



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO SEIO DAS FAMÍLIAS CLÁSSICAS
DO CONCELHO DE LISBOA:**

ABORDAGEM EXPLORATÓRIA À DIMENSÃO DO FENÓMENO

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Avançada

Por

Rebeca Acciaioli Luís Themudo Martins

Lisboa, Outubro 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO SEIO DAS FAMÍLIAS CLÁSSICAS
DO CONCELHO DE LISBOA:**

ABORDAGEM EXPLORATÓRIA À DIMENSÃO DO FENÓMENO

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Avançada

Por

Rebeca Acciaioli Luís Themudo Martins

Sob a orientação do Professor Doutor Filipe Pereira

Com co-orientação da Mestre. Andreia Silva

Lisboa, Outubro 2011

Para os meus pais e avós.

« Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer. »

Albert Einstein

Agradeço

Ao Professor Doutor Abel Paiva pela idealização deste projecto.

Ao Professor Doutor Filipe Pereira pela orientação na concretização da ideia. Pela disponibilidade e dedicação durante todo o decorrer do projecto e relatório.

À Professora Andreia Silva pela coordenação e horas de trabalho partilhado.

Aos meus colegas do grupo de investigação, Patricia, Marisa, Teresa e Lúcia pela entreaajuda, pelos bons momentos que passamos juntas e pelo incentivo de nunca parar.

À Rita pela companhia e ajuda desde o primeiro dia.

Ao Serafim e Madaleno pela ajuda informática tão necessária.

Aos colegas de trabalho que facilitaram trocas, ajudaram a pensar e estiveram sempre interessados.

A todas as famílias que nos abriram a porta das suas casas, que nos ouviram e contaram as suas histórias de vida tão marcantes. Sem vocês isto não teria sido possível.

Acima de tudo um muito obrigado aos meus avós que me proporcionaram esta etapa de estudos.

À minha mãe e ao meu pai pela força, carinho, dedicação durante todos estes anos.

A todos o meu mais profundo agradecimento.

RESUMO

Este estudo centra-se no domínio do autocuidado. As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico que atravessamos, obriga-nos à procura de respostas às questões relacionadas com a capacidade funcional, dependência e autonomia. A incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência no autocuidado, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida.

Os objectivos do estudo desenvolvido passaram por: a) conhecer a dimensão do fenómeno da dependência no autocuidado, no seio das famílias clássicas residentes no concelho de Lisboa; b) caracterizar os dependentes no autocuidado; e, c) avaliar o tipo e o nível de dependência evidenciado pelos casos identificados.

O estudo aqui relatado inscreve-se num paradigma de investigação quantitativa, do tipo exploratório e descritivo. A recolha de dados baseou-se na técnica da entrevista, com base num formulário e uma “porta a porta”. A população em estudo foram as famílias clássicas do concelho de Lisboa. Utilizou-se uma amostra probabilística e estratificada, em função do peso relativo de cada freguesia do concelho. O instrumento de avaliação do tipo e nível de dependência no(s) autocuidado(s) revelou-se, para além de válido, altamente fiável e preciso.

Numa amostra de duas mil e quinhentas e cinquenta e uma (2551) famílias que aceitaram responder ao formulário, obtivemos resposta ao inquérito preliminar de duas mil e trezentas e quarenta e cinco (2351) famílias. Identificámos cento e oitenta e sete casos (187) que evidenciavam algum nível de dependência no autocuidado, segundo a opinião dos respondentes, o que nos permite afirmar que a percentagem de famílias de Lisboa que integram dependentes no seu seio é de 7,95%. Dos 187 casos identificados, 121 aceitaram aceitar participar na avaliação específica do tipo e nível de dependência.

Os dependentes avaliados são, na sua maioria, mulheres e pessoas idosas. Quanto à forma de instalação da dependência verificou-se que, na maioria dos casos, esta se instalou de forma gradual. Em média, os dependentes estão nesta condição há cerca de 8 anos.

Tendo em consideração o nível global de dependência, verificámos que 82,6% dos dependentes necessitam de ajuda de terceiros e 7,4% dos casos avaliados são totalmente dependentes, o que nos permite afirmar que o nível de dependência global é muito intenso.

Estes dados confirmam os novos desafios que se impõem para o sistema de saúde, para a Enfermagem e para a sociedade. As exigências na qualidade nos cuidados de saúde, deverão abranger a promoção dos processos de preservação e promoção da autonomia dos clientes, bem como assistir as famílias a tomar conta dos “seus” dependentes.

Palavras-chave: Dependência, Autocuidado, Concelho de Lisboa

Abstract

This study is centred in the domain of self care. The changes in the demographic profile and epidemiologist that we cross, compel in to the search of answers to the questions related with the functional capacity, dependence and autonomy. The incapacity causes greater vulnerability and dependence in self care, contributing for the reduction of well-being and the quality of life.

The objectives of the developed study had passed for: a) to know the dimension of the phenomenon of the dependence in self care in the residents of classic families in the district of Lisbon; b) to characterize the dependents in self care; and, c) to evaluate the type and the level of dependence evidenced for the identified cases.

The study it is enrolled in a paradigm of quantitative inquiry, of the exploratory and descriptive type. The retraction of data was based on the technique of interview, on the basis of a form and a "door to door" approach. The population in study had been the classic families of the district of Lisbon. It was use a probabilistic and stratified sample, in function of the relative weight of each parish of the municipality in the total universe of families of Lisbon. The instrument of evaluation of the type and level of dependence in self care showed, stops beyond valid, and to be highly reliable and accurate.

In a sample of two a thousand and five hundred and one (2551) families whom they had accepted to answer to the form, we got reply to the preliminary inquiry of two thousand and three hundred fifty and five (2351) families. We identified one hundred and eighty and seven cases (187) that they evidenced some level of dependence in self care, according to opinion of the respondents, what it allows to affirm that the percentage of families of Lisbon who integrate dependents in its of 7,95%. Of the 187 identified cases, 121 had accepted to participate in the specific evaluation of the type and level of dependence.

The evaluated dependents are, in its majority, aged women and elderly. How to the form of installation of the dependence it was verified that, in the majority of the cases, was settled gradually. On average, the dependents are in this condition for about 8 years.

Having in consideration the global level of dependence, we verified that 82.6% of the dependents need aid of third and 7.4% of the evaluated cases are total dependents, what allows them to affirm that the level of global dependence is very intense.

These data confirm the new challenges that impose for the system of health, the Nursing and the society. The requirements in the quality in the cares of health, will have to enclose the promotion of the preservation processes and promotion of the autonomy of the customers, as well as attending the families to take account of "its" dependents.

Keywords: Dependence, Self-care, District of Lisbon

Abreviaturas e Siglas

A - alpha

AAVD – Actividades Avançadas de Vida Diária

ABVD – Actividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Actividades de Vida Diárias

BGRI- Base Geográfica de Referenciação de Informação

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. - citado

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

Max. - Máximo

MFPC – Membro da Família Prestador de Cuidados

Min. - Mínimo

n.º - número

N – Número de elementos da amostra

NOC – Nursing sensitive Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

% - percentagem

PMR – Portadores de Mobilidade Reduzida

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I – Adaptação da Representação da Teoria de Médio Alcance das Transições (Meleis et al, 2000, pp. 17)	30
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Valores de Alpha (α) de Cronbach de cada sub – escala de avaliação da dependência no autocuidado	49
Tabela 2- Projecção da frequência de formulários a realizar versus a frequência de formulários realizados, por freguesia	53
Tabela 3 - Distribuição absoluta das famílias com dependentes por freguesia	59
Tabela 4 - Proporção de Dependentes por freguesia	60
Tabela 5 – Caracterização da tipologia e dimensão das famílias.....	62
Tabela 6 - Representação da frequência e percentagem quanto ao rendimento do agregado familiar	62
Tabela 7 - Caracterização da frequência absoluta e percentual das condições habitacionais.....	63
Tabela 8 - Caracterização dos dependentes quanto ao estado civil	64
Tabela 9 – Distribuição dos dependentes quanto ao nível de escolaridade	64
Tabela 10 - Distribuição dos dependentes quanto à profissão.....	65
Tabela 11 - Distribuição dos dependentes quanto ao modo de instalação da dependência	65
Tabela 12 - Caracterização dos dependentes quanto ao tempo de dependência	66
Tabela 13 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Tomar Banho	68
Tabela 14 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Vestir-se e Despir-se	70
Tabela 15 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Arranjar-se	71
Tabela 16 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Alimentar-se.....	72
Tabela 17 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para o Uso do sanitário	73
Tabela 18 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Elevar-se.....	73
Tabela 19 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Virar-se	74

Tabela 20 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Transferir-se	74
Tabela 21 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para o Uso da cadeira de rodas	75
Tabela 22 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Andar	76
Tabela 23 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Tomar medicação	77
Tabela 24 - Síntese dos domínios do autocuidado	78
Tabela 25 - Nível Global de dependência no Autocuidado (agregado)	79
Tabela 26 – Resultados do estudo das correlações entre o nível global e agregado de dependência e as variáveis de atributo dos participantes, através do coeficiente de correlação (rho) de Spearman	80

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Visão geral do estudo	17
Quadro 2- Operacionalização das variáveis Dependentes.....	39
Quadro 3 - Operacionalização das variáveis de atributo centradas nos sujeitos	42
Quadro 4 - Operacionalização das variáveis de Atributo centradas na Família	43

ÍNDICE GERAL

1	<u>INTRODUÇÃO</u>	13
1.1	JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	15
1.2	VISÃO GERAL DO ESTUDO	17
1.3	REFERÊNCIAS.....	17
2	<u>PROBLEMÁTICA EM ESTUDO</u>	19
2.1	A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO: QUESTÕES EM TORNO DA SUA MENSURAÇÃO	21
2.2	QUADRO TEÓRICO	24
2.2.1	TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO DE D. OREM	25
2.2.2	TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE A. MELEIS.....	28
2.3	REFERÊNCIAS.....	31
3	<u>METODOLOGIA</u>	34
3.1	FINALIDADE	35
3.1.1	PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO.....	35
3.1.1.1	Objectivos do estudo.....	35
3.2	TIPO DE ESTUDO	36
3.2.1	VARIÁVEIS EM ESTUDO	36
3.2.1.1	Operacionalização das variáveis em estudo.....	38
3.3	INSTRUMENTOS	44
3.3.1	FORMULÁRIO.....	45
3.3.1.1	Validade e Fidelidade do instrumento de recolha de dados: Escala(s) de Avaliação da dependência no Autocuidado.....	46
3.3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	50
3.3.2.1	Critérios de inclusão no estudo	51
3.3.2.2	Plano de amostragem	51
3.3.2.3	Considerações éticas	54
3.3.3	PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS	55
3.3.4	PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	56
3.4	REFERÊNCIAS.....	56

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 58

4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	61
4.1.1	CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES	61
4.1.2	CARACTERIZAÇÃO DOS DEPENDENTES.....	63
4.1.2.1	Idade.....	63
4.1.2.2	Sexo.....	63
4.1.2.3	Estado civil	63
4.1.2.4	Nacionalidade.....	64
4.1.2.5	Nível de escolaridade	64
4.1.2.6	Profissão.....	65
4.1.2.7	Modo de instalação da dependência.....	65
4.1.2.8	Tempo de dependência.....	66
4.1.2.9	Consumo de medicação.....	66
4.1.2.10	Internamentos e episódios de recurso ao SU no último ano	67
4.2	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
4.2.1	TIPO E GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	67
4.2.1.1	Dependência para Vestir-se e Despir-se	70
4.2.1.2	Dependência para Arranjar-se	71
4.2.1.3	Dependência para Alimentar-se.....	72
4.2.1.4	Dependência para o Uso do Sanitário	73
4.2.1.5	Dependência para Elevar-se.....	73
4.2.1.6	Dependência para Virar-se	74
4.2.1.7	Dependência para Transferir-se.....	74
4.2.1.8	Dependência para o uso de cadeira de rodas	75
4.2.1.9	Dependência para Andar	75
4.2.1.10	Dependência para Tomar a medicação	76
4.2.2	FACTORES ASSOCIADOS À DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO.....	79
4.3	REFERÊNCIAS.....	83

5 CONCLUSÕES 85

5.1	REFERÊNCIAS.....	88
------------	-------------------------	-----------

1 Introdução

Nas últimas décadas, mas mais nos últimos trinta anos, tem-se assistido a significativas alterações demográficas, sociais, tecnológicas e epidemiológicas. No contexto dos países desenvolvidos, como é o caso de Portugal, as populações, em geral, estão hoje mais saudáveis e vivem mais tempo. Este facto acarreta consequências claras e bem visíveis: o aumento da esperança média de vida e um aumento inequívoco da população idosa em todo o continente Europeu (OMS, 2008). Estas mudanças traduzem-se em alterações na natureza dos problemas de saúde. A complexa vida em sociedade em grandes centros urbanos, o envelhecimento da população, as mudanças no seio das famílias, as alterações climáticas, as tensões sociais e financeiras são desafios na prestação de serviços de saúde e para os sistemas de saúde. A realidade Portuguesa não difere da tendência mundial. Com a realização dos Censos de 2001 observou-se a diminuição da natalidade e o aumento da esperança média de vida. Verificou-se que a população idosa ultrapassava a jovem, 16,4% e 16% respectivamente (INE, 2002). Constatou-se ainda que, 97,8% dos idosos viviam em famílias clássicas e 2,5% em lares de idosos. Cerca de 51% do total de famílias unipessoais eram compostas por um idoso, destacando-se a prevalência dos idosos serem, maioritariamente do sexo feminino (Carrilho e Gonçalves, 2004). Perante estes factos e, sabendo que, o número de doenças crónicas está a aumentar, importa desenvolver estratégias e recursos informacionais que nos apoiem no planeamento dos cuidados aos indivíduos potencialmente dependentes que, na maioria são idosos (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2004).

Para os governos europeus o envelhecimento de uma população pode ser considerado como uma pressão económica, assistencial e de saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar de o grupo dos idosos representar, em todo o mundo, apenas 5% da população, ele é responsável por 30% dos gastos em saúde (Almeida, 2004). Uma sociedade envelhecida exige uma definição clara de políticas sociais e de saúde. Torna-se central a necessidade de reflexão sobre o que o envelhecimento da população acarreta na mudança da natureza dos cuidados. É necessário adquirir uma nova atitude face ao envelhecimento, definindo soluções para uma melhor qualidade de vida. Neste contexto, o enfermeiro é um elemento privilegiado na ligação entre as famílias e a comunidade. O exercício profissional dos enfermeiros deverá ir para além do modelo biomédico, do cumprimento das prescrições médicas e da gestão de sinais e sintomas. É necessário continuar o caminho da procura, criação e consolidação de intervenções independentes dentro do conhecimento da própria disciplina (Silva, 2007). A Enfermagem assume um papel preponderante na promoção da autonomia no autocuidado pois este requer uma prática de actividades de vida que visam a saúde, o bem-estar e o equilíbrio. O enfermeiro ao avaliar o autocuidado promove autonomia individual, enfatiza as capacidades e potencialidades de cada indivíduo e identifica precocemente os potenciais problemas de saúde e sociais.

A frequência no Curso de Mestrado Académico em Enfermagem Avançada, da Universidade

Católica Portuguesa (UCP) - Instituto de Ciências da Saúde, implica a apresentação à academia de um trabalho científico onde sejam demonstradas as capacidades para desenvolver um processo de investigação. Assim sendo, partiu-se para a elaboração de um projecto de investigação onde o foco se centra domínio do autocuidado. O conceito de Autocuidado é objecto central para a disciplina. De acordo com o International Council of Nurses (ICN 2010), na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) o Autocuidado é a uma «*Actividade Executada pelo Próprio*», mais em concreto ao «*Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária*». O estudo desenvolvido foi ancorado na teoria de médio alcance desenvolvida por Meleis (2000); ou seja, no estudo do processo de transição para a dependência no autocuidado. Meleis e Chick (1986:239) dizem-nos que transição é «*a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro... refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interacção entre pessoa – ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação*».

Tendo por base o conceito de Enfermagem Avançada (Silva, 2007), o que se pretende aprofundar é o conhecimento acerca da problemática da dependência no autocuidado. Para Meleis (2000), os enfermeiros e os cuidados que prestam aos cidadãos têm por foco ajudar as pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida. No contexto da prática clínica, apercebemo-nos que, com frequência, os clientes experienciam mudanças significativas nas suas capacidades de desempenho no autocuidado, fruto de episódios de doença (aguda ou crónica) ou dos processos de envelhecimento; mudanças essas que os conduzem (aos clientes) a quadros de dependência. Estas mudanças configuram transições com relevância para a enfermagem, na medida em que, ajudar os clientes a lidarem com os seus défices no autocuidado e a reconstruírem a sua autonomia são dimensões inscritas no âmago da profissão e da disciplina.

A dependência no autocuidado assume, de acordo com a literatura disponível, um grande significado para os clientes. As pessoas temem a velhice porque temem a perda da sua independência. Perder independência, com grande frequência, afecta a auto-estima e as competências mais avançadas dos indivíduos (Atchley, 1987).

Os indivíduos tendem a esforçar-se por manter a sua autonomia até ao final das suas vidas e os familiares preocupam-se com a adaptação à situação de dependência de um dos seus membros. A dependência não é um factor de declínio ou deterioração, mas um desenvolvimento necessário para o crescimento mútuo da reciprocidade familiar (Motenko & Greenberg, 1995).

A instalação de quadros de dependência no autocuidado, podemos dizer-lo, despoleta dois processos de transição. Por um lado, temos o processo de transição da pessoa acometida por doença ou agravamento das consequências da velhice, que fica dependente; e por outro lado, temos, muitas vezes, o processo (transição) de assunção do papel de Membro da Família Prestador de Cuidados (MFPC). Estes dois indivíduos, dependente e MFPC, necessitam de

uma ajuda efectiva do enfermeiro, pois o processo de transição é multidimensional e complexo.

De acordo com Meleis (2000) é necessário gerar conhecimento para o conseguirmos aplicar nos cuidados de enfermagem. A caracterização dos indivíduos e das suas necessidades em cuidados de saúde é um dos primeiros passos. Se nos debruçarmos sobre os conhecimentos que possuímos acerca dos indivíduos residentes no Concelho de Lisboa, constatamos que não se conhecem as características dos dependentes no autocuidado, integrados nas famílias clássicas.

A questão de partida deste estudo visa conhecer o nível de dependência no autocuidado, da pessoa dependente que reside no seio de famílias clássicas no Concelho de Lisboa. Neste quadro, a finalidade do estudo é expandir o conhecimento disponível relativamente ao número de famílias clássicas com pessoa dependente no autocuidado, bem como, conhecer as características da pessoa dependente e o seu nível de dependência.

Neste documento apresentamos numa primeira parte uma síntese da revisão da literatura acerca da problemática, enquanto numa segunda etapa apresentamos o enquadramento metodológico utilizado. Após, evoluímos para a apresentação e discussão dos principais resultados do estudo.

1.1 Justificação do estudo

O ponto de partida de qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse e transpô-lo para uma questão de investigação. A formulação de um problema de investigação constitui, de qualquer forma, a mais importante etapa do processo de investigação. Formular um problema de investigação é definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos. O problema apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio, justificando a escolha do tipo de estudo (Fortin, 1999).

O envelhecimento da população é um facto comprovado pela evidência, tendo-se tornado nas últimas décadas uma preocupação cimeira no domínio da saúde. Torna-se fundamental objectivar o real diagnóstico da condição de saúde da população idosa inserindo-a não só na avaliação clínica, como também nos níveis de funcionalidade e independência (Ricci, Kubota, & Cordeiro, 2005).

Os dados da OMS (2008) revelam-nos que a proporção de indivíduos em situação de dependência no nosso país é de 7,3%. Estes dados conduzem-nos à reflexão e à procura de novas estratégias para manter a qualidade de vida dos indivíduos em situação de dependência.

