessibilidade a PMC?  Sim  Não

Área útil    m<sup>2</sup>

N.º divisões

N.º ocupantes

Alojamento com:

Sim Não

Retrete

Água canalizada

Sim Não

Instalação de banho ou duche

Aquecimento

#### FAMÍLIA

Tipo de família

- Clássica sem núcleos  
 Clássica com um núcleo  
 Clássica com dois núcleos  
 Clássica com três núcleos

Número de membros da família

Rendimentos do agregado / mês

- Até 250 euros  
 De 251 a 500 euros  
 De 501 a 1000 euros  
 De 1000 a 2000 euros  
 De 2001 a 5000 euros  
 Mais de 5000 euros



23967

**PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO****Perfil 1**

Prestador de cuidados     Parente dependente institucionalizado     Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

**Coabita com o dependente?**     Sim     Não

**Sexo**

M     F

**Idade**

--	--

**Estado civil**

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

**Nacionalidade**

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Nível de escolaridade**

- Nenhum  
 Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)  
 Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)  
 Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)  
 Ensino secundário (11 ou 12 anos)  
 Ensino superior

**Profissão**

- Membros das forças armadas  
 Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa  
 Especialistas das profissões intelectuais e científicas  
 Técnicos e profissionais de nível intermédio  
 Pessoal administrativo e similares  
 Pessoal dos serviços e vendedores  
 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas  
 Operários, artifices e trabalhadores similares  
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  
 Trabalhadores não qualificados  
 Doméstico  
 Desempregado  
 Pensionista / Reformado  
 Estudante  
 Outra

**Parentesco**

- Marido / Esposa  
 Pai/Mãe  
 Filho/Filha  
 Irmão/Irmã  
 Afinidade (nora; padraсто; cunhado)  
 Sem grau de parentesco  
 Outra

**Perfil 2**

Prestador de cuidados     Parente dependente institucionalizado     Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

**Coabita com o dependente?**     Sim     Não

**Sexo**

M     F

**Idade**

--	--

**Estado civil**

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

**Nacionalidade**

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Nível de escolaridade**

- Nenhum  
 Ensino básico -1.º ciclo  
 Ensino básico - 2.º ciclo  
 Ensino básico - 3.º ciclo  
 Ensino secundário  
 Ensino superior

**Profissão**

- Membros das forças armadas  
 Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa  
 Especialistas das profissões intelectuais e científicas  
 Técnicos e profissionais de nível intermédio  
 Pessoal administrativo e similares  
 Pessoal dos serviços e vendedores  
 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas  
 Operários, artifices e trabalhadores similares  
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  
 Trabalhadores não qualificados  
 Doméstico  
 Desempregado  
 Pensionista / Reformado  
 Estudante  
 Outra

**Parentesco**

- Marido / Esposa  
 Pai/Mãe  
 Filho/Filha  
 Irmão/Irmã  
 Afinidade (nora; padraсто; cunhado)  
 Sem grau de parentesco  
 Outra

## **Anexos**

---

**ANEXO III- Formulário: Parte II (PCD)**





55527

CODIFICAÇÃO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE I I - FORMULÁRIO PCD

#### PESSOA DEPENDENTE

**Sexo**

- M  
 F

**Idade**

--	--

**Estado civil**

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

**Nacionalidade**

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Profissão**

- Membros das forças armadas  
 Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa  
 Especialistas das profissões intelectuais e científicas  
 Técnicos e profissionais de nível intermédio  
 Pessoal administrativo e similares  
 Pessoal dos serviços e vendedores  
 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas  
 Operários, artifices e trabalhadores similares  
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  
 Trabalhadores não qualificados  
 Doméstico  
 Desempregado  
 Pensionista / Reformado  
 Estudante  
 Outra

**Nível de escolaridade**

- Nenhum  
 Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)  
 Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)  
 Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)  
 Ensino secundário (11 ou 12 anos)  
 Ensino superior

**Situação que originou a dependência**

Sim Não

- Envelhecimento  
  Acidente  
  Doença aguda  
  Doença crónica  
  Outra

**Instalação da dependência**

- Súbita  
 Gradual

**Tempo de dependência**

--	--	--	--	--	--	--	--

Anos Meses

**Consumo medicamentos**

- Não  
 Sim

**Variedades de fármacos (n.º)**

--	--

**Internamentos no último ano**

- Nenhum  
 Um  
 Dois  
 Três  
 Mais de três (especificar)