As teorias do envelhecimento bem sucedido encaram o sujeito como pro-activo, ou seja, este regula a sua qualidade de vida através da definição de objectivos, acumula recursos indispensáveis à mudança e à manutenção do bem-estar (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

Diversos estudos têm projectado um crescimento da população idosa funcionalmente

incapacitada, sendo que, o número de pessoas idosas dependentes nas Actividades de Vida Diárias (AVD) aumentará drasticamente neste século (Paschoal, 2002). Apesar de o envelhecimento ser um factor de destaque na instalação da dependência, a sua ocorrência pode acontecer em qualquer altura do ciclo vital associado a estados de doença ou de acidentes (Figueiredo, 2007). A Direcção Geral da Saúde (DGS) no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, mostrava a preocupação governamental sobre a problemática dos acidentes e das suas consequências claras na vítima, na família e na sociedade. O mesmo documento estratégico focava, também, a sua atenção nas pessoas idosas como elementos que apresentam morbilidade, incapacidade, dependência e mortalidade, destacando que, «*Muitos idosos vivem “acamados” e “sentados” em cadeiras de rodas, quando poderiam ser autónomos.*» (Portugal, 2004:33). Segundo Augusto (2002), muitos utentes têm alta hospitalar mais fragilizados e dependentes do que quando foram internados, havendo ainda pouca planificação para a sua reintegração na família, actividade e condições da habitação. Somos levados a admitir que, um dos factos que concorre para o défice de planificação neste domínio, se deve à qualidade da informação disponível sobre o fenómeno da dependência no autocuidado.

Em Portugal tem existido um aumento do interesse e da preocupação pelo autocuidado e pela dependência dos indivíduos. No Decreto Lei nº 100/2006 é visível a preocupação do governo com as novas necessidades em saúde que advêm do progressivo envelhecimento da população portuguesa e do aumento da prevalência de pessoas com doença crónica. Assim, é esperado que os enfermeiros actuem como: promotores da máxima independência nas actividades de vida dos indivíduos; gestores de recursos da comunidade liderando equipas que actuem na unidade familiar. No seguimento do anterior decreto lei é publicado, a 6 de Junho, o Decreto-lei nº 101/2006 que cria e implementa a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). O objectivo primordial com criação da RNCCI é a prestação de cuidados às pessoas idosas e às pessoas com dependência. Assenta em princípios como: a avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência, a promoção e a recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.

Apesar do caminho já efectuado pelo Governo com a criação destas políticas, entendemos que é urgente e necessário fazer uma avaliação do nível de dependência de uma forma consistente e por regiões. Assim sendo, o presente estudo visa traçar um diagnóstico realista do nível de dependência no autocuidado em pessoas dependentes no seio de famílias residentes no Concelho de Lisboa.

Temos noção que o universo das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado está a aumentar. Pensamos que o estudo da dimensão deste fenómeno pode conduzir à implementação de novas estratégias de cuidados por parte das instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como poderá alertar e sinalizar novos casos de dependência até agora desconhecidos.

1.2 Visão geral do estudo

Este estudo esteve organizado em duas fases. Num primeiro momento estivemos centrados no plano de elaboração da investigação com o refinamento, criação e desenvolvimento do instrumento de colheita de dados. Para tal, recorremos à criação de um grupo de investigadores, onde se debateram questões e discutiram-se estratégias a implementar em todo o processo de investigação. Quando delineados e definidos os propósitos do modelo de investigação, evoluímos para um estudo exploratório-descritivo. Numa segunda etapa, no seio do grupo de investigação delineáram-se as estratégias e métodos de recolha e tratamento de dados, e a posterior aplicação do formulário.

O faseamento da investigação está sintetizado no quadro seguinte (Quadro 1).

Quadro 1 - Visão geral do estudo

Desenho - Cronologia	Fase I: Enquadramento teórico; Desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados.	Fase II: Colheita, tratamento e análise dos dados; Elaboração do relatório do estudo.
Objectivos	<p>Conhecer a dimensão do fenómeno da dependência no autocuidado, da população do concelho de Lisboa</p> <p>Caracterizar os indivíduos dependentes no autocuidado da população residente no concelho de Lisboa</p> <p>Avaliar o nível de dependência, dos indivíduos dependentes no autocuidado, da população do concelho de Lisboa</p>	
Contexto	Concelho de Lisboa	
Metodologia	Estudo de carácter quantitativo, descritivo e exploratório	
População / Amostra(s)	<p>Famílias clássicas do Concelho de Lisboa. Conceito de Família Clássica, de acordo com definição do INE.</p> <p>Amostra probabilística, estratificada por freguesia.</p>	

1.3 Referências

AUGUSTO, B.M.J et al, 2002, Cuidados continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros de cuidar, Coimbra : Formasau

ATCHLEY, R.C, 1987, *Aging: Continuity and change*, 2nd Edition, Belmont, CA : Wadsworth,

CARRILHO, M.J, e GONÇALVES, C, 2004, Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos de 91-2001, Vol. 36, p. 175-192.

CHICK, N., MELEIS, A.I., 1986, «*Transitions: a nursing concern*» [In]: CHINN, P.L., *Nursing Research methodology*, Rockeville, Aspen, p.237-257

DECRETO-LEI Nº101/2006 D.R. I Série -A Nº109 (2006-06-06) [Em linha] [Consult. 1 de Março de 2008]. Disponível em URL <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao.htm>

FIGUEIREDO, D, 2007, Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência, Tese de Doutoramento. Aveiro : Universidade de Aveiro secção Autónoma de Ciências da Saúde

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2002, *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*, Instituto Nacional de Estatística. Lisboa : s.n., 2002. http://infoline.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=243#.

MELEIS, A., SAWYER, L., IM, E. O., HILFINGER, MESSIAS, D. & SCHUMACHER, K, 2000, *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*, *Advances in Nursing Science*, Aspen Publishers 23(1), p.12-28.

MOTENKO, AK E GREENBERG, 1995, *Reframing dependence in old age: A positive transition for families*, *National Assotiation of Social Workers*, Vol. 40, pp. 382-390.

RICCI, N.A, KUBOTA, M.T E CORDEIRO, R.C, 2005, Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar, *Revista de Saúde Pública*, Vol. 39(4)

SILVA, A. P, 2007, *Enfermagem Avançada*: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina ± *Servir*. Vol. 55, n.º 1-2, p. 11 - 19

Sousa, L., Galante, H., Figueiredo, D., 2003, *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*, *Revista de Saúde Pública*. V.33, n.3,p. 364-371

PETRONILHO, F., 2007, *Preparação do regresso a casa*, Coimbra, Formasau

PASCHOAL, S.M.P, 2002, «Autonomia e Independência». [In] Papaléo N.M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo : Atheneu, p. 313-323.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008, *Primary Health Care Now More Than Ever* ISSN: 1020-3311

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros, 2010, *Classificação para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, On line: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. -Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas; ISBN 972-675-109-8

2 Problemática em estudo

Na Antiguidade o “envelhecimento das populações” era um fenómeno precoce devido às condições precárias da vida quotidiana e à debilidade provocada pela má nutrição e parco tratamento das doenças. O conhecimento científico era quase inexistente e as condições políticas e sociais que assegurassem o bem-estar geral eram rudimentares. Imperava a nobreza despreocupada e desconhedora das condições de vida das populações. Durante a Idade Média e até ao século XVIII o número de idosos era reduzido, segundo Saiz Ruiz (2000:334) «*a esperança de vida à nascença tem variado ao longo dos tempos e o limite máximo de vida pode variar entre os 120-125anos. Entre os romanos era de 18 anos, no século XVII, de 25 anos, e no século XVIII de 30*». A partir do século XVI, o envelhecimento das populações é tido em consideração, originando reflexões e preocupações no seio das sociedades. Cientistas e filósofos como, Benjamin Franklin e Descartes, começaram a delinear os seus trabalhos no sentido de encontrar respostas para o envelhecimento do ser humano.

Com o final do século XVIII e o início do século XIX, ocorreram revoluções industriais e políticas que conduziram a profundas modificações sociais. Percorreu-se o longo caminho entre as regras do feudalismo e monarquia até à transferência do poder para representantes eleitos democraticamente pelas populações. Até ao início do séc. XIX e à Revolução Industrial o geronte era raro e estava entregue à sua própria sorte, a partir desta altura fica dependente da protecção por parte da família e da Igreja. Muito lentamente estas modificações sociais foram aumentando e a atenção prestada e o nível de preocupação dos investigadores também, passando a população geronte a ser alvo de pesquisa na área do envelhecimento. Metchnikoff em 1903, médico do Instituto Pasteur, cria o termo gerontologia como plano de estudo médico para o prolongamento da vida, visto que, viver durante muitos anos era «*(...) um privilégio de um número restrito de pessoas até aos primeiros decénios do século XX*» (Natário, 1992:47). A partir da segunda metade do século XX o fenómeno do envelhecimento demográfico emergiu nas sociedades desenvolvidas, tornando-se para Nazareth (1988:135) uma «*(...) simples constatação quantitativa: o número de velhos está a aumentar preocupantemente*». Com a transição para o séc.XXI novas projecções são dadas ao envelhecimento e os conhecimentos científicos na Gerontologia são aumentados e valorizados. Criam-se novas políticas sociais e procuram-se prover interesses e necessidades da população idosa. A revolução demográfica está associada a profundas transformações socioeconómicas que se repercutem ao nível da educação, da saúde, da empregabilidade, da protecção social, bem como, da distribuição populacional no território. Todas estas transformações levam-nos a novos comportamentos e atitudes perante a vida. Surgem mudanças na esfera dos valores, no estilo de vida e nas expectativas perante a vida. A Organização das Nações Unidas (ONU), considerou o período de 1975 a 2025 como sendo a “Era do Envelhecimento”.

Após o nascimento e até aos anos 20-30 o indivíduo desenvolve as suas capacidades, até atingir o seu expoente máximo. Com o passar dos anos, de um modo lento, o desempenho

funcional dos indivíduos vai-se deteriorando de uma forma quase imperceptível pelo próprio e que é motivado pelo processo natural e fisiológico a que chamamos de envelhecimento. É um processo progressivo, inexorável e universal. A trajetória que o declínio funcional assume depende da constituição genética, do meio e do contexto socioeconómico-cultural, dos hábitos e estilos de vida, até mesmo, da sorte em nascer numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família mais ou menos abastada. A progressão mais acelerada e profunda do declínio funcional inicia-se com o aparecimento de incidentes críticos, tais como processos de doença e acidentes. Num determinado patamar situa-se o limiar da incapacidade, uma fronteira acima da qual os indivíduos vivem de forma independente, enquanto, abaixo dela os indivíduos são dependentes para realizarem o seu autocuidado diário. É indispensável para a manutenção de uma boa qualidade de vida, um processo de envelhecimento saudável, livre de incapacidade. A capacidade funcional do indivíduo ao longo do tempo está intimamente relacionada com a sua capacidade de preservação de independência na resolução de problemas do quotidiano, que possibilita o desempenho, sem ajuda, das tarefas de manutenção da vida diária interagindo com o seu meio envolvente.

Segundo Hogstel e Gaul (1991), a autonomia, é um princípio ético, é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, no qual os indivíduos têm o direito de determinar seu curso de vida enquanto este direito não colidir com a autonomia de outros. Para ser autónomo, o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se auto cuidar. Ao termo autonomia têm sido atribuídos vários significados como o de autocuidado, *self-governance*, liberdade de escolha e de direitos, privacidade, escolha e liberdade individual (Children, et al., 1999)

Autonomia é fundamentalmente a capacidade de iniciar e concluir acções. Pessoa autónoma é aquela que consegue um equilíbrio entre o seu livre arbítrio e as decisões e liberdades dos outros. Pessoa autónoma é a que retira de si mesma a fonte de poder e decisão, conseguindo assim, tornar-se ela própria e constituir o seu caminho de vida. São necessárias certas capacidades para a realização das actividades de vida diárias com autonomia: a mobilidade, comunicação e cognição (Proot et al, 1998).

Para conseguirmos ter uma vida saudável, devemos manter a autonomia e um máximo de independência. Quando a autonomia e a independência se perdem, deve ter-se como objectivo restaurá-las no mais curto período de tempo e no mais próximo possível do seu nível anterior à ocorrência da sua diminuição.

No domínio da disciplina de enfermagem há largo consenso em torno da problemática e da sua delimitação. Na realidade, muito por influência dos estudos de Orem, o conceito de autocuidado surge, frequentemente, associado à noção de “défice”. O “Défice no autocuidado”, é um conceito que traduz um balanço de cariz deficitário entre as capacidades de acção dos indivíduos e as suas necessidades de cuidados (Taylor, 2004). No quadro das classificações de enfermagem disponíveis, o conceito de “défice no autocuidado” é reconhecido como um diagnóstico de enfermagem (ICN, 2010), remetendo para um cliente com limitações, mais ou

menos significativas nas capacidades de desempenho nas actividades de autocuidado pessoal, em resultado de limitações como, por exemplo, compromissos motores e / ou sensoriais; alterações dos processos cognitivos; compromissos da consciência, entre outros.

2.1 A Dependência no Autocuidado: questões em torno da sua mensuração

A dependência no autocuidado, no contexto da abordagem que temos vindo a fazer pode ser entendida como um marcador da saúde, com grande relevância para a prática clínica dos enfermeiros (Pereira, 2007; Doran, 2003). Neste quadro, emerge a questão: “Como avaliar a dependência no autocuidado?” A resposta remete-nos, necessariamente, para questões em torno dos diferentes instrumentos disponíveis para o processo de mensuração do constructo.

A dependência está presente ao longo de todo o curso da vida, não sendo atributo único e exclusivo da velhice, apesar de estar fortemente associado a esta fase do ciclo vital. Na realidade, a criança passa por estágios de dependência. O que difere a dependência da criança da dependência de um indivíduo com idade mais avançada é, o seu grau de transição para a competência. Em idades mais avançadas a dependência tem tendência a ampliar-se e multiplicar-se e avançar para um estado permanente. O Decreto-Lei nº100/2006 (D.R, 2006;3855) utiliza o conceito para delimitar os quadros em que *«uma pessoa por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiências, 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 actividades de vida diárias»*.

Para Veríssimo (2004), a noção de dependência varia entre países, tal como variam as normas para avaliar a dependência e a cobertura de cuidados. O sentido de dependência alarga-se para a pessoa que presta ajuda, valorizando a necessidade de recorrer a outro para o acompanhamento das suas actividades de vida diárias. As respostas à dependência baseadas nestes conceitos residem na assistência às actividades da vida diárias; no entanto, descurem a dependência económica ou afectiva.

Pelos últimos indicadores estatísticos publicados pelo INE em 2009 (INE, 2009:129) sabemos que a proporção de indivíduos situação de dependência em 1999 era de 47,6%, havendo um subida para os 49,4% em 2009. Estes dados estatísticos, levam-nos a reflectir que o Estado e a sociedade em geral devem encontrar novas respostas para se poder manter a qualidade de vida dos indivíduos em situação de dependência. Todas as soluções encontradas só terão sentido se mobilizados os recursos existentes na comunidade, nomeadamente os cuidados de saúde primários e os cuidados de longa duração.

Face ao exposto, compreendem-se os múltiplos esforços que têm sido desenvolvidos para mensurar o fenómeno. Um grupo de cientista liderado por Sidney Katz, na tentativa de uniformização de instrumentos e de medidas na descrição da magnitude e severidade dos

problemas funcionais, criaram um índice de avaliação. O índice de Katz é composto por seis itens hierarquicamente relacionados e reflectem padrões de desenvolvimento encontrados em crianças, os estágios sucessivos de recuperação em pacientes incapacitados e, possivelmente, em ordem reversa, a regressão durante o processo natural de envelhecimento. As actividades de vida diária de Katz (AVD) são vistas como habilidades de manutenção de funções básicas como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o sanitário, andar e transferir-se. Quando são identificadas deficiências no desempenho das AVD, o motivo e o tempo de aparecimento podem ajudar na determinação da causa da disfunção e do seu potencial reversibilidade. O grau de dependência é avaliado da seguinte forma: 1) independência; 2) necessita de ajuda; 3) dependente (Botelho, 2005 p.114; Sequeira, 2007, p.147; Lino et al, 2008). O termo designado como actividades instrumentais da vida diárias (AIVD) de Lawton e Brodie (1969), corresponde à autonomia da pessoa, incluindo fazer compras, cozinhar, tomar seus próprios medicamentos, usar o telefone, administrar as próprias finanças e realizar tarefas domésticas. As actividades são pontuadas entre 0 e 1. A zero corresponde a incapacidade e a um a capacidade de desempenho. A pontuação máxima de independência é oito e a de dependência é zero. Observa-se que pacientes com compromissos da autonomia nas AVD apresentam maior prejuízo funcional nos outros sistemas que os pacientes independentes. Cigolle e colaboradores (2007), observaram que pacientes geriátricos nos quais eram identificados problemas como queda, incontinência urinária, baixo índice de massa corporal, défice cognitivo, tonturas, alteração auditivas ou visuais, apresentavam maior dependência e limitações na execução das suas AVD. Em estudo transversal, esses autores, encontraram associação forte e estatisticamente significativa entre condições geriátricas e dependência nas AVD. Huand e seus colaboradores (2007) demonstraram que, mulheres com declínio funcional físico apresentavam mais sintomas de incontinência urinária. Ainda, Johnson e colaboradores (2007) observaram que, pessoas com défice cognitivo apresentavam maior prejuízo na execução das funções globais, predispondo ao maior declínio funcional e aumento da mortalidade. No séc. XXI, a expansão dos conhecimentos científicos e tecnológicos, fortemente aplicados ao nosso quotidiano, tanto no âmbito pessoal como no dos serviços, contribuiu para o aumento da expectativa de vida. A quantidade de instrumentos disponíveis para mensurar a dependência no autocuidado é, segundo Doran (2003), vasta. Esta autora remete-nos para uma lista extensa onde se incluem, para além do Índice de Katz (1963), a Escala de Barthel (1965), a escala de Lawton e Brodie (1969) ou a “Care Dependency Scale”, criada em 1996; entre outros.

Quando olhamos para os diversos instrumentos que estão disponíveis, para efeitos de “avaliação” do nível de dependência no autocuidado, percebemos e somos de opinião que tais estratégias não são suficientemente específicas nos seus critérios (clínicos) para mensurar a dependência nos diferentes domínios com relevância para a enfermagem. Com efeito, muitos daqueles instrumentos incorporam avaliações de parâmetros que não fazem parte do conceito de autocuidado (Cfr. Orem, 2001). Por outro lado, a utilidade clínica deste tipo de instrumentos depende, em grande medida, da qualidade e robustez dos indicadores (critérios) para

mensurar a dependência. É neste contexto que entendemos útil utilizarmos um instrumento que, sob o ponto de vista do seu conteúdo, se baseia na classificação de resultados de enfermagem mais amplamente disseminada internacionalmente - “*Nursing Outcomes Classification*” (Moorhead et al, 2008). A “Classificação de Resultados de Enfermagem” (NOC), a que nos referimos, resulta do maior estudo até hoje realizado sobre resultados (sensíveis) aos cuidados de enfermagem. Na opinião de Doram e colaboradores (2001), é uma evidência que os cuidados de enfermagem podem concorrer para a promoção da autonomia no autocuidado, razão pela qual a referida classificação incorpora indicadores muito precisos sobre a avaliação / progressão dos clientes em termos de dependência no (s) autocuidado (s).

Reconhecendo a validade dos conteúdos plasmados na NOC, um grupo de investigadores da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), dos quais se destacam os professores Abel Silva, Alice Brito e Paulo Parente, avançaram com a construção de um instrumento capaz de avaliar a dependência no autocuidado, em termos próprios da disciplina de Enfermagem. A primeira validação do instrumento decorreu no contexto do projecto de investigação do Enfermeiro Hernâni Duque, no decorrer do seu projecto de investigação, no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem da UCP, subordinado ao tema “O doente dependente no autocuidado – estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros” (Duque, 2009).

Esta escala encontra-se estruturada em 10 domínios do autocuidado – “Tomar banho”, “Vestir-se ou despir-se”, “Alimentar-se”, “Arranjar-se”, “Cuidar da higiene pessoal”, “Auto-elevar”, “Usar o sanitário”, “Transferir-se”, “Virar-se”, “Usar a cadeira de rodas”, nos termos descritos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE – (ICN, 2010). Cada uma destas dimensões é avaliada de acordo com um conjunto muito específico de actividades / indicadores de autocuidado, mensurados em “Dependente não participa”, “Necessita de ajuda de pessoa”, “Necessita de equipamento” e “Completamente independente”. A par da robustez teórica do instrumento, o estudo de Duque revelou níveis de fidelidade muito significativos (Cfr. Duque, 2009). Neste contexto, como veremos adiante, optámos por utilizar este instrumento no nosso estudo.

Os méritos do instrumento utilizado por Duque (2009), comparativamente às múltiplas escalas disponíveis prendem-se com o poder discriminatório do instrumento, muito por via da precisão dos diferentes itens equacionados / avaliados em cada um dos domínios do autocuidado (Anexo I). Com efeito, ao explorar a problemática dos instrumentos para mensurar a evolução no autocuidado, Doran (2003) discutia o baixo poder de descrição de instrumentos como o Índice de Barthel ou de Katz, em particular na especificação dos diferentes aspectos que compõem cada uma das dimensões do autocuidado e que têm relevância, para efeitos de avaliação da progressão dos clientes.

Em síntese, podemos dizer que, apesar da extensa lista de instrumentos disponíveis para avaliar a dependência no autocuidado, o mérito do instrumento desenvolvido na ESEP e utilizado por Duque (2009) radica no seu poder discriminatório, na sua fidelidade e, fundamentalmente, na sua robustez teórica, consonante com o quadro teórico que ilumina o

fenómeno, numa perspectiva de Enfermagem.

2.2 Quadro teórico

Durante a elaboração do presente relatório, houve a necessidade de olhar o fenómeno em estudo à luz dos principais marcos teóricos já desenvolvidos e que nos servem para ancorar a investigação. No nosso entendimento, os dois marcos teóricos que se adequam para um melhor entendimento do fenómeno da “Dependência no Autocuidado” assentam nas perspectivas de Orem (2001) e Meleis e colaboradores (2000). As teorias representam um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições que apresentam uma forma sistemática de ver os factos/eventos pela especificação das relações entre os seus componentes, com a finalidade de explicar e prever o fenómeno (Meleis, 2005).

De acordo com a visão que emprestamos à investigação e à leitura do fenómeno da dependência no autocuidado, julgamos adequado chamar à discussão a(s) teoria(s) do Autocuidado de D. Orem e a perspectiva teórica das transições com relevância para a enfermagem de A. Meleis.

O conceito de Autocuidado, tal como o utilizamos neste estudo, radica nos estudos de Orem, desenvolvidos desde os anos 60 do século passado (Meleis, 2005). O conceito de autocuidado, para Orem, radica nos comportamentos adquiridos e aprendidos pelo cliente, no contexto das circunstâncias que o envolvem. Assim, o autocuidado traduz acções executadas pelos clientes, no sentido de «*Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária*». (ICN, 2010).

As acções de autocuidado visam manter a vida, o funcionamento e o desenvolvimento da pessoa. O ambiente é definido como o conjunto das circunstâncias daquilo que está em torno da pessoa, influenciando-a na forma como aprende e desempenha as actividades de autocuidado. Neste quadro, os cuidados de enfermagem têm como horizonte ajudar o cliente a ultrapassar as suas limitações parciais ou totais, no exercício do autocuidado, através de lógicas compensatórias; quer de substituição, quer de desenvolvimento de competências, através de abordagens educacionais dos clientes.

A relevância da perspectiva teórica proposta por Meleis e colaboradores (2000), radica no facto de os clientes, fruto de quadros patológicos ou do processo (natural) de envelhecimento, experienciam mudanças significativas nas suas capacidades de desempenho no autocuidado. Estas mudanças configuram transições com relevância para a enfermagem (Cfr. Meleis, et al, 2000), desafiando a enfermagem a mobilizar terapêuticas capazes de ajudar os clientes a lidarem com os seus défices no autocuidado e a reconstruírem a sua autonomia. Em paralelo, muitas vezes, quando o potencial de reconstrução da autonomia dos clientes é limitado, existem membros da família que se vêem perante a necessidade de assumirem um novo papel, que passa por prestar cuidados ao dependente. Esta transição (situacional), que radica na assunção de um novo papel relativo à prestação de cuidados a familiares dependentes, pode ser facilitada por cuidados de enfermagem proficientes.

2.2.1 Teoria geral do Autocuidado de D. Orem

Para Orem (2001), a pessoa é um todo integral e dinâmico que funciona em termos biológicos, simbólicos e sociais, tendo a faculdade de utilizar ideias, de pensar e reflectir sobre o seu próprio estado de saúde, guiando os seus esforços, com o intuito de levar a cabo acções de autocuidado. O ambiente representa o conjunto de factores externos que influenciam a decisão da pessoa em empreender o autocuidado, sobre a sua capacidade no exercício, sendo parte integrante deste. O ambiente é definido como o contexto dentro do qual se apresentem os comportamentos de autocuidado. A pessoa apresenta um estado de saúde quando descreve um estado de totalidade e integridade dos componentes do sistema biológico, simbólico e social. Este conceito está intimamente relacionado com a percepção de bem-estar do indivíduo pela sua condição existencial, caracterizada pela sua experiência de satisfação, prazer, experiência espiritual e a contínua realização ideal do ser (Rivera, 2006). Neste contexto, a enfermagem é definida como um processo interpessoal e uma tecnologia, com os seus métodos e técnicas formais, quando a pessoa não tem capacidade de se autocuidar. O principal objectivo dos cuidados de enfermagem é manter a saúde, a vida e o bem-estar da pessoa. As intervenções de enfermagem são orientadas para o fortalecimento da capacidade do autocuidado e o autocuidado terapêutico.

De acordo com Orem (2001), os seres humanos distinguem-se dos outros seres vivos pela sua capacidade de reflectir sobre si mesmos, de simbolizar o que vivenciam e utilizar criações simbólicas no pensamento, na comunicação dirigida a acções benéficas para si mesmos e para os outros. A Teoria de Geral de Enfermagem por ela criada, é integrada por três teorias: (1) Teoria do autocuidado; (2) Teoria do défice do autocuidado e (3) Teoria geral da Enfermagem. A primeira descreve e explica porque razão o autocuidado é necessário para a saúde e bem-estar da pessoa; a segunda explica quando e porque é que a enfermagem é necessária para ajudar as pessoas; a terceira descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem.

Orem (2001) define autocuidado como sendo a prática de actividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do bem-estar. A exigência terapêutica para o autocuidado constitui a totalidade de acções de autocuidado, através de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e acções (Foster e Janssens, 1993).

Esta teoria enfatiza que a realização do autocuidado requer a acção deliberada, intencional e calculada, que está condicionada pelo conhecimento e o repertório de habilidades do cliente. Baseia-se na premissa que os indivíduos sabem quando precisam de ajuda e, portanto, são conscientes das acções específicas que necessitam de realizar. Esta teoria tem como principal pressuposto que o autocuidado não é inato, aprende-se e vive-se durante o desenvolvimento humano, tendo o seu começo com a relação entre pais e filhos.

A partir desta teoria articulam-se três conceitos: 1) **o agente de autocuidado**, que se refere a qualquer pessoa que cumpre com a responsabilidade de conhecer e satisfazer as necessidades de autocuidado; 2) **o agente de autocuidado ao dependente**, referindo-se à pessoa externa que aceita proporcionar o cuidado a outra pessoa, remetendo-nos para o conceito de Membro da Família Prestador de Cuidados (Cfr. ICN, 2010); 3) **o agente de autocuidado terapêutico**, no qual a pessoa que presta os cuidados é um profissional de saúde.

Orem postula que as actividades do autocuidado são afectadas por diferentes aspectos como: crenças culturais, hábitos/costumes e práticas habituais da família e da comunidade em que os clientes estão inseridos (Orem, 2001). Esta visão pode ser entendida, à luz da teoria das transições com relevância para a enfermagem (Meleis et al, 2000), como factores “condicionantes” das transições que “*resultam em...*” e “*resultam de...*” défices e compromissos no autocuidado.

O autocuidado tem como propósito um conjunto de acções que, seguindo um modelo, contribuem especificamente para a integridade das funções, em todo o desenvolvimento humano. Orem (2001) relaciona as actividades de autocuidado com três requisitos ou exigências, que têm como objectivo promover as condições necessárias para a vida e o crescimento, prevenindo o aparecimento de condições adversas nos distintos momentos do processo evolutivo e de desenvolvimento do ser humano. Os requisitos são categorizados como: (1) universais, (2) de desenvolvimento e (3) de desvio de saúde. Os requisitos universais são também caracterizados como necessidades base, as actividades de vida quotidiana. Estão associados aos processos de vida e à manutenção da integridade e estrutura do funcionamento humano, durante todo o ciclo de vida, como as actividades de vida diárias. Enquanto os requisitos de desenvolvimento, são condições mais específicas e particulares que garantem o crescimento e desenvolvimento normal da pessoa, como a adaptação a um novo trabalho ou a uma mudança física. O requisito desvio de saúde está relacionado e é exigido em condições de doença ou em consequência de actos médicos exigidos para diagnosticar e corrigir o evento da doença. Segundo Leddy e Pepper (1992:165),

« Os requisitos de autocuidado universais são associados com o desenvolvimento, tendo como resultados a promoção da saúde e a prevenção de doenças específicas, conhecidas como requisito de autocuidado para a prevenção primária. Os requisitos de autocuidado relacionados com os desvios de saúde conduzem à prevenção das complicações e ao evitar da incapacidade depois de um processo de doença, dando-lhe o nome de requisito do autocuidado para a prevenção secundária. O requisito de autocuidado relacionado com a prevenção terciária está relacionado com o funcionamento eficaz e satisfatório de acordo com as possibilidades existentes. »

A teoria de Orem visa possibilitar aos indivíduos, família e comunidade, a possibilidade de tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades, bem como, empenharem-se efectivamente

no desenvolvimento do seu próprio caminho em direcção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. Por tudo isto, o autocuidado está muito para além daquilo que a pessoa pode fazer por si própria. Requer liberdade, mas também controlo e responsabilidade do próprio para assegurar e manter a sua qualidade de vida.

Ao longo de seu trabalho, Orem para além de interpretar os meta-paradigmas da enfermagem, como: pessoa, saúde, enfermagem e ambiente; define três passos do processo de enfermagem: (1) diagnóstico e prescrição, (2) definições de um sistema de enfermagem e do planeamento para o cuidado e (3) produção e controlo dos sistemas de enfermagem.

A Teoria do Défice de Autocuidado é considerada por Orem como o núcleo central do modelo teórico que desenvolveu; é composta por cinco conceitos centrais, que estão inter-relacionados: 1) acções de autocuidado; 2) capacidade de autocuidado; 3) necessidade de autocuidado terapêutico; 4) défice de auto-cuidado e, por último; 5) acção de enfermagem.

As acções de autocuidado apresentam relação com as capacidades de autocuidado e com a necessidade de autocuidado terapêutico. Quando as pessoas realizam acções deliberadas de autocuidado, estão a utilizar as suas capacidades de autocuidado, com a finalidade de satisfazer suas necessidades de autocuidado terapêutico. A necessidade de autocuidado terapêutico indica os requisitos de autocuidado que o indivíduo deve satisfazer. De facto, as acções necessárias para satisfazer as categorias de requisitos de autocuidado constituem as exigências de autocuidado terapêutico dos indivíduos (Orem, 2001).

A capacidade de autocuidado avalia-se em relação à necessidade de autocuidado terapêutico, para determinar se existe (está integrada) ou se existe um défice. O termo é o resultado da associação entre a capacidade de autocuidado e a necessidade de autocuidado terapêutico, no qual aquela não é suficiente para satisfazer esta (Cade, 2001). A presença de uma deficiência nova ou projectada de acção de autocuidado é o que indica às pessoas a necessidade de "autocuidado de enfermagem". Ou seja, se existe défice ou deficiência de autocuidado, a acção/intervenção de enfermagem deve estar presente, devendo para isso utilizar os métodos de ajuda para a obtenção do autocuidado pela pessoa em necessidade (Fialho, Pagliuca, Soares, 2002). Por isso, existe uma relação entre o défice de autocuidado e a acção de enfermagem.

Para Orem (2001), os factores condicionantes básicos são os factores internos e externos aos indivíduos, que afectam as suas capacidades para ocupar-se do seu autocuidado, ou que afectam o tipo e quantidade de autocuidado requeridos. Estes factores são, fundamentalmente: a idade; o sexo; o estado de desenvolvimento; o estado de saúde / doença; a orientação sociocultural; os factores do sistema de saúde; os factores do sistema familiar; os padrões e estilos de vida; os factores ambientais e, ainda, a disponibilidade e adequação de recursos de apoio. Todos estes factores influenciam a capacidade de autocuidado e as formas de atender os requisitos de autocuidado, assim como, na agência de enfermagem, ou seja, condicionam as acções terapêuticas de enfermagem.

Como já tivemos oportunidade de referir, quando olhamos para os diferentes aspectos que, nos

termos de Orem, influenciam o autocuidado dos clientes somos levados para o território dos factores condicionantes das transições vividas pelos clientes.

2.2.2 Teoria das Transições de A. Meleis

A palavra transição deriva do latim *transitióne*, significa trajecto. Há cerca de 25 anos que Chick e Meleis (1986:239) definiram transição como «*uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro*», enfatizando que as transições têm conotação com o tempo e o movimento. Na literatura existem diversos estudos que frequentemente utilizam a palavra transição para descrever processos de mudança. Bridge (2004), não descreve transição como um acontecimento pontual mas, como uma “reorientação interior e auto-redefinição”, facto que é congruente com aquilo que Meleis e colaboradores (2000) apontam como indicadores de resultado das transições. Meleis e colaboradores (2000) referem que a transição é resultado de mudanças no estado de vida, saúde, relações interpessoais e ambiente.

Para Schumacher e Meleis (1994) as transições são um conceito de interesse em enfermagem, são mesmo um “*conceito central*” da disciplina. Durante o desenvolvimento de cada pessoa, a mudança é inevitável, mas não necessariamente desejável ou natural. Chick e Meleis (1986) realçam que a transição é, em alguns casos, iniciada por eventos que não são controlados pelo sujeito, enquanto, em outros casos, a transição é deliberadamente procurada através de eventos como mudanças de profissão, casamento, gravidez, paternidade, entre outros. Todavia, nem todas as transições que as pessoas vivenciam (normativas ou não normativas) têm igual relevância para a enfermagem. Enquanto assumir o papel de Membro da Família Prestador de Cuidados ou o Papel Parental são transições com relevo para a disciplina ou profissão; a assunção de um novo papel profissional ou a mudança no estado civil são transições para as quais os cuidados de enfermagem não dão contributos significativos. É neste contexto que falamos em “transições com relevância para a enfermagem”, tal como definidas e delimitadas por Meleis e colaboradores (2000). As situações em que os clientes transitam de um quadro de independência para um estado de dependência no autocuidado, fruto do processo de envelhecimento (transição desenvolvimental) ou de uma quadro patológico (transição saúde – doença) (Cfr. Meleis et al, 2000; Meleis, 2005), representam uma transição com grande relevância para a enfermagem, na medida em que, como vimos, ajudar os clientes a promoverem e desenvolverem as suas capacidades de autocuidado é uma das funções centrais da enfermagem (Orem, 2001).

Schumacher e Meleis (1994) na revisão de literatura que efectuaram sobre as transições com relevância para a enfermagem, referem com grande ênfase as transições de familiares para o exercício do papel de membros da família que tomam conta de dependentes, a assunção da paternidade, o período pós-parto e os vários contextos de saúde-doença. Todas estas transições exigem cuidados especiais pelas características da situação, que radicam em mudanças e diferenças significativas nas vidas dos clientes, com fortes impactos na sua saúde.

Como refere Murphy (1990), os enfermeiros podem actuar numa lógica antecipatória, de

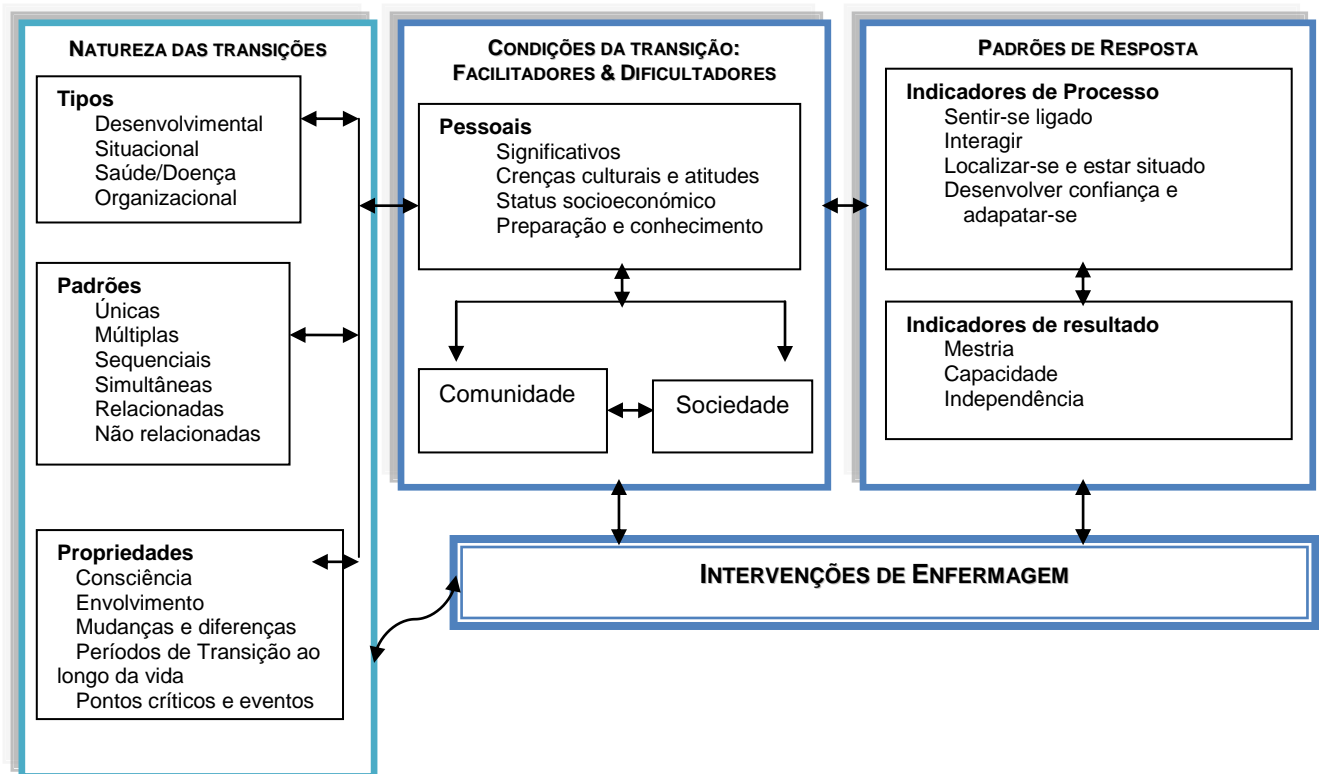
preparação para as mudanças de papéis, de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo em certas condições. As estratégias de cuidados – terapêuticas - mobilizadas pelos enfermeiros, face a um cliente em transição, estão assentes sobre pressupostos básicos como a compreensão da transição, a partir da perspectiva de quem a está a experienciar (o cliente); e os condicionalismos pessoais e do ambiente que envolvem o cliente. Os enfermeiros lidam com indivíduos que estão em diferentes fases das transições. A missão da enfermagem tem como objectivo facilitar os diferentes processos de transição que os indivíduos experienciam (Meleis e tal, 2000; Meleis, 2005). Meleis e colaboradores (2000) identificaram quatro tipos de transição centrais para a prática de enfermagem:

1) desenvolvimental (associadas a problemas de saúde psicossociais ou fisiológicos como: a transição da infância para a adolescência; a transição para um quadro de dependência fruto do envelhecimento); **2) saúde/doença** (referente a mudanças abruptas, que resultam na passagem de um estado de bem-estar – saúde - para um estado de doença aguda ou crónica); **3) situacional** (onde se enquadra, por exemplo, a assunção do papel de Membro da Família Prestador de Cuidados) e **4) organizacional** (que reporta quadros de reorganização familiar e respectivos papéis; ou a institucionalização de alguém, por exemplo, num Lar de Idosos).