--	--

**Episódios de recursos ao SU, no último ano**

- Nenhuma  
 Uma  
 Duas  
 Três  
 Mais de três (especificar)

--	--

**Número de fármacos nas tomas/dia**

--	--

#### AUTOCUIDADO: Tomar banho

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Obtém objectos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula a temperatura da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula o fluxo da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava-se no chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seca o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55527

Com que frequência dá banho ao seu familiar?   vezes / semana

Com que frequência lava as mãos e a cara ao seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência lava o cabelo ao seu familiar?   vezes / semana

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- Na cama  
 No chuveiro/banheira  
 Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Outro

Incentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo de que é capaz?

- Sempre  Às vezes  Nunca

**Assento suspenso para banheira**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Barras de apoio para banho**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Cadeira de banho (fixa/ giratória)**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Cadeira higiénica**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Elevador de banheira**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Lava cabeças para acamados**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Antiderrapante**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

55527

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pentear o cabelo ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar os dentes ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortar as unhas ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbear o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retira as roupas da gaveta e do armário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segura as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desabotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa fechos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

- Dependente    Prestador de cuidados    Outro

55527

	Nunca	Às vezes	Sempre
Incentiva o seu familiar a vestir-se e calçar-se sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa/desabotoa a roupa ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça/descalça o seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procede a ajustes no vestuário do seu familiar em função de alterações da temperatura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Abotoador****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Calça meias/tira meias****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Calçadeira de cabo longo****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Cordões elásticos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

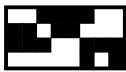
Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Extensões para fechos de correr****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Para:****Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber se a roupa / calçado do seu familiar estão adequados à temp. ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher o vestuário do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p.ex em função da temperatura ambiente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir e calçar o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respectivo vestuário e o calçado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

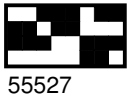


55527

**AUTOCUIDADO: Arranjar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Penteia ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbeia-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica maquilhagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência penteia o cabelo ao seu familiar?   vezes / diaCom que frequência corta/apara a barba ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica maquilhagem ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência lava os dentes ao seu familiar?   vezes / dia**Pente de cabo longo****Razão da não utilização**
 Económica   
 Desconhecimento da forma de aceder ao recurso   
 Desconhecimento da forma de funcionamento   
 Limitações da residência   
 Outro
**Necessário (juízo do enfermeiro)** S     N**Utilizado** S     N**Desejado** S     N**Espelho inclinável****Razão da não utilização**
 Económica   
 Desconhecimento da forma de aceder ao recurso   
 Desconhecimento da forma de funcionamento   
 Limitações da residência   
 Outro
**Necessário (juízo do enfermeiro)** S     N**Utilizado** S     N**Desejado** S     N

**AUTOCUIDADO: Alimentar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Prepara os alimentos para ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca o alimento nos utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com recipiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com os utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe por copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclui uma refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quantas refeições fornece ao seu familiar?   vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

- O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Serviço de refeições ao domicílio  
 Outro

Normalmente, em que local o seu familiar faz as refeições?

- Na cama  
 Na sala de jantar/cozinha  
 Outro

Incentiva o seu familiar a comer sozinho?  Sempre  Às vezes  Nunca

Dá os alimentos à boca ao seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

**Abridor de frascos**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S  N

S  N

S  N

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Adaptador de talheres**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S  N

S  N

S  N

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Babete**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S  N

S  N

S  N

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Copo adaptado**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S  N

S  N

S  N

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Garfo flexível**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S  N

S  N

S  N

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

55527

**Mesa de comer na cama****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Rebordo para prato****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Suporte de copos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Suporte de palhinha para copo****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Para:****Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desnutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desidratação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar de comer / beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar para as refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55527

**AUTOCUIDADO: Uso do sanitário**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Ocupa e desocupa o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tira as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Normalmente, em que local o seu familiar evacua?