Os resultados obtidos por vários estudos demonstraram que a natureza das transições tem padrões de multiplicidade e de complexidade, indicando que não são discretas ou mutuamente exclusivas. Os padrões das transições incluem as hipóteses de o indivíduo estar a passar por uma transição simples ou por múltiplas transições. É de realçar a importância em considerar se as várias transições são sequenciais ou simultâneas, a extensão de sobreposição entre as transições e, a natureza do relacionamento entre os diferentes eventos que estão provocando as transições para um indivíduo. As transições são complexas e multidimensionais. Foram identificadas várias propriedades essenciais (Meleis et al, 2000): consciencialização; envolvimento; mudanças e diferenças; períodos de transição; pontos e eventos críticos. Estas propriedades não são necessariamente descontínuas, pelo contrário, são propriedades integrantes de um processo complexo.

Os resultados de todos os estudos efectuados nesta área conduziram ao desenvolvimento de uma teoria de médio alcance das transições, ilustrada na Figura 1.

Figura I – Adaptação da Representação da Teoria de Médio Alcance das Transições (Meleis et al, 2000, pp. 17)



De acordo com Meleis e colaboradores (2000), a *Teoria de médio alcance das transições* fornece uma visão mais aprofundada sobre as transições com relevância para a enfermagem, proporcionando, mesmo, guias orientadores específicos para a prática clínica. Com efeito, desta forma procura-se enfatizar o carácter operativo desta teoria, que deriva da sua natureza de médio alcance. Simultaneamente, o modelo fornece orientações para a geração de conhecimento, orientando para questões de investigação mais sistemáticas e coerentes.

Para Meleis e Trangenstein (1994), a caracterização da transição como central na condição humana acarreta implicações na prática de enfermagem, uma vez que fornece aos enfermeiros uma estrutura para descrever as necessidades críticas da pessoa durante a transição.

O papel da enfermagem está assente na ajuda aos clientes, de modo a facilitar as transições dirigidas para a saúde e percepção de bem-estar; ajudando no processo de aquisição de competências para a mestria, mobilizando os indivíduos para um nível de óptimo de funcionamento e conhecimento.

Para Meleis e colaboradores (2000), a teoria de médio alcance proposta conduz à necessidade de pesquisa na descoberta dos níveis e da natureza das vulnerabilidades nos diferentes pontos durante a transição. As experiências de transição precisam de ser identificadas, clarificadas,

desenvolvidas, testadas e avaliadas, de modo a que, as intervenções de enfermagem sejam o reflexo da sua diversidade e complexidade.

Assumimos que a instalação de um quadro de dependência no autocuidado pressupõe e resulta em mudanças significativas na saúde dos clientes, tornando-os mais vulneráveis. A relevância do fenómeno de dependência no autocuidado para a enfermagem, pelo impacto que tem na saúde (individual e colectiva) merece investigação. Neste contexto, urge estimar a dimensão do fenómeno, as suas características e distribuição populacional. Só desta forma podemos avançar em abordagens mais específicas, quer ao nível do planeamento em saúde, quer ao nível da investigação; esta focada na efectividade das terapêuticas de enfermagem promotoras da autonomia dos clientes e no desenvolvimento das competências dos familiares que deles (dependentes) cuidam em casa.

2.3 Referências

BOTELHO, A. 2005. A Funcionalidade dos idosos. [autor do livro] C PAÚL e FONSECA. A.M. *Envelhecer em Portugal*. s.l. : Climepsi, 2005, pp. 111-115.

BRADEN, C.J., 1993, Promoting a learned self-help response to chronic illness. 1993.

BRIDGES. W., 2004, *Transitions: Making Sense of Life`s Changes*. Da Capo Press, Cambridge, MA.

CADE, N.V., 2001, *A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas*. Ribeirão Preto. Revista Latino Americana de Enfermagem v.9;n.3. ISSN 0104-1169

CHICK, N.; MELEIS, A.I., 1986, *Transitions: a nursing concern*. In CHINN, P. L. Nursing research methodology. Rockeville:Aspen, p. 237-257

CHILDREN, JF e BEAUCHAMP, M., 1999, *Principles of bionedical ethics*. New York : oxford, CIGOLLE, C.T; LANGA, K.M; KABETO, M.U, et al., 2007, *Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study*. Ann Internation Med. 147:156-64

DECRETO-LEI Nº 100/2006, D.R. I Série A Nº 109 (2006-06-06) [Em linha] [Consult. 1 de Março de 2008]. Disponível em URL <http://www.dre.pt/pdfgratis/2006/06/109A00.pdf>

DECRETO-LEI Nº101/2006 D.R. I Série -A Nº109 (2006-06-06) [Em linha] [Consult. 1 de Março de 2008]. Disponível em URL <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao.htm>

DORAN, D.;SIDANI, S.; WATT-WATSON, J.; LASCHINGER, H.; MCGILLIS HALL, L. (2001) – A Methodological Review of the Literature on Nursing-Sensitive Outcomes. In: MINISTRY OF HEALTH AND LONG – TERM CARE OF ONTARIO; THE NURSING AND EFFECTIVENESS, UTILIZATION AND OUTCOMES RESEARCH UNIT OF UNIVERSITY OF TORONTO – *Invitational Symposium – Nursing and Health Outcomes Project*. Toronto: University of Toronto. On line: <http://www.org.on.ca/health>

- DORAN, DIANE, 2003, *Functional Status. Nursing-sensitive Outcomes: state of the science*. Canada : Jones and Bartlett Publishers.
- DUQUE, H.J.L.T., 2009, *Dissertação de Mestrado: O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros : Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada ± Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa Porto*
- FIALHO, A.V; PAGLIUCA, L.M; SOARES, E., 2002, *Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum*, Ribeirão Preto, *Revista Latino-Americana*, v.10, n.5 ISSN 0104-1169
- FOSTER, P.C E JANSSENS, N.P., 1993, *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre : Artes Médicas, p. 97-107.
- HOGSTEL, M.O, GAUL, A.L., 1991, *Safety or autonomy – and ethical issue for clinical gerontological nurses*. *Journal Gerontological Nursing*, Thorofare, v. 17, nº3, p.6-11
- HUANG, A.J; BROWN, J.S; THOM, D.H, et al., 2007, *Urinary incontinence in older community-dwelling women: the role of cognitive and physical function decline*. *Obstet Gynecol*. V.109:909-16
- JOHNSON, J.K; LUI, L.Y, YAFFE, K., 2007, *Executive function, more than global cognition, predicts functional decline and mortality in elderly women*, *Journal of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, V.62:1131-41
- LAWTON, M.P; BRODY, E.M., 1969, *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist*, V.9:179-86
- LEDDY, S., PEPPER, J.M., 1992, *Bases conceptuales de la enfermería profesional – Organización Panamericana de la Salud*, 1ª edición, p.165
- LINO, Valéria [et al.], 2008, *Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de vida diária (Escala de Katz)*, *Cadernos Saúde Pública*.Vol.24, nº 1 (jan.) p.103-112 [Em linha] [Consult. 31 de Maio de 2008]. Disponível em URL. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>
- MELEIS, A. & TRANGENSTEIN, P., 1994, *Facilitating Transitions: redefinition of the nursing*. *Outlook* 42(6), pp.255-259.
- MELEIS, Afaf I. [et al.], 2000, *Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory*, *Advances in Nursing Science*. Vol. 23 p.12-28
- MELEIS, A. I., 2005, *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins
- MOORHEAD, P; JOHNSON, M; MAAS, M., 2008, *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. São Paulo : Artmed, p. 872. ISBN: 978-85-363-1323-8.

- MURPHY, S.A., 1990, *Human responses to transitions: a holistic nursing perspective*, Holistic Nursing Practice, v.4, nº3, p.1-7
- NATÁRIO, A.C, 1992, *Envelhecimento em Portugal uma realidade e um desafio*, Lisboa, Revista de Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 10, p.47-56, ISSN: 0870-9205.
- NAZARETH, J., 1988, *O envelhecimento demográfico "psicologia"*. Lisboa : s.n., p. 135-146. Vol. 6. 2.
- OREM, D.E. 2001. *Nursing: concepts of practice*. 3. Boston : Mosby, p. 35-54.
- PEREIRA, F. M.S,2007, Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros, 2010, *Classificação para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, On line: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- PROOT, I. M.; CREBOLDER, H.; ABU-SADD, H.; MEULEN, R., 1998, *Autonomy in the rehabilitation of stroke patients in nursing homes. A concept analysis*, Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol. 12, n. 03 p.139 – 45
- RIVERA, A.L.N., 2006, *Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado*, En revista Avances en enfermería, vol.24, nº2, p.91-97
- SAIZ RUIZ, J, 2000, *Manual de psicogeriatría clínica*, Barcelona, Masson, p.334, ISBN: 84-458-0981-4.
- SEQUEIRA, C., 2007, *Cuidar de idosos: Diagnósticos e Intervenções*. s.l. : Quarteto
- SHUMACHER, K.L; MELEIS, A.I., 1994, *Transitions: a central concept in nursing*, Journal of Nursing Scholarship, Indianápolis, v.26, n.2, p.119-127
- TAYLOR, S. G., 2004, *Teoria do Défice de auto-cuidado de Enfermagem, Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição.
- VERISSIMO, C., 2004, *Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados*. s.l. : Nursing. Vol. 5, p. 20-24.

3 Metodologia

Neste capítulo apresentamos e discutimos as opções metodológicas que tomamos, tendo em consideração os objectivos do estudo e a sua finalidade.

Este capítulo estrutura-se em três partes distintas. Numa primeira parte abordamos a finalidade do estudo, apresentando a questão de partida e os seus objectivos centrais. Numa segunda e terceira partes abordaremos os aspectos metodológicos que guiaram as duas fases do estudo. Após, descreveremos as variáveis em estudo, a sua operacionalização, o processo de definição do instrumento de recolha de dados. Por último, delimitamos a população em estudo e apresentamos o plano de amostragem seleccionado.

A palavra metodologia vem do grego; *meta* que significa para além de; *odos*, caminho; *logos*, discurso ou estudo. Consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis e as suas actualizações. De acordo com Minayo e colaboradores (1994) entende-se por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Para Ribeiro (1999:32) a metodologia «(...) tem o objectivo de descrever em pormenor como se realizou o estudo, de tal modo que qualquer um o possa replicar com base na informação fornecida». A metodologia é a operacionalização, sistematização e a racionalização do método, através dos processos e técnicas que o investigador utilizou para intervir na elaboração do estudo. Assim sendo, a metodologia é fulcral em todo o processo de investigação visto que «(...) é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para as questões precisas que merecem investigação». (Fortin, 1999:17).

A operacionalização deste estudo está inserida no projecto conjunto de um grupo de investigadores divididos por Lisboa e pelo Porto. Um dos objectivos do Macro – Estudo, prende-se com o conhecimento da dimensão do fenómeno de dependência no(s) autocuidado(s), em ambos os Concelhos. Uniram-se esforços e criaram-se grupos de investigação em Lisboa e no Porto, que trabalharam paralelamente na criação de todo o processo de investigação. Cada grupo foi composto por seis elementos. Cada investigador tinha o seu “espelho” na outra cidade. O processo metodológico compreendeu duas fases distintas. Numa primeira etapa houve a extensa pesquisa bibliográfica para delimitar o fenómeno em estudo e seus instrumentos de medida. Enquanto, numa segunda etapa, houve o esforço de coordenação entre todos os investigadores em actividades de campo, com a recolha dos dados na amostra seleccionada.

A projecção do estudo insere-se num paradigma de investigação quantitativo, orientado para a descrição de regularidades (estatísticas) (Polit e Hungler, 1995). A interacção dos investigadores com a realidade foi mínima ou nula. Houve a necessidade de construção de um instrumento de colheita de dados. Procedeu-se a uma recolha de dados controlada e sistemática numa população de grande volume. Os dados foram analisados estatisticamente obtendo regularidades matemáticas, de modo a, inferir os resultados da amostra para a

população em geral (neste caso, o Concelho de Lisboa).

Durante este capítulo pretendemos expor, de forma detalhada, as opções metodológicas realizadas, assim como, os seus fundamentos.

3.1 Finalidade

Em todo o processo de obtenção e construção de conhecimentos é fulcral a delimitação do tema a investigar, pois permite-nos reduzir o nosso problema inicial a uma dimensão prática passível de ser investigada (Vilelas, 2009).

O estudo que desenvolvemos teve como finalidade expandir o conhecimento acerca do fenómeno da dependência no autocuidado na população do Concelho de Lisboa.

É fundamental a investigação nesta área, para que se constitua um corpo de conhecimentos científicos que apresentem benefícios que reflectam melhoria das respostas terapêuticas dadas a estes indivíduos e a um conseqüente reconhecimento do espaço de intervenção profissional dos enfermeiros. Pensamos que, irá contribuir para impulsionar o desenvolvimento de estudos de carácter epidemiológico na enfermagem, contribuindo desta forma, para um aumento do conhecimento dos indivíduos, famílias e comunidades a quem se prestam cuidados, promovendo assim, uma maior qualidade nos cuidados de enfermagem.

Com a clarificação da finalidade do estudo, delimitámos a questão geral que o norteou.

3.1.1 Perguntas de investigação

O estudo foi orientado para duas questões centrais de partida:

Qual a percentagem de famílias clássicas do Concelho de Lisboa que integram membros com dependência no(s) autocuidado(s)?

Qual o nível de dependência dos clientes dependentes no autocuidado, integrados no seio das famílias clássicas do Concelho de Lisboa?

Tendo por base nas perguntas enunciadas, evoluímos na definição dos objectivos específicos da investigação aqui relatada.

3.1.1.1 Objectivos do estudo

- Conhecer a dimensão do fenómeno da dependência no Autocuidado, no seio das famílias clássicas do Concelho de Lisboa;
- Caracterizar os clientes dependentes no Autocuidado, integrados no seio das famílias

clássicas do Concelho de Lisboa;

- Identificar o(s) nível(eis) de dependência no(s) Autocuidado(s) dos clientes dependentes, integrados no seio das famílias clássicas do Concelho de Lisboa;
- Identificar os domínios do Autocuidado em que são mais marcadas as dependências dos clientes dependentes, integrados no seio das famílias clássicas do Concelho de Lisboa.

Definidos os objectivos específicos do estudo, entendemos adequado evoluir num estudo de cariz quantitativo e perfil descritivo.

3.2 Tipo de estudo

Tendo por base as questões de partida e os objectivos da investigação, desenvolvemos um estudo do tipo quantitativo, não experimental, descritivo, exploratório e transversal. De acordo com Samperi, Collado e Lucio (2006:226), o estudo é do tipo não experimental pois os investigadores não manipularam deliberadamente (as) variáveis, tendo estado apenas focados na observação do fenómeno no «*seu ambiente natural para depois analisá-los*». Optámos por um estudo de carácter transversal, na medida em que nos interessava conhecer a dimensão do fenómeno num determinado momento e não a forma como evolui, intra – sujeitos. Este tipo de estudo encerra-se na premissa que a colheita de dados deverá ser realizada num único tempo (Fortin, 1999). Tratou-se de um estudo de carácter predominantemente descritivo, pois o seu propósito foi observar e descrever aspectos de uma realidade. Tendo em conta as questões norteadoras da investigação, optámos pelo paradigma de investigação quantitativo pois, como referem Popper (1980) e Polit e Hungler (1995), é através do estudo de regularidades que se concretizam os estudo quantitativos. Uma abordagem metodológica quantitativa e do tipo exploratório, permite-nos «*proporcionar uma nova visão geral do facto*» (Gil, 1994:45). A abordagem quantitativa visa a apresentação e manipulação numérica das observações, tendo em vista a descrição e a explicação dos fenómenos sobre o qual recaem as observações (Vilelas, 2009). Segundo Deslandes e Assis (2002), a investigação quantitativa tem como objectivo (central) trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, gerando medidas fiáveis, generalizáveis e sem vieses. Com efeito, o nosso estudo apresenta as principais característica da investigação quantitativa: a) obedeceu a um plano pré estabelecido; b) utilizou dados que representam uma população específica (amostra), a partir da qual se pretende fazer uma generalização; c) utilizou instrumentos de colheita de dados com alto nível de estruturação - formulários; e d) caracteriza-se pela presença de medidas numéricas e análise estatística para descrever constructos científicos (Terence & Fialho 2006; Vilelas, 2009).

3.2.1 Variáveis em estudo

Depois de alcançado um conhecimento relativamente amplo da problemática em estudo, identificámos os factores mais importantes que nela interferem, aspectos que reportamos como variáveis em estudo. Surgem, assim, as características e factores básicos que fazem parte intrínseca da problemática, através dos quais é permitida a sua (da problemática) exploração,

descrição e/ou explicação. Podemos encontrar, no nosso marco teórico, um conjunto de elementos interdependentes, os quais podem ser medidos. De forma a organizar os conceitos, recorreremos à noção de variável. A criação de um esquema de variáveis permitiu-nos desenvolver com precisão e clareza as diferentes características que a população poderia assumir.

De acordo com Fortin (1999), uma variável é definida como qualquer coisa que pode ser classificada em duas ou mais categorias. O conceito de variável é também definido por Polit e Hungler (1995:26) como «*toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente*».

Para que as variáveis sejam mensuráveis, para uma posterior discussão empírica, é necessário que haja uma operacionalização destas. Este processo de operacionalização requer em primeiro lugar uma definição teórica, para em seguida se proceder a uma definição operacional. Esta definição operacional refere os indicadores que apresentam o seu valor na prática (Gil, 1994).

Após a análise e a definição dos factores intervenientes na problemática, obtivemos um conjunto de variáveis. Torna-se, então, fundamental organizar as variáveis identificadas como pertinentes, de maneira a que possamos construir um esquema coerente que nos expresse o quadro geral do problema.

Neste estudo lidamos com dois grandes tipos de variáveis. Por um lado, a(s) variável(eis) em estudo ou, como dizem alguns autores – variável dependente -, que no quadro desta investigação se refere à “dependência no(s) autocuidado”. De acordo com Polit e Hungler (1995:26) entende-se por variável dependente «*aquela que o pesquisador tem interesse em compreender, explicar ou prever*». Por outro lado, temos as variáveis independentes ou de atributo, que nos permitem caracterizar os casos estudados. Aqui, lidamos com variáveis que nos permitiram caracterizar cada um dos casos – pessoas – com dependência no(s) autocuidado(s) e, também, variáveis capazes de caracterizar as famílias clássicas em que estão inseridas aquelas pessoas com dependência no(s) autocuidado(s) (Carmo e Ferreira, 1988).

Considerámos que a variável dependente se refere ao objectivo do estudo, correspondendo ao nível de dependência do indivíduo no autocuidado. Esta será avaliada consoante os graus atribuídos pelo instrumento de colheita de dados (Anexo II). Podemos falar em variáveis dependentes (no plural), na medida em que, para além de lidarmos com vários domínios do autocuidado (*tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, auto-elevar, usar sanitário, transferir-se, virar-se, usar cadeira de roda, tomar a medicação*), incluímos, para cada um deles, diferentes “itens” que, em rigor, são também variáveis dependentes mais específicas.

As variáveis independentes ou de atributo referem-se a todas as características intrínsecas aos casos em estudo, que os caracterizam em função de aspectos como: o sexo, a idade, o estado

civil, o evento gerador de dependência, o tempo de dependência, entre outros. Como veremos, importou-nos, ainda, caracterizar as famílias em que estavam inseridos os casos de pessoas com dependência(s) no(s) autocuidado(s). Para este efeito utilizamos parâmetros como: tipo de família, número de membros da família, rendimentos...

3.2.1.1 Operacionalização das variáveis em estudo

Segundo Gil (1999:89) para que as variáveis em estudo possam ser discutidas empiricamente existe a necessidade de as operacionalizar, para que seja possível a sua mensuração e compreensão. O processo de operacionalização requer que, em primeiro lugar, haja uma definição teórica da variável, para que, em seguida, se proceda à sua definição operacional. Nesta definição operacional referem-se os indicadores que apresentam os seus valores hipotéticos (passíveis de serem encontrados no terreno) *Ver Quadro 2*

Quadro 2- Operacionalização das variáveis Dependentes

Variável mais abrangente	Componentes / Indicadores / Variáveis mais específicas	Valores das variáveis
Tomar banho	Obtém objectos 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	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
Vestir-se e despir-se	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 superior 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	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
Arranjar-se	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	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
Alimentar-se	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	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
Usar o sanitário	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	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente

Elevar-se	Levantar parte do corpo	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
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
Transferir-se	Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
Usar cadeira de rodas	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	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
Andar	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 (>100<500m) Percorre longas distâncias (>500m)	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
Tomar a medicação	Providencia os medicamentos Prepara a medicação Toma a medicação	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente

As variáveis em estudo (ou dependentes) são apresentadas no quadro anterior. Como se depreende da consulta do quadro, usamos 11 domínios do autocuidado, cada um deles com um conjunto de indicadores (variáveis) mais específicos. Cada um dos indicadores específicos foi avaliado numa escala ordinal de quatro pontos, variando do nível “*Dependente não participa*” – score 1, até ao nível “*Completamente independente*” – score 4. A computação dos níveis mais abrangentes de dependência para cada um dos domínios do autocuidado foi feito a partir dos seus indicadores (variáveis) específicos, através de um procedimento e conjunto de regras que na apresentação dos resultados discutimos com propriedade. Contudo, desde já, podemos avançar que, por exemplo, para efeitos da computação do nível global de dependência para Tomar banho, foi considerado:

Dependente, não participa – casos que obtiveram score 1 em todos os itens aplicáveis da escala;

Completamente independente – casos que obtiveram score 4 em todos os itens aplicáveis da escala;

Necessita de equipamento – dos casos que não foram categorizados de acordo com as alíneas anteriores; aqueles que só “*Necessitam de Equipamento*”; ou seja, apresentam em

todos os itens com algum nível de dependência *scores* > 2; podendo em alguns dos itens terem *score* 4.

Necessita de ajuda de pessoa – os restantes casos; ou seja, que não foram categorizados em nenhuma das três categorias (alíneas) anteriores. Quer isto dizer que, em alguns itens da escala “*necessitam de ajuda de pessoas*”.

Todavia, no âmbito deste estudo, como veremos na fase da discussão dos resultados, utilizamos cada um dos indicadores específicos, relativamente aos quais apresentamos os níveis de dependência.

Nos quadros seguintes apresentamos a operacionalização das variáveis de atributo, tendo por referência as que caracterizam a pessoa dependente e aquelas que caracterizam a família em que a pessoa está integrada.

As definições usadas neste estudo serão sempre que possível as determinadas pelo INE (Anexo III).

Quadro 3 - Operacionalização das variáveis de atributo centradas nos sujeitos

Variáveis	Valores da variável
Sexo	Feminino Masculino
Idade	Nº de anos completos
Estado Civil	Solteiro Casado/ União de Facto Viúvo Divorciado
Nacionalidade	Portuguesa Outra
Nível de Escolaridade	Nenhum Ensino Básico – 1º Ciclo (4 anos) Ensino Básico – 2º Ciclo (6 anos) Ensino Básico – 3º Ciclo (9anos) 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, artífices e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Pensionista/ Reformado Estudante Outra
Situação que originou a dependência: Envelhecimento Acidente Doença aguda Doença crónica Outra	Sim Não
Instalação de dependência	Súbita Gradual
Tempo de dependência	Nº de anos e meses
Consumo de medicamentos	Sim Não
Variedade de fármacos	Nº inteiro de fármacos diferentes
Fármacos nas tomas/dia	Nº inteiro de fármacos
Internamentos no último ano	Nenhum Um Dois Três Mais de três (especificar)
Episódio de recursos ao SU, no último ano	Nenhuma Uma Duas Três Mais de três (especificar)

A maioria das variáveis de atributo que nos permite caracterizar a pessoa dependente são variáveis qualitativas; umas nominais e algumas do tipo ordinal, como o nível de escolaridade.

No Quadro seguinte apresentamos a operacionalização das variáveis que nos permitem caracterizar as famílias onde se inserem as pessoas dependentes identificadas no estudo.

Quadro 4 - Operacionalização das variáveis de Atributo centradas na Família

Variáveis	Valores da variável
Tipo de Família	Clássica sem núcleos Clássica com um núcleo Clássica com dois núcleos Clássica com três núcleos
Rendimento do agregado familiar	Até 250€ De 251€ a 500€ De 501€ a 1000€ De 1001€ a 2000€ De 2001€ a 5000€ Mais de 5000€
Número de elementos da família	Número inteiro
Tipo de habitação	Clássico: moradia Clássico: apartamento Clássico: outro tipo Não clássico (barraca; móvel; improvisado)
Características da Habitação: Com retrete Com água canalizada Com instalação de banho ou duche Com aquecimento Com acessibilidade para PMC	Sim Não
Necessidade de reparações da habitação	Muito grandes Grandes Médias Pequenas Nenhumas

Como foi ficando claro ao longo do relatório, o conceito de família que utilizamos é o conceito de *família clássica* adoptado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2003). Este conceito refere-se ao “conjunto de pessoas 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.” Este conceito inclui, ainda, outras pessoas que residam no mesmo alojamento, com carácter permanente (ex: empregados domésticos), independentemente dos laços de sangue existentes (ou não).

Depois de explicitadas as variáveis em estudo, importa considerar os instrumentos que foram utilizados na investigação.

3.3 Instrumentos

Conhecer a realidade da dependência no Autocuidado, pressupõe uma aproximação do investigador à realidade com um mínimo de interferência. De acordo com Fortin (1999), nos estudos inscritos no paradigma quantitativo, a colheita dos dados deve realizar-se segundo um plano pré-estabelecido. Neste quadro, cabe aos investigadores levarem por diante um trabalho muito criterioso de selecção / construção dos instrumentos (de medida), que melhor se adequem aos objectivos do estudo e às questões de investigação.

O método de colheita de dados que escolhemos para melhor conhecer a dimensão do fenómeno em estudo foi o inquérito através de formulário. Optámos por este método pela especificidade do conjunto de questões, que exigiam um juízo clínico do investigador. Com efeito, a forma como os dados foram colhidos e a sua natureza exigiu que os investigadores (colectores de dados) fossem enfermeiros (a equipa alargada de investigação), uma vez que a natureza de uma parte significativa das variáveis em estudo exigia um juízo clínico de enfermagem. Este tipo de instrumento permitiu-nos abranger todos os segmentos da população, permitindo a obtenção de dados úteis e fiáveis, com potencial de inferencia.

A escassez, ou mesmo ausência, de dados consistentes sobre a dimensão do fenómeno da dependência no autocuidado na população do Concelho de Lisboa, levou-nos para uma metodologia de base populacional. O instrumento de avaliação do nível de dependência no(s) autocuidado(s) utilizado, baseado na estrutura do instrumento desenvolvido na ESEP e empregue pela primeira vez por Duque (2009), foi integrada na estrutura mais alargada do instrumento colectivo (do grupo de investigação), que, para além da identificação e avaliação da dependência no(s) autocuidado(s), incluía aspectos centrados na caracterização dos Membros da Família Prestadores de Cuidados (MFPCA), da sua percepção sobre a auto-eficácia no desempenho do papel, sobre os recursos e equipamentos mobilizados para cuidar dos dependentes e, ainda, aspectos relativos ao perfil de cuidados que aqueles MFPC desenvolviam quotidianamente.

A identificação prévia das famílias que integravam dependentes foi feita com base num inquérito preliminar (Anexo IV), que foi realizado a todos os casos incluídos na amostra. No caso do estudo desenvolvido em Lisboa foram auscultadas mais de 2500 famílias, das quais, cerca de 200 decidiram não responder ao inquérito preliminar. Assim, partimos de cerca de 2300 casos de famílias que aceitaram responder ao inquérito preliminar, o que nos permitiu estimar a prevalência de casos de famílias com dependentes. No caso de o respondente nos informar da existência de algum membro da família com algum grau de dependência (ainda que ligeiro), em função dos parâmetros que indicávamos, partíamos para uma avaliação mais concreta, com base no instrumento que incorporava os itens que apresentamos na operacionalização das variáveis.

Os métodos habituais para realizar uma avaliação estruturada e consistente da avaliação funcional ou no nível de dependência consistem na observação directa (“testes de

desempenho”) e por entrevistas face a face, com base em formulários (Rubensteins, et al., 1989). Nalgumas situações, menos frequentes, são utilizados questionários (auto aplicados). No nosso caso, recorreremos à combinação da observação, cruzada com a técnica da entrevista.

Como tivemos oportunidade de referir, na revisão da literatura, encontrámos uma extensa proliferação de instrumentos que apresentam como objectivo a avaliação do “estado funcional” ou nível de dependência nos Actividade de Vida Diárias. De acordo com Mcdowell e colaboradores (1996), neste domínio, existem quatro subdimensões que podem ser consideradas: 1) as actividades básicas de vida diária (AVD); 2) as actividades instrumentais de vida diária (AIVD); 3) as actividades avançadas de vida diária (AAVD) e 4) estado geral de saúde e qualidade de vida. Todavia, não era esta a nossa intenção. Interessava-nos uma perspectiva singular de enfermagem, com grande poder de descrição e promenor clínico.

Neste contexto, optámos por utilizar o instrumento elaborado na ESEP e utilizado pela primeira vez por Duque (2009). Este instrumento foi criado de raiz, tendo por como base a Classificação dos Resultados de Enfermagem / Nursing Outcomes Classification – NOC (Moorhead, Johnson e Maas, 2008), facto que, como discutimos adiante, contribui para a sua validade.

Assim, a recolha de dados que nos permitiu a concretização da investigação esteve baseada num formulário alargado, que incluía as escalas específicas de avaliação do nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado.

3.3.1 Formulário

O formulário (parte específica que se reporta a este estudo), focado na avaliação do nível de dependência no autocuidado, partiu do instrumento utilizado por Duque (2009) e, previamente desenvolvido na ESEP, por um grupo de investigadores interessados nesta problemática, a partir de diferentes conteúdos específicos incorporados na *Nursing Outcomes Classification – NOC* (Moorhead, Johnson e Maas, 2008). De acordo com os resultados do estudo de Duque (2009) e aquilo que emergiu das discussões entre o grupo de investigadores (cerca de 15 pessoas) envolvidos no projecto alargado de investigação, realizado nos Concelhos de Lisboa e Porto, entendemos adequado agrupar os domínios (originais) “Arranjar-se” e “Cuidar da higiene pessoal”, numa única dimensão – “Arranjar-se”. Para além disso, julgou-se pertinente, dado o contexto domiciliário do estudo, incluir dois novos domínios: “Andar” e “Tomar a medicação”. Os conteúdos incluídos nestes dois novos domínios, como não podia deixar de ser, basearam-se na NOC (Moorhead, Johnson e Maas, 2008), enquanto estratégia de garantir a sua validade de conteúdo. Os conteúdos específicos do instrumento utilizado estão plasmados ao longo das 18 páginas do instrumento **“Famílias que integram dependentes no Autocuidado – parte II”** que se apresenta em anexo (Anexo V).

O “formulário alargado” foi construído utilizando o Software Cardiff Teleform®. Este consiste numa aplicação informática que processa documentos em papel, apresentando funções de desenho de formulários; leitura óptica; de interpretação, verificação e validação da informação, essenciais e úteis para a realização de estudos com estas características.

3.3.1.1 Validade e Fidelidade do instrumento de recolha de dados: Escala(s) de Avaliação da dependência no Autocuidado

Como já tivemos oportunidade de salientar, naquilo que se reporta ao estudo aqui relatado, a avaliação do nível de dependência nos vários domínios do autocuidado foi feita com base num instrumento que incorpora várias escalas, cada uma delas com diferentes “indicadores”, cada um concretizado numa escala de *Likert* de quatro pontos:

Dependente não participa – *score 1*;

Necessita de ajuda de pessoa – *score 2*;

Necessita de equipamento – *score 3*;

Completamente independente – *score 4*.

A avaliação da qualidade do instrumento é um critério importante no processo de investigação. Esta avaliação faz-se através da validade do instrumento. Esta refere-se ao grau com que o instrumento mede aquilo a que se propôs medir (Polit et al., 1995; Almeida, 1997). As características psicométricas de um instrumento de medida, constituem os principais critérios para avaliar a qualidade do mesmo. Nestes incluem-se dados quantitativos, nomeadamente a validade e a fidelidade.

Como referimos, existem dois requisitos essenciais para que qualquer instrumento de medida seja robusto: a) Validade – que o instrumento meça aquilo a que se propôs medir e não outro constructo e; b) Fidelidade – que forneça resultados precisos (Polit et al., 1995; Fortin, 1999). A validade e a fidelidade de uma medida não são sinónimos, mas não são qualidades independentes. Na realidade, um instrumento de medida que não seja fiável dificilmente será válido. Contudo, um instrumento pode ser fiável (preciso) e não medir o fenómeno que se propõe medir (Polit, et al., 1995; Fortin, 1999).

A validade (sentido lato) baseia-se na evidência de que uma determina escala ou teste de medida é capaz de cobrir e medir com suficiente rigor aquilo que se propõe avaliar (Hill & Hill, 2000). De acordo com aquilo que está disponível na literatura (Hill & Hill, 2000; LoBiondo-Wood & Haber, 2001), podemos falar em três tipos de validade: a validade relativa ao conteúdo; a validade de constructo e, ainda, a validade relacionada com “um” critério.

Naquilo que se reporta à validade de conteúdo, assume-se que os itens em equação fornecem uma estrutura sólida e extensa, que cubra o conteúdo dos aspectos em avaliação (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). O facto do instrumento desenvolvido na ESEP se basear em itens incluídos na NOC e se referir a conceitos amplamente estudados na enfermagem e representados de uma forma estável nas diferentes classificações em utilização pela comunidade científica da disciplina reforça a sua validade de conteúdo. Muitas vezes, a validade de conteúdo, de acordo com Fortin (1999), pode ser reforçada, numa lógica quantitativa, através de medidas de concordância entre peritos. Na realidade, a forma como,

por exemplo, a NOC tem vindo a ser desenvolvida acaba por alinhar com aquilo que Fortin postula. Para além do mais, a metodologia utilizada pelo grupo de investigação da ESEP, no sentido de definir, a partir dos conteúdos da NOC, os itens das escalas, pode ser considerado como um “painel de peritos”.

A validade de constructo está intimamente relacionada com a validade de conteúdo, na medida em que deriva e exige uma estrutura teórica substantiva que defina e delimite os constructos. Os conceitos centrais do instrumento utilizado por Duque (2009), que se prendem com a noção de “dependência” e de “autocuidado” derivam da literatura de enfermagem, são muito estáveis e marcam um vasto leque da produção científica da disciplina, o que facilita a sua utilização, aplicação e interpretação. Ainda a respeito da validade de constructo, é importante proceder, depois de utilizado o instrumento, à análise das suas propriedades descrição do fenómeno; tendo em vista verificar se os resultados obtidos são consistentes com a teoria de base. O estudo de Duque (2009) permitiu descrever as variações na intensidade e perfis do fenómeno da dependência no autocuidado, em contexto de internamento hospitalar, de uma forma consistente com aquilo que era expectável. É legítimo dizer, em linha com Fortin (1999), que a validade de constructo procura perceber se os resultados práticos da utilização do instrumento correspondem às expectativas derivadas da construção teórica de base, do próprio instrumento. Com efeito, a validade de constructo, relevante no processo de construção / desenvolvimento de escalas, consiste em saber se os resultados práticos, obtidos após a aplicação do instrumento, correspondem às expectativas derivadas da construção teórica do próprio instrumento (Fortin, 1999). Acreditamos que os resultados do estudo de Duque (2009) atestam a validade de constructo do instrumento adoptado para esta investigação.

Em termos de validade de critério ou, como por vezes aparece descrito na literatura, validade prática, diz respeito à associação ou relação (conhecida) entre a “medida” ou escala em estudo e uma outra qualquer medida (muitas vezes uma outra escala), que mede o mesmo constructo e que constitui, idealmente, o método padrão de medição do mesmo. Um dos grandes problemas deste tipo de validação é, muitas vezes, a “inexistência” de medidas de referência que avaliem exactamente o mesmo constructo. Muitas vezes, aquilo que é feito é, de uma forma simultânea, a verificação do comportamento da “medida”, em função de um critério muito estável. Neste caso, podemos considerar que, dado sabermos que, em grandes massas de dados, quanto maior for a idade maior será, por princípio, o nível de dependência no autocuidado, então tal resultado será expectável.

Depois de termos discutido e defendido a validade do instrumento que utilizamos para mensurar o nível de dependência no autocuidado, importa discutir uma outra dimensão da problemática centrada na qualidade e robustez de um qualquer instrumento de medida do tipo “escala” – a sua fidelidade.

Naquilo que se refere à fidelidade do instrumento que usámos, com base nos resultados do estudo de Duque (2009), podemos dizer que o instrumento é preciso nas suas medições. A fidelidade é uma propriedade dos instrumentos deste tipo, que se fundamenta na precisão das

suas medidas e na constância dos seus resultados. Importa sublinhar que, como se depreende dos objectivos enunciados para este estudo, não era nossa intenção proceder a um processo (metodológico) de validação do instrumento. Este propósito será objecto dos dois estudos de Doutoramento, para os quais este estudo em concreto concorre. No entanto, para que se possa assumir que os resultados aqui reportados, em termos de dependência no(s) autocuidado(s), são fidedignos, urge considerar a fidelidade do instrumento de medida (Hill & Hill, 2000).

De acordo com a literatura, a fidelidade ou consistência de uma variável pode ser definida de três maneiras diferentes: fidelidade intra-observador ou consistência temporal, fidelidade inter-observador (consistência de equivalência de medidas), e consistência interna (Hill & Hill, 2000). Dada a forma como utilizamos o instrumento em apreço, apenas a consistência interna é relevante (em termos de fidelidade), uma vez que se trata de um instrumento que recolhe, com base no juízo de “um avaliador por caso”, informação dos sujeitos, numa única abordagem ou “corte transversal” (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

A consistência interna corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, indicando como cada um deles está ligado aos outros enunciados da escala. Assim, quanto maior a correlação entre os diferentes enunciados maior a consistência interna do instrumento. Segundo Fortin (2000), uma das principais técnicas para avaliar a consistência interna é o *Alfa* (α) *Cronbach*, o qual é utilizado quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos *scores*. Para Hill & Hill (2000), um α inferior a 0,6 é “inaceitável” para qualquer instrumento. Valores superiores, naturalmente, são sempre mais desejáveis. O estudo de Duque revelou valores de *Alpha de Cronbach* na ordem de 0,9 (Cfr. Duque, 2009), o que pode ser considerado como muito bom.

Neste estudo a técnica utilizada para estimar a consistência interna do instrumento foi o Alpha de Cronbach (α), na medida em que é a mais correntemente utilizada quando existem várias escolhas para o estabelecimento de *scores*, como em escalas de Likert. O Alpha de Cronbach (α) é uma medida estatística que indica a consistência das respostas dos sujeitos nos itens das escalas e subescalas subsequentes. Esta medida varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1 for o valor de Alpha, mais consistentes são os itens da escala, indicando que a escala produz valores precisos. Segundo Ribeiro (1999), uma consistência interna boa deve exceder valores de Alpha de Cronbach de 0,80; no entanto, valores superiores a 0,60 consideram-se aceitáveis, essencialmente quando as escalas apresentam um número de itens baixo. Numa primeira fase procedeu-se à análise da consistência interna para cada escala de avaliação de cada um dos diferentes domínios do autocuidado estudado, analisando “escala a escala” de uma forma totalmente independente.

Para além da avaliação da consistência interna, utilizando os valores de Alpha de Cronbach (α), estudamos as correlações inter-itens de cada uma das diferentes escalas de avaliação da dependência no autocuidado. Este estudo da correlação indica-nos até que ponto cada item mede algo em comum com os restantes. O valor do coeficiente de correlação mede a

intensidade da relação entre duas variáveis, variando entre -1 a 1 (tabela 1). Um valor negativo de correlação indica-nos uma associação inversa ou uma direcção de relação inversa, significando que a variação entre as duas variáveis dá-se em sentidos opostos. Por outro lado, um valor positivo de correlação, indica-nos uma associação directa ou uma direcção de relação positiva, significando que a variação entre as duas variáveis ocorre no mesmo sentido.

Na medida em que o instrumento por nós aplicado já tinha sido testado e aplicado em meio hospitalar, com valores de Alpha de Cronbach muito bons (Cfr. Duque, 2009), procurávamos, também, avaliar a sua aplicabilidade a nível comunitário/ambulatório. Como a amostra de dependentes no autocuidado encontrados no Concelho de Lisboa, dada a sua dimensão – 121 casos - se tornava insuficiente para uma avaliação profunda do instrumento, respeitando os requisitos descritos na literatura, procedemos ao estudo da fidelidade com base na junção dos casos do estudo de Lisboa e do Concelho do Porto, o que fez uma amostra de 284 casos.