 Fralda    Arrastadeira    Sanita    Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

 Fralda    Arrastadeira    Sanita    Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

 Dependente    Prestador de cuidados    Outro
Lava os genitais ao seu familiar depois das micções/dejecções?  Sempre    Às vezes    NuncaPosiciona o seu familiar no sanitário?  Sempre    Às vezes    NuncaIncentiva o seu familiar a utilizar o sanitário?  Sempre    Às vezes    Nunca**Alteador de sanita****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S    N S    N S    N
 Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro
**Arrastadeira****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S    N S    N S    N
 Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro
**Barra de apoio de sanitário****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S    N S    N S    N
 Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro
**Cadeira sanitária****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S    N S    N S    N
 Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro
**Cueca impermeável****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S    N S    N S    N
 Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro
**Colector urinário****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S    N S    N S    N
 Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

55527

<b><u>Fralda</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
-----			
<b><u>Penso absorvente para incontinência</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
-----			
<b><u>Penso higiénico</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
-----			
<b><u>Resguardo</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
-----			
<b><u>Saco de colostomia/ileostomia/urina</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
-----			
<b><u>Urinol</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e o local estabelecidos para o seu familiar urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar, relativamente àquilo que é habitual		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar a fralda ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar o colector urinário ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar a região perineal ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar o seu familiar na sanita		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



55527

## AUTOCUIDADO: Elevar-se

### Levantar parte do corpo

- Dependente não participa    Necessita de ajuda de pessoa    Necessita de equipamento    Completamente independente

Com que frequência senta o seu familiar?   vezes / dia

Incentiva o seu familiar a levantar-se (por de pé)?  Sempre    Às vezes    Nunca

Incentiva o seu familiar a sentar-se?  Sempre    Às vezes    Nunca

Com que frequência levanta (por de pé) o seu familiar?   vezes / dia

### Almofada elevatória

#### Necessário (juízo do enfermeiro)

#### Utilizado

#### Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

- Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

### Apoio de cabeça anatómico

#### Necessário (juízo do enfermeiro)

#### Utilizado

#### Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

- Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

### Apoio de pés

#### Necessário (juízo do enfermeiro)

#### Utilizado

#### Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

- Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

### Barras paralelas e apoios da posição de pé

#### Necessário (juízo do enfermeiro)

#### Utilizado

#### Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

- Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

## AUTOCUIDADO: Virar-se

### Move o corpo, virando-o de um lado para o outro

- Dependente não participa    Necessita de ajuda de pessoa    Necessita de equipamento    Completamente independente

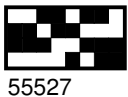
Com que frequência posiciona o seu familiar na cama/cadeira?   vezes / dia

### Quem decide o horário da mudança de posição e a posição a adoptar?

- O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Outro

Incentiva o seu familiar a posicionar-se?  Sempre    Às vezes    Nunca

Nas mudanças de posição adopta os decúbitos laterais?  Sempre    Às vezes    Nunca

**Grades de apoio / segurança****Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Colchão anti-úlceras de pressão****Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Cotoveleira****Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Coxim****Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Transfer de cama (dispositivo para posicionar)****Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Imobilizador abdominal****Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Luva de imobilização****Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Posicionador de perna e pés****Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Suporte para as costas****Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Dispositivo de prevenção de pé equino****Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

55527

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Detectar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais precoces de rigidez articular		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir os posicionamentos adequados/inadequados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar exercícios articulares ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentar o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a posicionar-se		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### AUTOCUIDADO: Transferir-se

#### Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão

Dependente não participa    Necessita de ajuda de pessoa    Necessita de equipamento    Completamente independente

#### Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama

Dependente não participa    Necessita de ajuda de pessoa    Necessita de equipamento    Completamente independente

Com que frequência transfere o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão?   vezes / dia

#### Quem decide transferir o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão?

O dependente    O prestador de cuidados    O enfermeiro    Outro

Incentiva o seu familiar a participar na transferência da cama para a cadeira/ cadeirão?  Sempre    Às vezes    Nunca

#### Barra de apoio

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

#### Cabeceira e pés da cama amovíveis

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

#### Cama articulada

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

#### Elevador de transferência

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

55527

**Transfer leito-cadeira****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Disco de rotação****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Para:****Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a transferir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
<b>Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência movimenta o seu familiar na cadeira de rodas?   vezes / dia

Com que frequência leva o seu familiar a passear/sair de casa, na cadeira de rodas?   vezes / mês

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro

Incentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas?  Sempre  Às vezes  Nunca

**Rampa****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Rodas anti-queda****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Plataforma vertical para cadeiras de rodas****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

55527

**AUTOCUIDADO: Andar**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Suporta o próprio corpo na posição de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe e desce degraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula em aclives e declives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias curtas (<100m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre longas distâncias (>500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência assiste o seu familiar na deambulação?   vezes / diaIncentiva o seu familiar a deambular sozinho?  Sempre  Às vezes  Nunca