A amostra utilizada para avaliar a fidelidade dos instrumentos foi constituída por 65,1% de casos do sexo feminino contra 34,9% do sexo masculino; a média de idade dos dependentes foi de 76,4 anos, sendo que, metade dos casos apresentava idades superiores a 80 anos. Em relação ao estado civil, predominava os viúvos (46,2%), seguidos dos casados (38,1%), sendo 13% solteiros e 2,7% divorciados.

Analisámos o valor de α de Cronbach “sub-escala a sub-escala”, pela ordem que surgem no formulário. As sub-escalas “Elevar-se” e “Virar-se” não foram incluídas na análise, por serem formadas apenas por um item. Na tabela seguinte apresentamos uma síntese de cada sub-escala, apresentando o número de itens que a compõe, o número de casos incluídos na análise e os valores de α de Cronbach obtidos.

Tabela 1 - Valores de Alpha (α) de Cronbach de cada sub – escala de avaliação da dependência no autocuidado

Escala de Autocuidado	Nº de itens	Nº de casos	% de casos	α de Cronbach
Tomar banho	8	273	96,1%	0,986
Vestir-se e despir-se	15	252	88,7%	0,990
Arranjar-se	10	64	22,5%	0,998
Alimentar-se	11	264	93,0%	0,979
Uso do sanitário	6	255	89,8%	0,983
Transferir-se	2	255	89,8%	0,999
Usar cadeira de rodas	3	38	13,4%	0,881
Andar	7	249	87,7%	0,961
Tomar a medicação	3	272	95,8%	0,904

Observando os valores de Alpha de Cronbach obtidos, verificamos que, apenas na sub-escala

“Usar cadeira de rodas” o valor é inferior a 0,9, indicando uma consistência interna boa. Constata-se que, em todas as outras sub-escalas o valor Alpha de Cronbach é $> 0,90$, o que evidencia medidas de consistência interna muito boas. Assim, podemos afirmar a elevada fidelidade e precisão dos resultados obtidos com a utilização das diferentes (sub) escalas de autocuidado, o que concorre para a robustez do estudo aqui relatado.

Para além da avaliação da consistência interna utilizando os valores de α de Cronbach, estudámos as correlações inter-itens de cada uma das diferentes escalas de avaliação da dependência no autocuidado. Este estudo da correlação indica até que ponto cada item mede algo em comum com os restantes.

Verificou-se a existência de relações apenas com sentido positivo entre os itens de cada escala, o que indica que todos os itens avaliam o mesmo parâmetro. Os valores das intensidades das associações apontaram para correlações que variam de —moderadas a —muito altas, facto que concorre para níveis de consistência interna elevados (Anexo VI).

Na consulta do anexo verifica-se a existência de itens com correlações perfeitas entre si ou muito próximas disso. Isto significa que, a resposta atribuída a um dos itens era sempre igual à dada nos outros e, teoricamente, quando tal acontece, revela que os itens medem exactamente a mesma coisa, tornando a sua existência simultânea redundante. Todavia, aqui importa considerar e chamar à discussão a problemática da validade (de conteúdo) dos instrumentos e a utilidade clínica dos diferentes itens. Com efeito, se nos limitássemos a analisar os resultados da correlação inter-itens, apenas numa lógica estatística, seríamos levados a (de imediato) partir para uma reestruturação das escalas, com a possível eliminação de alguns dos seus itens. Porém, para além das questões que se prendem com a utilidade clínica dos diferentes itens, neste momento estão em curso vários estudos com base na utilização das referidas escalas que, no futuro, nos podem permitir avançar para um processo de refinamento dos instrumentos com maior rigor e segurança.

3.3.2 População e amostra

Universo ou população é o grupo total de casos (pessoas, objectos...) que possuem em comum um determinado conjunto de características de interesse para o investigador (Seaman, 1987; Polit & Hungler, 1995; Fortin, 1999). A população do nosso estudo representa a totalidade das famílias clássicas residentes no Concelho de Lisboa, à data da realização do estudo.

Dada a grande dimensão da população (difícil de estudar na sua totalidade), evoluímos, à semelhança daquilo que é habitual nos projectos de investigação, para a definição de um processo de amostragem, capaz de ser, neste caso, “representativa da população”. Amostra define-se como um “*sub-grupo da população do qual se recolhem dados...*”; o qual, idealmente, «*(...)deve ser representativo dessa população*». (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006:227).

O nosso propósito de avançar para uma amostra de perfil probabilístico e representativa da

população prendeu-se com nossa intenção de fazer inferências para o universo de origem – o Concelho de Lisboa.

3.3.2.1 Critérios de inclusão no estudo

Em linha com Polit & Hungler (1995) delineámos critérios de elegibilidade para a inclusão no estudo. Assim, foram considerados os seguintes parâmetros para inclusão das famílias no estudo:

- Aceitar participar no estudo;
- Ser residente no Concelho de Lisboa;
- O respondente ter idade superior a 18 anos;
- O hipotético dependente ter idade superior a 18 anos;
- Família do tipo clássico.

Neste quadro, avançamos para uma abordagem do tipo “porta a porta”, em função do plano de amostragem definido.

3.3.2.2 Plano de amostragem

A fiabilidade, validade e poder de inferência de um estudo, para além de outros aspectos, assenta na qualidade e dimensão da amostra da população de origem que utiliza. A melhor forma de garantir o poder de representação da população de origem, por parte de uma amostra, passa por utilizar uma abordagem probabilística e aleatória; de forma a garantir que cada elemento da população tem uma mesma probabilidade de ser incluído na amostra. Quando a amostra se comporta como a população ou apresenta características semelhantes a ela dizemos que é representativa e, deste modo, a possibilidade de generalização dos resultados do estudo acentua-se (Polit & Hungler, 1995).

Beaglehole, Bonita, e Kjellstrom (2003:52) sugerem a determinação da dimensão da amostra em estudos de saúde de acordo com as fórmulas de Lwanga e Lemeshow (1991:25), publicadas pela Organização Mundial de Saúde, em que $n = Z^2 \cdot p \cdot (1-p)/d$. A adopção desta fórmula permite calcular o **n** (número de famílias da amostra): determinando o **z** (valor da distribuição normal standard para o nível de confiança) de 95%; o **p** (proporção esperada de prevalentes). Uma vez que a prevalência do fenómeno – “*Dependência no autocuidado dos membros das famílias clássicas do concelho de Lisboa*” - é desconhecida, deverá ser assumido o valor de 50%, garantindo a maior dimensão amostral requerida para o estudo; o **d** (erro de precisão) de 2%.

Em função da fórmula adoptada e do número de famílias clássicas no Concelho de Lisboa - 234.451 –, segundo os dados dos Censos de 2001 (INE, 2001), a recolha de dados teve por horizonte uma amostra de cerca de 2400 famílias. Desta forma pretendeu-se obter uma amostra de 1% da população. Admitindo uma taxa de “não resposta” de 30%, consideramos alargar o plano para cerca de 3121 unidades familiares.

A partir dos dados do INE e da natureza da dispersão das famílias pelas 53 freguesias do Concelho de Lisboa, percebemos a necessidade de estratificar a amostra, tomando por critério aquelas freguesias.

Assim, podemos dizer que utilizamos um plano de amostragem probabilístico, aleatório e estratificado por freguesia. Significa, isto, que todas as famílias do concelho, à partida, possuíam a mesma probabilidade de serem incluídas no estudo. O número de famílias de cada freguesia incluído na amostra corresponde à sua proporção na população original. A amostragem estratificada subdivide a população em subconjuntos homogéneos a partir dos quais é possível seleccionar uma quantidade de elementos aleatoriamente. A amostra é proporcional, pois selecciona-se de cada grupo uma amostra aleatória que seja proporcional à extensão de cada subgrupo (Polit & Hungler, 1995; Gil, 1999).

No processo de selecção das unidades familiares que integraram a amostra, utilizámos a Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI), que nos permitiu conhecer a distribuição geográfica das famílias no concelho e respectivas freguesias; assim como um Sistema de Informação Geográfico para a selecção geográfica aleatória de subsecções territoriais. A BGRI é um «*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*» (INE, 2001).

A amostra obtida (2551 famílias) corresponde à totalidade das famílias que aceitaram participar no estudo. Na tabela seguinte (tabela 2), apresentamos os dados relativos ao número de casos estimados no plano de amostragem e o número efectivo de casos obtidos, por freguesia.

Tabela 2- Projecção da frequência de formulários a realizar versus a frequência de formulários realizados, por freguesia

Freguesias	Frequência (N) estimada de formulários a Realizar	Frequência (N) de formulários Realizados
Ajuda	77	78
Alcântara	67	67
Alto do Pina	44	48
Alvalade	44	44
Ameixoeira	37	37
Anjos	47	50
Beato	61	62
Benfica	175	192
Campo Grande	47	51
Campolide	67	67
Carnide	67	79
Castelo	3	3
Charneca	33	35
Coração de Jesus	23	23
Encarnação	16	16
Graça	32	37
Lapa	38	38
Lumiar	143	140
Madalena	2	2
Mártires	2	2
Marvila	127	136
Mercês	26	34
Nossa Senhora de Fátima	68	68
Pena	31	34
Penha de França	65	71
Prazeres	39	42
Sacramento	5	5
Santa Catarina	20	19
Santa Engrácia	27	27
Santa Isabel	33	43
Santa Maria de Belém	41	45
Santa Maria dos Olivais	180	179
Santiago	4	4
Santo Condestável	83	92
Santo Estevão	11	12
Santos o Velho	19	22
São Cristovão e São Lourenço	9	9
São Domingos de Benfica	144	169
São Francisco Xavier	33	41
São João	75	75
São João de Brito	58	58
São Jorge de Arroios	50	51
São João de Deus	86	87
Santo José	18	19
São Mamede	28	28
São Miguel	8	8
São Nicolau	6	6
São Paulo	16	16
São Sebastião da Pedreira	26	31
São Vicente de Fora	21	25
Sé	6	8
Socorro	13	16
TOTAL	2401	2551

Da consulta da tabela anterior percebemos que o número de casos obtidos para cada uma das 53 freguesias de Lisboa corresponde ao número de casos projectados no nosso plano de amostragem.

3.3.2.3 Considerações éticas

A pesquisa em seres humanos tem o compromisso de resguardar a integridade de todos os envolvidos. Este resguardo envolve questões sobre a preservação da privacidade, a minimização de riscos e desconfortos, a busca de benefícios, a não discriminação e a protecção de grupos de pessoas vulneráveis.

A exigência de rigor metodológico pode conflitar com a garantia do bem-estar dos participantes em estudo. Concordando com Fortin (1999:114), a ética no seu sentido mais amplo é a «*ciência da moral e a arte de dirigir a conduta*».

Não podendo saber de antemão que realidades iríamos encontrar quando aplicássemos o formulário no terreno, fizemos um processo de reflexão em grupo supondo a hipótese de nos depararmos com situações de abuso/negligência perante o indivíduo dependente. O grupo concordou que, de acordo com o nosso juízo e avaliação clínica como enfermeiros, seria interpelado o prestador de cuidados/dependente de forma a autorizar o contacto com as autoridades competentes.

Se nos fosse negada autorização para intervirmos, a partir desse momento, todas as decisões tomadas seriam com base nos direitos do dependente, apoiadas no código deontológico dos enfermeiros, nos seus princípios éticos, nos direitos universais da carta dos direitos do homem e a consciência do investigador.

No presente estudo foram salvaguardados os aspectos éticos relativos, ao sigilo e consentimento informado dos participantes no estudo, sendo garantido o seu anonimato. No contacto com os participantes tivemos em consideração os seguintes aspectos:

Na altura da entrevista, realizada pelo investigador, todos os participantes foram informados das razões, da finalidade, dos objectivos, propósitos e benefícios futuros do estudo para a comunidade. Tendo em conta que os dados coligidos foram sujeitos a codificação e anonimato, só foi requerido um consentimento;

Todos os respondentes foram informados que a sua participação no estudo era voluntária, não existindo potenciais riscos ou benefícios (imediatos). Caso decidissem não participar no estudo, não estariam sujeitos a quaisquer penalizações;

A participação no estudo não envolvia qualquer forma de incentivo ou recompensa.

Ao longo do trabalho de campo sempre nos pautámos pelo respeito «*Ao direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito*

à *protecção contra o desconforto e o prejuízo, e, por fim, o direito a um tratamento justo e legal*». (Fortin, 1999:116).

3.3.3 Procedimentos de recolha dos dados

A aplicação do instrumento de recolha de dados, feita numa lógica “porta a porta”, com base nas orientações do “Sistema de Informação Geográfico” - ArcGIS®. Previamente, procedemos a um processo de pré – testagem do formulário alargado (que incluía as questões relativas ao nosso estudo em concreto, para além das demais). Para isso, tornou-se premente a uniformização de instruções de preenchimento de forma a «(...)obter uma normalização das respostas recolhidas e de evitar introduções de elementos subjectivos das mesmas». (Vilelas, 2009:295). A validação pressupôs a criação de uma uniformização nas respostas tendo em consideração uma categorização simbólica.

Houve uma forte interacção entre o grupo de investigadores para conseguirmos um número fiável e estatisticamente válido para a aplicação do pré-teste. Este foi realizado a uma amostra de 30 elementos de uma população com características semelhantes à escolhida para o estudo. A realização do pré-teste teve como objectivos: i) esclarecer possíveis erros; ii) minimizar a complexidade do instrumento; iii) testar a sua utilidade e facilidade de utilização.

Numa segunda etapa de recolha de dados, procedeu-se à reunião de todas as distribuições geográficas de cada freguesia. Analisaram-se os resultados do número estimado de famílias/domicílios que teríamos que inquirir, tendo chegado ao valor de 2401. A equipa de investigadores reuniu-se para estudar as opções de efectivação da recolha de dados concluindo que, apesar do questionário se encontrar organizado por temáticas claramente enunciadas, entregar a sua realização a um grupo de pessoas que necessitariam de formação seria moroso e correria o risco de gerar enviesamento do estudo e, visto que, seria necessário fazer um juízo clínico de Enfermagem essa opção foi rejeitada. Assim sendo, para a obtenção de uma maior taxa de respostas e alcançar dados fidedignos, decidimos que seriam os próprios investigadores (Enfermeiros registados na Ordem dos Enfermeiros) a aplicar o formulário “porta a porta”, num único momento no tempo. Desta forma, procedeu-se à divisão equitativa do número de domicílios para os seis investigadores do “estudo de Lisboa”, correspondendo a cerca de 400 domicílios a cada um. De forma a garantir a consistência entre os diferentes investigadores / colectores de dados, foram definidos procedimentos uniformes de recolha de dados e realizadas várias sessões de treino. Durante o período de recolha de dados, toda a equipa de investigação manteve uma dinâmica de interacção, com a intenção de alinhar estratégias, obviar problemas de potenciar a qualidade da recolha de dados.

A recolha de dados realizou-se nos meses de Julho, Agosto e Setembro de 2009, tendo sido contactadas 2551 “portas”. Destes casos, 2345 expressaram, desde logo, vontade de responder ao inquérito preliminar, o que corresponde a uma “taxa de aceitação” muito significativa. As principais razões evocadas para “não responder ao inquérito preliminar”

prenderam-se com “não querer” e “falta de tempo”.

Todos os Centros de Saúde e Juntas de Freguesia do concelho de Lisboa foram informados do estudo, de forma a sensibilizarem a população para o mesmo. Cada um dos investigadores apresentou-se às famílias seleccionadas munido do seu cartão da Ordem dos Enfermeiros.

Os formulários, uma vez preenchidos, foram enviados em “correio azul” para a Escola Superior de Enfermagem do Porto, para posterior tratamento e análise.

3.3.4 Procedimentos de tratamento e análise dos dados

A primeira fase do tratamento dos dados iniciou-se pela introdução automática de todos os dados contidos nos formulários, utilizando o software Teleform®, numa funcionalidade do mesmo chamada Teleform Reader®. Os dados foram lidos de uma forma automática por um sistema de leitura óptica, sendo verificados, interpretados e posteriormente armazenados numa base de dados do software Microsoft Access®. Depois de extenso período de verificação e correcção de dados aberrantes, estes foram exportados para o software PASW® v.18.0, de forma a serem sujeitos aos procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial.

Os estudos cujos dados são numéricos utilizam «(..). *dois tipos de estatística: a descritiva, que apenas expõe os dados, e a analítica, que interpreta os dados.*» (Vilelas, 2009:305). Tendo em linha de conta a descrição do fenómeno, numa primeira fase do tratamento de dados foi realizada uma análise univariada. Nesta, geraram-se tabelas de dados referentes às medidas de tendência central (frequências absolutas, média, moda e desvio padrão) da variável independente.

Numa segunda etapa, após termos analisado os dados estatísticos descritivos, procedemos à análise estatística inferencial. Recorremos aos procedimentos adequados à natureza das variáveis em estudo. O nível de significância adoptado foi de 95%.

3.4 Referências

ALMEIDA, L.S & FREIRE, T., 1997, *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Coimbra : Apport

BEAGLEHOLE, R., BONITA, R. E KJELLSTROM, T., 2003, *Basic Epidemiology*. Geneva: World Health Organization.

CARMO, H. & FERREIRA, M., 1988, *Metodologia de Investigação*. Lisboa : Universidade Aberta

DESLANDES, S. & ASSIS, S., 2002, *Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças*. [In] M.C. MINAYO e S. DESLANDES. *Caminhos do pensamento: epistemologia e Método*. Rio de Janeiro : Fiocruz

DUQUE, H.J.L.T., 2009, *Dissertação de Mestrado: O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros* : Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Porto

FORTIN, M.F., 1999, *O processo de Investigação: Da concepção à realização*, Lusociência, Loures ISBN 972-8383-10-X

GIL, A.C., 1994, *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4ª Edição. São Paulo : Editora Atlas,

HILL, M. M. & HILL, A., 2000, *Investigação por questionário*. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

ICN – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0.* (CIPE® versão 1 – Tradução oficial Portuguesa), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

LOBIONDO-WOOD, G. & HABER, J., 2001, *Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

LWANGA, S. E LEMESHOW, S., 1991, *Sample size determination in health studies*. Geneva, World Health Organization.

MINAYO, MC e AL., ET., 1994, *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 2ª Ed. Rio de Janeiro : Vozes, p. 80.

MCDOWELL, I.W. e NEWELL, C., 1996, *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York : Oxford University Press

MOORHEAD, P; JOHNSON, M; MAAS, M., 2008, *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. São Paulo : Artmed, p.872. ISBN: 978-85-363-1323-8.

POLIT, D.F e HUNGLER, B.P., 1995, *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed São Paulo : Artmed, ISBN 0-7817-2557-7.

POPPER, K., 1980, *La lógica de la investigación científica*. Madrid : Ed Tecnos

RIBEIRO, J.L.P., 1999, *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa : Climepsi,

RUBENSTEINS, L.V, et al., 1989, *Health status assessment for elderly patients report of the society of general internal medicine*, Vol. 37, p. 562-569.

SAMPERI, R.H; COLLADO, C.F; LUCIO, P.B., 2006, *Metodologia de Pesquisa*. 3ª ed. São Paulo : McGraw-Hill, pp. 225-227. ISBN: 85-8680493-2.

SEAMAN, C.H., 1987, *Research methods. Principles, practice and theory for Nursing*. 3ª Edição. California : Appleton&Lange

SOUSA, A.B. 2005. *Investigação em educação*. Lisboa : Livros Horizonte, 2005.

TERENCE, A.C; FIALHO, E.E., 2006, *Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação dos estudos organizacionais*. Fortaleza : s.n., http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR540368_8017.pdf.

VILELAS, J., 2009, *INVESTIGAÇÃO- O processo de construção do conhecimento*. Lisboa : Sílabo, ISBN: 978-972-618-557-4.

4 Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados do estudo. Iniciámos a apresentação dos resultados procedendo à caracterização da amostra. Após, avançamos na descrição e discussão daquilo que corresponde à centralidade dos resultados alcançados, tendo por referência as questões de investigação enunciadas.

Como já tivemos oportunidade de referir, durante o período de colheita de dados alcançamos um número de casos que ficou ligeiramente acima daquilo que estava previsto, facto que se deve à complexidade e precaução deste tipo de abordagens “porta a porta”, dirigidas por ferramentas como o “Sistema de Informação Geográfico” - ArcGIS®.

Dos 2551 casos contactados, 2345 famílias aceitaram responder a inquérito preliminar. Dos 2353 casos que responderam à questão: *“Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?”*, 134 (5,7%).

Dos 2350 casos que responderam à questão: *“Vive alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?”*, 53 referiram integrar um membro com necessidade de ajuda de equipamentos para o autocuidado.

Nos contactos estabelecidos, desde logo, 179 casos expressaram intenção de, caso fosse necessário, responder ao formulário alargado.

Na tabela 3 apresentamos a distribuição absoluta de dependentes no autocuidado, de acordo com a avaliação pormenorizada dos entrevistadores, em 35 freguesias do Concelho de Lisboa.

Tabela 3 - Distribuição absoluta das famílias com dependentes por freguesia

Freguesias	Frequência (n) absoluta de dependentes
Ajuda	3
Alcântara	1
Alvalade	1
Ameixoeira	1
Anjos	5
Beato	2
Benfica	10
Campo Grande	7
Campolide	3
Carnide	6
Charneca	3
Coração de Jesus	1
Graça	1
Lapa	2
Lumiar	1
Marvila	7
Mercês	1
Pena	3
Penha de França	7
Prazeres	2
Santa Maria de Belém	5
Santa Maria dos Olivais	1
Santo Condestável	7
Santo Estevão	5
Santos o Velho	5
São Domingos de Benfica	11
São Francisco Xavier	2
São João	4
São Jorge de Arroios	4
São João de Deus	3
Santo José	1
São Paulo	1
São Sebastião da Pedreira	1
Sé (Lx)	1
Socorro	3
TOTAL	121

Quando analisamos os dados da tabela anterior (tabela 3) não ficamos com uma noção clara da proporção do número de indivíduos dependentes face ao número de inquérios realizados em cada freguesia. Assim sendo, expomos na tabela seguinte (tabela 4) os dados da proporção relativa à amostra da percentagem de dependentes por freguesia, tendo por referência o número de casos incluídos no estudo, para cada uma das freguesias.

Tabela 4 - Proporção de Dependentes por freguesia

Freguesias/ Área	Frequência (N) de formulários Realizados	Frequência absoluta de dependentes	% Dependentes por freguesia
LISBOA NORTE			
Ameixoeira	37	1	2.70
Benfica	192	10	5.20
Carnide	79	6	7.59
Charneca	35	3	8.57
Lumiar	140	1	0.71
São Domingos de Benfica	169	11	6.50
LISBOA CENTRO			
Alvalade	44	1	2.27
Anjos	50	5	10
Campo Grande	51	7	13.72
Coração de Jesus	23	1	4.34
Graça	37	1	2.70
Mercês	34	1	2.94
Pena	34	3	8.82
Penha de França	71	7	9.85
Santo Estevão	12	5	41.66
São João	75	4	5.33
São Jorge de Arroios	51	4	7.84
São João de Deus	87	3	3.44
Santo José	19	1	5.26
São Paulo	16	1	6.25
São Sebastião da Pedreira	31	1	3.22
Sé	8	1	12.5
Socorro	16	3	18.75
LISBOA OCIDENTAL			
Ajuda	78	3	3.84
Alcântara	67	1	1.49
Campolide	67	3	4.47
Lapa	38	2	5.26
Prazeres	42	2	4.76
Santa Maria de Belém	45	5	11.11
Santo Condestável	92	7	7.60
Santos o Velho	22	5	22.72
São Francisco Xavier	41	2	4.87
LISBOA ORIENTAL			
Beato	62	2	3.22
Marvila	136	7	5.14
Santa Maria dos Olivais	179	1	0.55

Desde logo, quando examinamos estes dados, proporcionalmente ao tamanho da amostra para cada freguesia, verificamos que a freguesia com a maior proporção de dependentes em relação ao número de famílias da amostra é a de Santo Estevão (44,66%). As freguesias com uma expressão de resultado, superior a 10% do total da amostra, destacam-se: Santos o Velho (22,72%), muito próxima do Socorro com (18,75%), sucedendo-se o Campo Grande (13,72%), a Sé (12,5%), Santa Maria de Belém (11,11%) e os Anjos (10%). Todas as restantes freguesias (n=28) apresentavam uma proporção inferior a 10%, sendo a freguesia do Lumiar a que apresentou menor valor percentual.

Quando analisamos estes dados á luz da geografia e distribuição populacional no Concelho, verificamos que as freguesias acima descritas, com maior proporção de dependentes por família, são as mais antigas, próximas do centro e da zona ribeirinha. Por outro lado, as freguesias da periferia, com maior índice populacional são as que apresentam menor proporção de dependentes.

4.1 Caracterização da amostra

Para efeitos de caracterização da amostra, iniciamos pela descrição das características das famílias que aceitaram responder ao formulário, na sua versão alargada; famílias onde foi possível identificar 121 casos de dependentes, de acordo com os critérios das escalas que utilizamos.

A amostra de 121 dependentes que aqui referimos diz respeito a pessoas que, fruto da avaliação produzida pela equipa de investigação, evidenciaram algum nível de dependência em, pelo menos, um dos vários indicadores que compõem as onze (11) escalas relativas aos diferentes domínios de autocuidado. Assim, os 121 casos que estão na base dos resultados aqui reportados correspondem a pessoas com algum (ainda que mínimo) grau de dependência, em algum dos itens considerados no global das diferentes escalas utilizadas, para efeitos de avaliação da dependência no autocuidado. Neste contexto, a mesma pessoa, como aliás acontece, pode ser completamente independente num domínio do autocuidado e noutra evidenciar algum grau de compromisso.

4.1.1 Caracterização das famílias que integram dependentes

Do total de famílias inquiridas e que aceitaram responder à versão alargada do formulário (n=189), constatámos que a maioria é do tipo clássica com um núcleo (n=109), havendo 53 que são do tipo clássico sem núcleos e 24 com dois núcleos. Relativamente ao número de membros da família, verificamos que no mínimo são composta por 1 elemento e no máximo por 9 elementos; sendo o número médio de elementos que compõe as famílias de 3,1, com um desvio padrão de 2 elementos (tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização da tipologia e dimensão das famílias

Tipologia de família	Clássica sem núcleos	Clássica com um núcleo	Clássica com dois núcleos	Clássica com três núcleos
	53 (28.0%)	109 (57.7%)	24 (12.7%)	3 (1.6%)
Número de membros da família	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	1	9	3.10	2.018

Quanto ao rendimento do agregado familiar, conforme se depreende da tabela seguinte, a maioria das famílias apresenta rendimentos mensais entre os 501-1000€, sendo de assinalar que 14,5% dos agregados familiares apresentam rendimentos mensais inferiores a 500€.

Tabela 6 - Representação da frequência e percentagem quanto ao rendimento do agregado familiar

Rendimento do agregado familiar	Frequência (n)	Percentagem (%)
Até 250€	4	3,1
De 251€ a 500€	19	14,5
De 501€ a 1000€	56	42,7
De 1001€ a 2000€	42	32,1
De 2001€ a 5000€	9	6,9
Mais de 5000€	1	0,8

Relativamente à caracterização do alojamento, verificámos que 171 famílias (91,4%) vivem em apartamentos e 13 (6,8%) em moradias. Constata-se que a grande maioria (90,3%) dos alojamentos não possuem acessibilidades para indivíduos portadores de mobilidade reduzida (PMR). A esmagadora maioria dos alojamentos familiares (99,4%) apresentava instalações sanitárias (banho/duche e retrete) e água canalizada (91,1%). Verificámos que 86,5% dos alojamentos apresentavam sistemas de aquecimento.

Tabela 7 - Caracterização da frequência absoluta e percentual das condições habitacionais

Características do alojamento	Frequência (n)	Percentagem (%)
Acessibilidade a PMR	15	9,7
Água canalizada	173	91,1
Aquecimento	147	86,5
Instalações de banho/duche	170	99,4
Instalação de retrete	172	99,4

Do total de famílias que responderam ao formulário alargado, 129 reportaram a necessidade de reparações no alojamento; 30 das quais afirmaram mesmo a necessidade de reparações grandes e muito grandes no alojamento.

4.1.2 Caracterização dos Dependentes

Depois de termos caracterizado as famílias que integram os 121 dependentes que foram identificados e avaliados, quanto à dependência, com recurso aos instrumentos / escalas que integram o formulário alargado, importa evoluir na caracterização daqueles 121 casos, com base em variáveis de cariz sócio – demográfico e aspectos relativos à forma como o quadro de dependência se instalou.

4.1.2.1 Idade

Os resultados relativos a esta variável mostraram que dependente mais jovem tinha 19 anos de idade e o mais velho 102 anos. A idade média dos dependentes é de 72,57 anos, com um desvio padrão de 18,94 anos.

4.1.2.2 Sexo

Do total de sujeitos dependentes, 73 (60,33%) pertenciam ao sexo feminino, enquanto os restantes (48 casos / 39,67%) eram homens. Esta realidade pode ser explicada, de acordo com Fontaine (2000), devido ao facto de as mulheres terem uma esperança de vida superior à dos homens.

4.1.2.3 Estado civil

Quanto ao estado civil, constatamos que existe uma percentagem sensivelmente idêntica entre os dependentes casados/união de facto (41,88%) e os dependentes viúvos (41,02%). A percentagem de dependentes solteiros é de 13,67%, enquanto a percentagem de dependentes divorciados é reduzida, o que corresponde a 3,42% da amostra.

Tabela 8 - Caracterização dos dependentes quanto ao estado civil

Estado Civil	N (%)
Casado/União de facto	49 (41,88)
Viúvo	48 (41,02)
Solteiro	16 (13,67)
Divorciado	4 (3,42)
Total	117 (100)

4.1.2.4 Nacionalidade

Quase todos os dependentes que compõem a amostra têm a nacionalidade portuguesa (97,47%). Foi possível identificar dois (2) dependentes com nacionalidade espanhola e um (1) com nacionalidade Angolana.

4.1.2.5 Nível de escolaridade

Relativamente ao nível de instrução escolar dos dependentes avaliados, constatámos que a maioria (52,9%) apresenta o 1º ciclo de escolaridade. Constata-se que o segundo grupo mais frequente, com 18,5% dos dependentes, não possui nenhuma formação escolar. Apenas 5% dos casos apresenta formação superior.

Tabela 9 – Distribuição dos dependentes quanto ao nível de escolaridade

Nível de Escolaridade	N (%)
Nenhum	22 (18,49)
Ensino básico – 1º ciclo	63 (52,94)
Ensino básico – 2º ciclo	13 (10,92)
Ensino básico – 3º ciclo	4 (3,36)
Ensino secundário	11 (9,24)
Ensino superior	6 (5,04)
Total	119 (100)

4.1.2.6 Profissão

Relativamente à profissão, conforme se percebe da consulta do formulário, procedemos à operacionalização das profissões tendo por base a Classificação Nacional de Profissões.

Como seria expectável, dada a média de idade dos dependentes, a grande maioria dos participantes é pensionista / reformado (83,3%), enquanto o grupo de dependentes desempregados perfaz 6,1% da amostra e o grupo de domésticos corresponde a 2,6% (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos dependentes quanto à profissão

Profissão	N (%)
Desempregado	7 (6.14)
Doméstica	3 (2.63)
Especialistas e Prof. Intelectuais/ Científicas	2 (1.75)
Estudante	1 (0.88)
Operário	1 (0.88)
Pessoal administrativo	2 (1.75)
Pensionista/Reformado	95 (83.33)
Técnico profissional nível intermédio	2 (1.75)
Outra	1 (0.88)
Total	114 (100)

4.1.2.7 Modo de instalação da dependência

Quanto ao modo de instalação da dependência, verifica-se que na maioria dos casos (60,69%) o fenómeno se instalou de forma gradual, enquanto os restantes 39,31% transitaram para a situação de dependência de forma súbita.

Tabela 11 - Distribuição dos dependentes quanto ao modo de instalação da dependência

Modo de Instalação da dependência	N (%)
Súbito	46 (39.31)
Gradual	71 (60.69)
Total	117 (100)

4.1.2.8 Tempo de dependência

Relativamente aos 105 dependentes que experimentam esta condição há mais de um (1) ano, constata-se que, no mínimo dura há um ano e no máximo há 55 anos. Em média, estes casos estão dependentes no autocuidado há 8,2 anos, com um desvio padrão de 10,4 anos. Os restantes casos, dependentes há menos de um ano, vivem nessa condição, em média há 3,5 meses, com um desvio padrão de três meses.

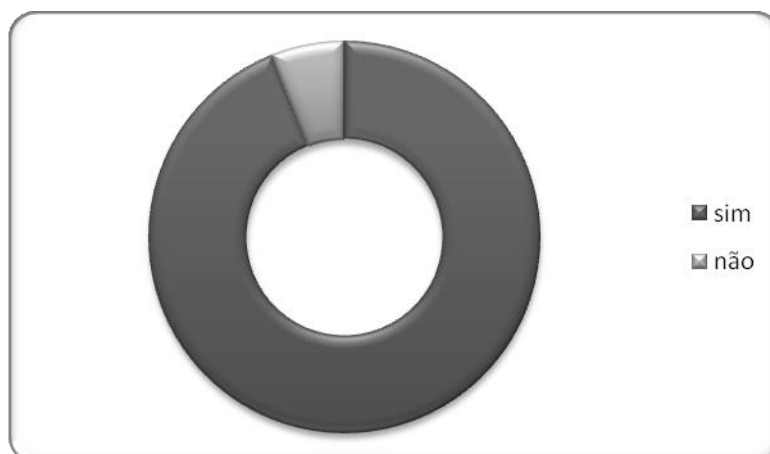
Tabela 12 - Caracterização dos dependentes quanto ao tempo de dependência

Tempo de dependência	N	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
Inferior a um ano (meses)	33	3.55 (3.07)	1 - 9
Superior a um ano (anos)	105	8.20 (10.40)	1 - 55

4.1.2.9 Consumo de medicação

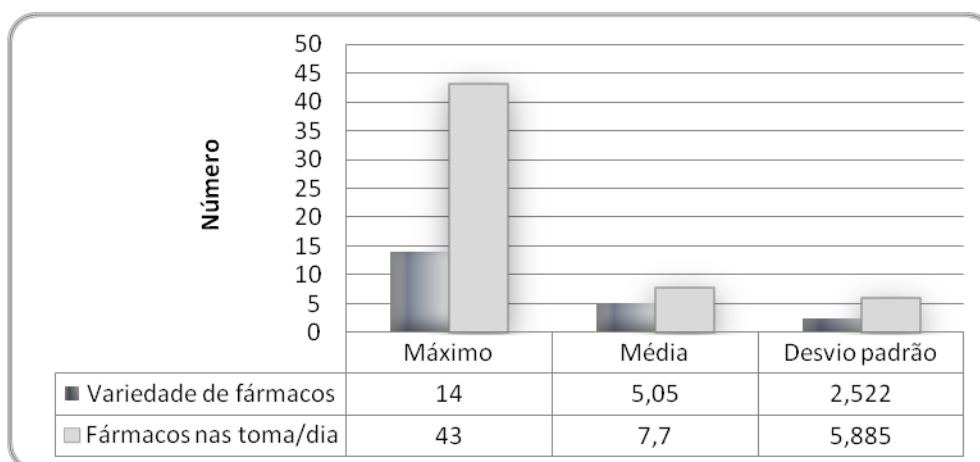
Dos dependentes incluídos na amostra (N=116), cerca de 93.96%, toma algum tipo de medicamento diariamente. Os restantes (aproximadamente 6.03%) não tomam qualquer medicamento de forma habitual.

Gráfico 1 - Caracterização da amostra quanto ao consumo de medicação



Da análise do gráfico 2 verificamos que, o número máximo de diferentes medicamentos por dia é 14; em média, os dependentes que tomam algum fármaco consomem cerca de 5,05, com desvio padrão de 2,5. Constatámos, ainda, que o número máximo de fármacos nas tomas / dia é de 43; sendo uma evidência que resulta deste estudo o facto de, em média, os dependentes tomarem 7,7 medicamentos por dia, com um desvio padrão de 5,8.

Gráfico 2 - Distribuição dos dependentes de medicação quanto ao número de variedade de fármacos e tomas de fármacos/dia



4.1.2.10 Internamentos e episódios de recurso ao SU no último ano

O número de internamentos e episódios de recurso ao serviço de urgência pode ser usado como um indicador relativo à condição dos dependentes. Analisando os resultados alcançados, constatámos que os 121 dependentes, em média, recorrem ao serviço de urgência (SU) quase uma vez (0,9) por ano. O número máximo de episódios de recurso ao SU é 8. Destaca-se, ainda, um número máximo de internamentos no último ano de 5. Em média, cada um dos dependentes que compõem a amostra, é internado de 2 / 2 anos.

4.2 Apresentação e discussão dos resultados

Depois de termos caracterizado a amostra utilizada neste estudo, importa avançar para a apresentação e discussão dos resultados que dizem respeito, de acordo com os propósitos desta investigação, à caracterização da dependência nos diferentes domínios do autocuidado básico (Cfr. Orem, 1991), dos dependentes integrados no seio das famílias clássicas de Lisboa. Fortin (1999:329) afirma que este processo de «(...) *interpretação dos resultados é uma etapa difícil que exige um pensamento crítico da parte do investigador*».

4.2.1 Tipo e grau de dependência no Autocuidado

Para apurarmos o tipo de dependência de cada um dos casos, face a cada um dos domínios específicos do autocuidado (Tomar banho; Alimentar-se; Usar o sanitário...), procedemos à análise do conjunto de variáveis / indicadores mais específicos, que compõem cada um daqueles domínios do autocuidado. Cada um dos domínios do autocuidado estudados (Alimentar-se; Tomar banho; Arranjar-se; Andar; Usar a cadeira de rodas; Usar o sanitário; Tomar a medicação; Transferir-se; Elevar-se; Vestir-se / Despir-se; Virar-se) (Cfr. ICN, 2011)

concretiza-se através de um conjunto muito específico de indicadores, cada um deles classificado, como vimos, na escala:

“*Dependente não participa*” (score 1) – cliente totalmente dependente, que não é capaz de realizar a actividade em análise.

“*Necessita de ajuda de pessoa*” (score 2) – cliente que realiza (inicia e / ou completa) a actividade em análise, necessariamente com ajuda de uma pessoa;

“*Necessita de equipamento*” (score 3) – cliente que é capaz de realizar a actividade em análise, apenas com auxílio de equipamento adaptativo, não exigindo a colaboração de qualquer pessoa;

“*Completamente independente*” (score 4) – cliente sem qualquer tipo de dependência na realização da actividade em análise.

Para efeitos de exemplificar e aumentar o potencial de compreensão do leitor sobre aquilo que comporta cada uma das escalas que utilizamos, passamos a apresentar os resultados específicos relativos ao autocuidado “*Tomar banho*”.

Dependência para Tomar Banho

A escala orientada para a descrição da dependência no *Tomar banho*, comporta oito indicadores específicos. Em cada indicador específico, cada caso foi classificado, em função do seu nível de dependência. Daí, como veremos adiante, é possível evoluir para o nível global de dependência no tipo de autocuidado concreto (neste caso: *Tomar banho*). O score específico em cada um dos indicadores incluídos na escala elucida-nos acerca do tipo de dependência dos casos. O nível de descrição adoptado aumenta o poder de descrição de cada caso, o que se revela como uma mais-valia destes instrumentos, nomeadamente em termos clínicos, permitindo descrições muito concretas do tipo de dependência dos clientes e uma monitorização da sua evolução, ao longo do processo terapêutico, altamente promenorizada.