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

 O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro**Andarilho****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Bengala****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Canadiana(s)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Prótese****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir o seu familiar a andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55527

**AUTOCUIDADO: Tomar medicação**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
<b>Providencia medicamentos</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Prepara a medicação</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Toma a medicação</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação?  Sempre  Às vezes  Nunca

Incentiva o seu familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos?  Sempre  Às vezes  Nunca

**Aparelho para tensão arterial****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Aspirador de secreções****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Caixa de comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Caneta de insulina****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Corta comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Máquina de pesquisas de glicemia capilar****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Nebulizador****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Oxigenoterapia****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Termómetro (para registo de temperatura)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Triturador de comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

55527

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Supervisar as tomas de medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar efeitos secundários da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrar a medicação ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## CUIDADOS COMPLEMENTARES

Respeita a dieta aconselhada ao seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Quem decide a dieta do seu familiar?

O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro

Procede a ajustes na dieta em função das preferências?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Com que frequência dá água (líquidos) fora das refeições, ao seu familiar?   vezes / dia

Incentiva o seu familiar a beber água (líquidos) fora das refeições ao seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma incluir na dieta do seu familiar frutas/legumes?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o seu familiar tem dificuldade em deglutir?  Sempre  Às vezes  Nunca

Leva o seu familiar ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma fazer a pesquisa de fecalomas?  Sempre  Às vezes  Nunca

Com que frequência inspecciona a pele do períneo do seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência inspecciona as zonas de proeminências ósseas do seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência massaja a pele das proeminências ósseas do seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência desenvolve actividades estimulantes da memória com o seu familiar?   vezes / semana

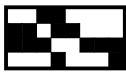
Costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas (grades, tapetes antiderrapantes,...)?  Sempre  Às vezes  Nunca

Incentiva o seu familiar a tossir quando se apercebe que ele tem secreções?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma aspirar as secreções quando o seu familiar não as consegue eliminar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do seu familiar se altera?

Sempre  Às vezes  Nunca



55527

**RECURSOS COMPLEMENTARES****Dispositivo de chamada****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Material de instrução e aprendizagem****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Prótese auditiva****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Telefone / telemóvel****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Pinça para alcançar objectos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Suporte para cartas****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Enfia agulhas****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Outro 1 (especificar)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado** S  N S  N S  N**Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Outro 2 (especificar)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado** S  N S  N S  N**Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro



55527

## OUTROS RECURSOS

	Sim	Não		Sim	Não
<b>Assistente Social</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Médico</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Enfermeiro</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Nutricionista</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Fisioterapeuta</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Psicólogo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Outro</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

## Recursos não profissionais

Familiar  
  Vizinho  
  Amigo  
  Empregada  
  Outro

## Serviços de:

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente em casa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cuidados de higiene e conforto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cabeleireiro, manicure e esteticista
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio no tratamento da roupa do dependente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Confecção de refeições e apoio durante as mesmas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de medicamentos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de artigos alimentares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tele-assistência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	112 INEM
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Linha Saúde 24

## Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento do trabalho
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimentos da propriedade e da empresa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio de desemprego
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros subsídios temporários
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento social de inserção
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensão / Reforma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cargo da família
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio social
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento solidário para idosos (RSI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Complemento de dependência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esmolas / donativos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra situação

## AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desidratação
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Olhos encovados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele seca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucosas secas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desnutrição
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magreza excessiva?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obesidade mórbida?
		IMC <input type="text"/> <input type="text"/>
		Que peso perdeu nos últimos três meses? <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da amplitude articular
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Dto (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Edo (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele comprometida
		Número de úlceras de pressão <input type="text"/> <input type="text"/>
		Localização úlceras
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Região sagrada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trocanter
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maléolo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Calcaneos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Feridas não tratadas / não cuidadas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eritema da fralda
		N.º de dejeções <input type="text"/> <input type="text"/> vezes / semana

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da limpeza das vias aéreas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acumulação de secreções traqueobrônquicas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aumento frequência respiratória
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deglutição comprometida
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição de higiene e asseio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: odores corporais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: unhas sujas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má higiene oral
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções oculares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções auditivas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções nasais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sujidade corporal visível
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição vestuário
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa suja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa desabotoada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à temperatura ambiente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição antropométrica
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição de dependência
		N.º de quedas no último mês <input type="text"/> <input type="text"/>

## Estado mental

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que mês está?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que terra vive?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Repete três palavras (Pêra, Gato e Bola)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Faz cálculos simples
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Identifica objectos comuns (relógio)

## Evacuar (controlo dos intestinos)

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

## Urinar (controlo vesical)

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

## **Anexos**

---

### **ANEXO IV- Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em projeto de investigação**



## **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

Por favor leia com atenção a seguinte informação, e se necessitar de qualquer clarificação não hesite em solicitar mais informações ou esclarecimentos adicionais. Se considerar a sua participação neste projeto, queira assinar este documento.

**Título do estudo:**

“Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado”.

**Enquadramento:**

Investigação realizada no âmbito do Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

**Orientador:**

Professor Doutor Abel de Paiva e Silva, docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

**Explicação do estudo:**

Far-se-ão entrevistas gravadas, ao Membro da Família Prestador de Cuidados para aumentar a compreensibilidade do fenómeno em estudo:

o cuidar de pessoa dependente no autocuidado, integrada numa família clássica do concelho de Paços de Ferreira.

**Condições e financiamento:**

A participação é de carácter voluntário.

**Confidencialidade e anonimato:**

É garantida a confidencialidade e o anonimato de todos os dados recolhidos para a presente investigação, pelo que em nenhum momento haverá a identificação das pessoas que aceitarem participar. A colheita de dados será realizada nos alojamentos da pessoa a quem se reporta este documento, em horário, data e condições aferidas pelas partes envolvidas.

**Identificação da investigadora:**

Susana Carla Ribeiro de Sousa Regadas, Enfermeira e aluna do doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

**Agradecimentos:**

A investigadora agradece a aceitação e participação na investigação, disponibilizando os resultados do estudo após o seu escrutínio público, aos participantes que manifestarem essa vontade.

**Assinatura:**

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como todas as informações verbais adicionais que me foram fornecidas pela investigadora em apreço e que considero suficientes para a participação no estudo. Foi-me garantida a possibilidade de em qualquer momento poder interromper e recusar participar na investigação, sem qualquer tipo de consequências ou contrapartidas. Deste modo, aceito participar na investigação permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

**Nome:** (completo e letra legível)

\_\_\_\_\_

**Assinatura:**

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## **Anexos**

---

### **ANEXO V- Guião da entrevista semiestruturada**



## GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: \_\_\_ h \_\_\_ min Número: \_\_\_\_\_

### OBJETIVOS

Conhecer/Compreender os processos de transição vivenciados pelas famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira que integram pessoas dependentes no autocuidado.

### LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA

#### Objetivos específicos

Legitimar a entrevista e motivar o entrevistado (MFPC)

- Informar sobre o processo de investigação em curso
- Pedir a colaboração do entrevistado, na prossecução do estudo
- Assegurar a confidencialidade das informações fornecidas pelo entrevistado
- Garantir que a utilização da informação só será utilizada no âmbito da investigação em curso
- Solicitar autorização para gravar a entrevista
- Clarificar o entrevistado quanto à possibilidade de interromper a sua colaboração em qualquer momento deste processo
- Assinar Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Anexo IV)

### CARATERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO (MFPC) E DA PESSOA DEPENDENTE

#### Objetivos específicos

Caraterizar o entrevistado (MFPC)

Género: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_  
Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Caraterizar a Pessoa Dependente

Género: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_  
Tempo de dependência: \_\_\_\_\_  
Instalação da dependência: \_\_\_\_\_  
Situação que originou a dependência: \_\_\_\_\_

### O PROCESSO DE TRANSIÇÃO

#### Objetivos específicos

Conhecer a perceção do prestador de cuidados no exercício do papel de cuidador

- Consciencialização
- Envolvimento

Identificar as mudanças e diferenças após a assunção do papel de cuidador

- Mudanças
- Diferenças

Identificar a duração da transição vivenciada pelo cuidador

- Duração da transição

Identificar os pontos /eventos críticos no processo de transição

- Pontos e eventos críticos

Identificar os fatores facilitadores e inibidores do processo de transição para o prestador de cuidados/ família

- Fatores facilitadores
- Fatores inibidores

Identificar o significado atribuído à transição familiar

- Significados

Identificar quais as crenças culturais e atitudes face à assunção do papel de cuidador

- Crenças culturais
- Atitudes

#### Questões

- Como percecionaram na família a necessidade de haver um elemento cuidador?
- Quais os motivos que o/a levaram a assumirem o papel de cuidador?
- Que implicações/mudanças ocorreram na família desde que integra a pessoa dependente no autocuidado?
- Que alterações sentiu na sua vida pelo facto de prestar apoio ao seu familiar?
- Sentiu em algum momento que a sua vida ficou diferente?
- Se sim, quando?
- Quais têm sido os momentos /períodos mais marcantes nesta fase de vida (em termos positivos / negativos)?
- Que dificuldades foram sentidas / vivenciadas pela família?
- Que dificuldades, sentiu pelo fato de ser cuidador(a)?
- Que fatores facilitaram este processo familiar?
- Que facilidades /apoios sentiu no seu papel de prestador de cuidados?
- Que significado é atribuído em termos familiares a esta situação?
- Que significado atribui ao ser o(a) principal cuidador do familiar dependente no autocuidado?
- Qual é sua perspetiva sobre um membro da família tomar conta da pessoa dependente?

---

<p><b>Identificar a influência do estatuto sócio /económico no processo de transição vivenciado pela família/ PC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Status sócio/económico</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O facto de cuidar de uma pessoa dependente, seu familiar, trouxe ou traz implicações na sua condição financeira/profissional/familiar?</li> <li>▪ Se sim, quais?</li> </ul>
<p><b>Identificar a perceção da preparação e do conhecimento do prestador de cuidados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação</li> <li>• Conhecimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que tipo de preparação recebeu para prestar cuidados ao seu familiar dependente?</li> <li>▪ Quem foram os responsáveis por essa preparação/informação?</li> <li>▪ Que tipo de necessidades sentiu ou sente face ao papel de prestador (a) de cuidados?</li> </ul>
<p><b>Identificar os recursos disponíveis na comunidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que informação dispõe sobre os recursos da comunidade existentes no concelho de Paços de Ferreira ou mais precisamente na freguesia em que reside? (exemplos: serviços de apoio à saúde, lares, centros de dia, grupos de apoio, clubes, associações ou organizações de solidariedade)</li> <li>▪ Que apoios tem tido a sua família?</li> </ul>
<p><b>Identificar qual o papel da sociedade perante estas vivências</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depois de ter iniciado este processo de tomar conta da pessoa dependente, sua familiar, mantém os mesmos hábitos sociais que tinha anteriormente? (exemplos: ir ao café, teatro, cinema, passear, prática de exercício físico, etc.) Se não, porquê?</li> </ul>
<p><b>Identificar os padrões de resposta, no que concerne aos indicadores de processo face ao processo de transição vivenciado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de processo (sentir-se ligado)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tem mantido o mesmo tipo de contacto com os restantes elementos da família, a partir do momento em que iniciou este processo?</li> </ul>
<p><b>Identificar o tipo de interação estabelecida entre o cuidador e a pessoa dependente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Como definiria a sua relação com o seu familiar antes da dependência e posteriormente à dependência se ter instalado?</li> </ul>
<p><b>Identificar os indicadores de processo no que concerne ao estar situado, relativamente ao PC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar situado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comparando a sua situação inicial, diga-se antes de assumir a prestação dos cuidados ao seu familiar, e a sua situação atual, como definiria cada uma delas?</li> <li>▪ Nesta fase, sente-se mais confiante em relação aos cuidados que presta?</li> </ul>
<p><b>Identificar indicadores de processo referentes à confiança e <i>coping</i> apresentados pelos PC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiança</li> <li>• <i>Coping</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atualmente consegue realizar tarefas para as quais no início apresentava dificuldades?</li> <li>▪ Já consegue lidar melhor com estas mudanças que aconteceram na sua vida? O que faz para isso?</li> <li>▪ Há alguma coisa que tem feito para se sentir melhor?</li> <li>▪ Consegue conciliar atualmente a sua vida tendo em conta o que fazia antes e o que tem de fazer agora?</li> <li>▪ Que estratégias utiliza para ultrapassar os obstáculos/dificuldades do dia-a-dia?</li> </ul>
<p><b>Identificar os padrões de resposta, no que concerne aos indicadores de resultado face à transição vivenciada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestria</li> <li>• Integração fluída</li> </ul>	

---