Tabela 13 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Tomar Banho

Tomar indicadores	Banho:	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Obtém objectos para o banho		37 (30,8%)	36 (30,0%)	2 (1,7%)	45 (37,5%)	120
Consegue água		34 (28,6%)	35 (29,4%)	1 (0,8%)	49 (41,2%)	119
Abre a torneira		35 (29,4%)	33 (27,7%)	1 (0,8%)	50 (42,0%)	119
Regula a temperatura da água		35 (29,7%)	35 (29,7%)	1 (0,8%)	47 (39,8%)	118
Regula o fluxo da água		35 (29,4)	35 (29,4%)	1 (0,8%)	48 (40,3%)	119
Lava-se no chuveiro		33 (28,0%)	44 (37,3%)	3 (2,5%)	38 (32,2%)	118
Lava o corpo		34 (28,3%)	47 (39,2%)	1 (0,8%)	38 (31,7%)	120
Seca o corpo		33 (27,7%)	46 (38,7%)	0 (0%)	40 (33,6%)	119
Global		33 (27,5%)	51 (42,5%)	2 (1,7%)	34 (28,3%)	120

Na tabela anterior podemos apreciar os resultados dos indicadores da escala específica centrada na dependência no tomar banho. Dos 121 casos de dependentes identificados em Lisboa, foram avaliados neste domínio 120 casos. Analisando os resultados apurados e tendo em consideração o somatório das frequências nos scores “dependente não participa” e “necessita de ajuda de pessoa” verificámos que, mais de metade dos indivíduos dependentes se situam na faixa de maior dependência. O número de casos que só necessita de equipamento para realizar as diferentes actividades relativas ao tomar banho é bastante reduzido, facto que, desde logo nos aponta para graus ou níveis de dependência para tomar banho acentuados.

Uma vez conhecida a frequência do tipo de dependência em cada actividade relativa ao tomar banho, evoluímos na computação do nível ou grau global de dependência para tomar banho. Na posse dos dados relativos a cada um dos itens / indicadores da escala de avaliação da dependência para tomar banho, calculamos, para cada um dos casos, o nível global de dependência para tomar banho. Tomando em consideração os itens “não nulos” e em função dos diferentes scores obtidos, foram definidos, sequencialmente, os critérios que a seguir se descrevem, para “computar” o nível global de dependência para tomar banho, processo que foi estendido a todos os domínios do autocuidado incluídos no estudo. Assim, considerou-se:

Dependente, não participa – casos que obtiveram score 1 em todos os itens aplicáveis da escala;

Completamente independente – casos que obtiveram score 4 em todos os itens aplicáveis da escala;

Necessita de equipamento – dos casos que não foram categorizados de acordo com as alíneas anteriores; aqueles que só “Necessitam de Equipamento”; ou seja, apresentam em todos os itens com algum nível de dependência scores > 2; podendo em alguns dos itens terem score 4.

Necessita de ajuda de pessoa – os restantes casos; ou seja, que não foram categorizados em nenhuma das três categorias (alíneas) anteriores. Quer isto dizer que, em algum ou alguns itens da escala em equação “necessitam de ajuda de pessoas”.

Face ao exposto, é-nos possível descrever o “nível global de dependência no Tomar banho”, informação que está disponível na última linha da tabela apresentada anteriormente. Conforme se depreende da leitura da tabela, 27,5% dos casos avaliados, relativamente ao grau (global) de dependência para tomar banho, são pessoas totalmente *Dependente(s)* e que *não participam* na realização das actividades de tomar banho. Para além destes casos, constatámos que 42,5% dos dependentes avaliados *necessitam de* (alguma) *ajuda de pessoa* para realizar as actividades de tomar banho. Com efeito, podemos dizer que cerca de 70% dos dependentes identificados em Lisboa, naquilo que se reporta ao autocuidado tomar banho, são pessoas com elevados graus de dependência.

Importa clarificar que, conforme se percebe da leitura da tabela anterior, naquilo que diz

respeito ao tomar banho, em termos globais, 28,3% (34 casos) são “completamente independentes”. Contudo, estes 34 casos, apesar de não serem dependentes para tomar banho, evidenciaram algum nível de dependência em, pelo menos, um dos múltiplos indicadores que compõem as várias escalas relativas aos diferentes domínios de autocuidado. Como vimos, os 121 casos que constituem a nossa amostra de dependentes diz respeito a pessoas com algum grau de dependência, em algum dos itens considerados no global das diferentes escalas utilizadas, para efeitos de avaliação da dependência no autocuidado.

4.2.1.1 Dependência para Vestir-se e Despir-se

Tomando por referência os processos descritos para o autocuidado tomar banho, avançamos na apresentação dos resultados relativos à dependência para “vestir-se e despir-se”, no âmbito da amostra de dependentes incluídos no estudo. Dos 121 casos identificados, apenas foram avaliados neste domínio 117 indivíduos. A tabela seguinte sintetiza os resultados apurados neste domínio.

Tabela 14 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Vestir-se e Despir-se

Vestir-se e Despir-se: indicadores	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Escolhe as roupas	36 (30,8%)	22 (18,8%)	1 (0,9%)	58 (49,5%)	117
Retira as roupas da gaveta e do armário	36 (30,8%)	25 (21,4%)	3 (2,6%)	53 (45,2%)	117
Segura as roupa	26 (22,4%)	16 (13,8%)	1 (0,9%)	73 (62,9%)	116
Veste as roupas na parte superior do corpo	29 (24,8%)	29 (24,8%)	1 (0,9%)	58 (49,5%)	117
Veste as roupas na parte inferior do corpo	29 (24,8%)	35 (29,9%)	-	53 (45,3%)	117
Despe as roupas na parte superior do corpo	29 (24,8%)	29 (24,8%)	-	59 (50,4%)	117
Despe as roupas na parte inferior do corpo	29 (25,0%)	33 (28,4%)	-	54 (46,6%)	116
Abotoa as roupas	31 (26,5%)	27 (23,1%)	1 (0,9%)	58 (49,5%)	117
Desabotoa as roupas	30 (25,6%)	29 (24,8%)	1 (0,9%)	57 (48,7%)	117
Usa cordões para amarrar	34 (31,2%)	24 (22,0%)	-	51 (46,8%)	119
Usa fechos	29 (25,4%)	18 (15,8%)	0	67 (58,8%)	114
Calça as meias	30 (25,6%)	41 (35,0%)	2 (1,7%)	44 (37,6%)	117
Descalça as meias	30 (25,6%)	37 (31,6%)	2 (1,7%)	48 (41,0%)	117
Calça os sapatos	29 (25%)	33 (28,4%)	4 (3,4%)	50 (43,1%)	116
Descalça os sapatos	29 (25,0%)	29 (25,0%)	2 (1,7%)	56 (48,3%)	116
Global	25 (21,4%)	52 (44,4%)	1 (0,9%)	39 (33,3%)	117

De acordo com os dados disponíveis, verificamos que nas diferentes actividades (indicadores) avaliadas, a percentagem de casos totalmente dependentes se situam na ordem dos 20 a 30%. Também neste domínio do autocuidado, a percentagens obtidas nos vários indicadores revelam números reduzidos de pessoas capazes de, só com auxílio de equipamento, se

autocuidarem.

Olhando para os valores do nível global de dependência para vestir-se e despir-se, constata-se que cerca de 2/3 dos sujeitos avaliados, à semelhança do que acontecia para o tomar banho, são pessoas com elevados graus de dependência. Estes dados começam a delimitar um cenário que nos permite ir construindo a ideia que, os dependentes identificados no Concelho de Lisboa são casos com elevados graus de dependência, facto que, por si só, exige, quer por parte dos familiares que deles tomam conta, quer por parte dos serviços de saúde, que apoiam as famílias, níveis intensos de assistência. No quadro da investigação alargada em que se inscreve este nosso estudo (aqui relatado), proceder-se-á à análise conjunta destas diferentes dimensões; aspecto de extrema relevância na compreensão do papel decisivo que os cuidados de enfermagem podem jogar na ajuda às famílias e pessoas que cuidam de dependentes em casa.

4.2.1.2 Dependência para Arranjar-se

Como referimos no capítulo relativo aos aspectos metodológicos da investigação, a escala de avaliação da dependência no “arranjar-se”, utilizada neste estudo, resultou da agregação da maioria dos parâmetros das escalas “arranjar-se” e “cuidar da higiene pessoal” do instrumento originalmente utilizado por Duque (2009) e desenvolvido na ESEP. No nosso estudo, a escala relativa à avaliação da dependência no arranjar-se comportou 10 itens / indicadores.

Neste domínio foram avaliados 116 casos; nos indicadores “barbeia-se” e “aplica maquilhagem”, o número de casos avaliados é significativamente menor, dada a sua aplicabilidade e utilidade estar dependente do sexo do dependente.

Tabela 15 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Arranjar-se

Arranjar-se: indicadores	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Penteia ou escova os cabelos	27 (23,3%)	21 (18,1%)	-	68 (58,6%)	116
Barbeia-se	18 (26,5%)	15 (22,1%)	-	35 (51,4%)	68
Aplica maquilhagem	12 (27,9%)	3 (7,0%)	-	28 (65,1%)	43
Cuida das unhas	39 (33,6%)	41 (35,3%)	-	36 (31,0%)	116
Usa um espelho	27 (23,7%)	17 (14,9%)	-	70 (61,4%)	114
Aplica o desodorizante	26 (25,7%)	19 (18,8%)	-	56 (55,4%)	101
Limpa a área do períneo	30 (26,1%)	28 (24,3%)	-	57 (49,6%)	115
Limpa as orelhas	28 (24,1%)	26 (22,4%)	-	62 (53,4%)	116
Mantém o nariz desobstruído e limpo	27 (23,3%)	16 (13,8%)	-	73 (62,9%)	116
Mantém a higiene oral	25 (21,6%)	26 (22,4%)	-	65 (56,0%)	116
Global	21 (18,1%)	61 (52,6%)	-	34 (29,3%)	116

A análise do nível global de dependência para arranjar-se mantém a tendência que se vem a desenhar nos domínios do autocuidado atrás descritos. Com efeito, cerca de 70% dos casos com dependência neste âmbito ou são completamente dependentes ou necessitam de ajuda

de pessoas.

4.2.1.3 Dependência para Alimentar-se

Relativamente ao alimentar-se, dos 121 casos identificados, foram avaliados 113 dependentes. A escala de avaliação da dependência para alimentar-se comporta 11 indicadores / itens que, conforme se percebe da sua análise, cobrem o “core” das actividades específicas que compõem o acto humano de se alimentar. Mais uma vez, julgamos pertinente destacar o potencial e utilidade clínica deste nível de descrição e pormenor; não só pelas possibilidade de discriminação dos casos mas, fundamentalmente, pelos contributos que tais critérios podem dar para a precisão do processo de diagnóstico diferencial em enfermagem e, por consequência, para efeitos da monitorização dos resultados que os clientes vão exibindo, por acção das terapêuticas de enfermagem.

Tabela 16 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Alimentar-se

Alimentar-se: indicadores	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Prepara os alimentos para ingestão	44 (38,9%)	23 (20,4%)	-	46 (40,7%)	113
Abre recipientes	35 (31,3%)	26 (23,2%)	1 (0,9%)	50 (44,6%)	112
Utiliza utensílios	25 (22,3%)	12 (10,7%)	1 (0,9%)	74 (66,1%)	112
Coloca o alimento nos utensílios	21 (18,8%)	15 (13,4%)	1 (0,9%)	75 (66,9%)	112
Pega no copo ou chávena	18 (16,1%)	10 (8,9%)	1 (0,9%)	83 (74,1%)	112
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	18 (16,4%)	7 (6,4%)	1 (0,9%)	84 (76,3%)	110
Leva os alimentos à boca com recipiente	18 (16,1%)	7 (6,3%)	1 (0,9%)	86 (76,7%)	112
Leva os alimentos à boca com os utensílios	17 (15,2%)	8 (7,1%)	1 (0,9%)	86 (76,8%)	112
Bebe por copo ou chávena	17 (15,2%)	6 (5,4%)	2 (1,8%)	87 (77,7%)	112
Coloca os alimentos na boca	17 (15,2%)	8 (7,1%)	1 (0,9%)	86 (76,8%)	112
Conclui uma refeição	17 (15,2%)	12 (10,7%)	2 (1,8%)	81 (72,3%)	112
Global	17 (15,0%)	55 (48,7%)	1 (0,9%)	40 (35,4%)	113

Dada a natureza dos itens específicos que constituem esta escala, que não exigem a ausência de compromissos na capacidade de deambular ou, por exemplo, de equilíbrio corporal na posição de pé, verificam-se elevados valores percentuais no score 4 – completamente independente - em vários indicadores. Da aplicação dos critérios descritos anteriormente, para efeitos de avaliação do nível global de dependência, constatamos que o número de pessoas com necessidade de ajuda de outrem em, pelo menos uma das actividades avaliadas, corresponde a quase metade da amostra; valor ao qual pode ser adicionado cerca de 15% de casos completamente dependentes para se alimentar.

4.2.1.4 Dependência para o Uso do Sanitário

No domínio da autocuidado uso do sanitário foram avaliados 114 dependentes, com base nos seis (6) indicadores específicos definidos.

Tabela 17 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para o Uso do sanitário

Uso do sanitário: indicadores	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Ocupa e desocupa o sanitário	17 (15,2%)	26 (23,2%)	15 (13,4%)	54 (48,2%)	112
Tira as roupas	17 (16,2%)	30 (28,6%)	3 (2,9%)	55 (52,4%)	105
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	19 (17,6%)	21 (19,4%)	5 (4,6%)	63 (58,3%)	108
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	27 (23,7%)	29 (25,4%)	3 (2,6%)	55 (48,2%)	114
Ergue-se da sanita	18 (16,2%)	25 (22,5%)	15 (13,5%)	53 (47,7%)	111
Ajusta as roupas após a higiene íntima	22 (19,3%)	31 (27,2%)	2 (1,8%)	59 (51,7%)	114
Global	17 (14,9%)	45 (39,5%)	11 (9,6%)	41 (36,0%)	114

Na tabela anterior são apresentados os resultados obtidos nos diferentes itens da escala de avaliação da dependência para o uso do sanitário. Em termos globais, podemos constatar que cerca de metade dos casos avaliados apresentam algum grau de dependência para usar o sanitário. Com efeito, cerca de 15% dos casos são mesmo completamente dependentes.

4.2.1.5 Dependência para Elevar-se

O domínio de autocuidado elevar-se, como vimos, concretiza-se num único indicador, tendo sido avaliados 116 indivíduos. Vale a pena, desde logo, destacar que cerca de 30% das pessoas avaliadas, para adoptarem a posição de sentado, facto que corresponde ao “levantar parte do corpo”, só o fazem com ajuda de outrem, o que nos clarifica o grau de dependência dos participantes.

Tabela 18 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Elevar-se

Elevar-se: indicadores	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Levanta parte do corpo	15 (12,9%)	20 (17,2%)	22 (19,0%)	59 (50,9%)	116
Global	15 (12,9%)	20 (17,2%)	22 (19,0%)	59 (50,9%)	116

Os casos com níveis mais elevados de dependência neste domínio do autocuidado, em conjunto com o “virar-se” (ou posicionar-se no leito) e o “transferir-se” traçam o quadro dos clientes que, sem ajuda de um prestador de cuidados, muito provavelmente, ficam confinados “à cama”, com todas as eventuais consequências que daí advém.

4.2.1.6 Dependência para Virar-se

O autocuidado virar-se ou posicionar-se diz respeito, conforme se percebe da leitura do único indicador que o concretiza, à capacidade do cliente em mudar de posição de forma autónoma, nomeadamente na cama.

Neste domínio foram avaliados 113 dependentes.

Tabela 19 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Virar-se

Virar-se: indicadores	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	15 (13,3%)	10 (8,8%)	5 (4,4%)	83 (73,5%)	113
Global	15 (13,3%)	10 (8,8%)	5 (4,4%)	83 (73,5%)	113

Quase cerca de $\frac{1}{4}$ dos casos avaliados, sem ajuda outra pessoa, são incapazes de mudar de posição (na cama). Esta condição acarreta riscos significativos ao nível da integridade dos tecidos, ao nível dos processos de limpeza das vias aéreas, entre outros.

4.2.1.7 Dependência para Transferir-se

Na tabela seguinte são apresentados os resultados relativos ao autocuidado transferir-se, que se concretiza em dois itens. Neste âmbito foram avaliados 109 casos.

Tabela 20 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Transferir-se

Transferir-se: indicadores	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	15 (13,8%)	18 (16,5%)	22 (20,2%)	54 (49,5%)	109
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	15 (15,3%)	19 (19,4%)	22 (22,4)	42 (42,9%)	98
Global	15 (13,8%)	19 (17,4%)	22 (20,2%)	53 (48,6%)	109

Em linha com os dados relativos ao elevar-se e virar-se, cerca de 30% dos casos avaliados são incapazes de se transferir da cama para a cadeira (e vice-versa), sem ajuda de um prestador de cuidados. Este dado é altamente significativo para percebermos a dimensão e intensidade da dependência dos casos identificados no Concelho de Lisboa.

4.2.1.8 Dependência para o uso de cadeira de rodas

A dependência para utilizar a cadeira de rodas corresponde a um domínio do autocuidado muito específico; por este facto só foram avaliados 17 indivíduos.

Tabela 21 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para o Uso da cadeira de rodas

Uso da cadeira de rodas: indicadores	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	7 (41,2%)	5 (29,4%)	-	5 (29,4%)	17
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	7 (43,7%)	7 (43,7%)	-	2 (12,5%)	16
Manobra a cadeira de rodas em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	8 (50,0%)	5 (31,3%)	-	3 (18,7%)	16
Global	6 (35,3%)	8 (47,1%)	-	3 (17,6%)	17

Da análise da tabela correspondente, relativamente ao uso de cadeira de rodas, percebemos que mais de 80% dos casos avaliados ou são completamente dependentes ou necessitam de ajuda de pessoas.

4.2.1.9 Dependência para Andar

No domínio do autocuidado andar foram inquiridos 110 indivíduos. A escala de avaliação da dependência para andar concretiza-se através de sete indicadores. Os indicadores com níveis de dependência mais acentuados dizem respeito às capacidades de percorrer distâncias mais longas.

Tabela 22 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Andar

Andar: indicadores	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Suporta o próprio corpo na posição de pé	12 (10,9%)	15 (13,6%)	44 (40,0%)	39 (35,5%)	110
Deambula com passadas eficazes a diferentes ritmos	15 (13,6%)	16(14,5%)	62 (56,4%)	17 (15,5%)	110
Sobe e desce degraus	20 (18,3%)	19 (17,4%)	57(52,3%)	13 (11,9%)	109
Deambula em aclives e declives	19 (17,8%)	18 (16,8%)	58 (54,2%)	12 (11,2%)	107
Percorre distâncias curtas (<100m)	20 (18,3%)	11 (10,1%)	61 (56,0%)	17 (15,6%)	109
Percorre distâncias moderadas (>100<500m)	31 (28,2%)	22 (20,0%)	45 (40,9%)	12 (10,9%)	110
Percorre longas distâncias (>500m)	45 (40,9%)	22 (20,0%)	35 (31,8%)	8 (7,3%)	110
Global	12 (10,9%)	59 (53,6%)	32 (29,1%)	7 (6,4%)	110

Quase 2/3 dos casos avaliados ou são completamente dependentes ou necessitam de ajuda de pessoas, facto que vem de encontro àquilo que fomos descrevendo ao longo da apresentação dos resultados relativos à dependência no autocuidado.

4.2.1.10 Dependência para Tomar a medicação

Como vimos no capítulo relativo à metodologia, no âmbito deste nosso estudo, foi adicionado o domínio do autocuidado tomar a medicação, dimensão que no estudo de Duque (2009) não fazia sentido, dado o contexto hospitalar em que o referido estudo foi realizado. A escala que utilizamos comporta três indicadores. Dos 121 dependentes identificados no seio das famílias clássicas de Lisboa, foram avaliados 116 casos, relativamente à dependência para tomar a medicação.

Tabela 23 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e grau de dependência para Tomar medicação

Andar: indicadores	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Providencia medicamentos	39 (33,6%)	33 (28,4%)	-	44 (37,8%)	116
Prepara a medicação	40 (34,5%)	27 (23,3%)	1 (0,9%)	48 (41,3%)	116
Toma a medicação	34 (29,3%)	22 (19,0%)	1 (0,9%)	59 (50,8%)	116
Global	33 (28,4%)	39 (33,6%)	1 (0,9%)	43 (37,1%)	116

Conforme se depreende da leitura da tabela anterior, mais de 60% dos casos avaliados evidenciam níveis de dependência significativos.

A partir do exposto nas páginas anteriores, onde descrevemos o nível de dependência dos participantes nos diferentes domínios do autocuidado, podemos avançar na caracterização da amostra, tendo em consideração os níveis globais de dependência, em cada um dos tipos de autocuidado.

Na tabela de síntese apresentamos os diferentes domínios do autocuidado por ordem decrescente, tendo em consideração o somatório dos valores percentuais do *score 1* e *score 2*.

Tabela 24 - Síntese dos domínios do autocuidado

Tipo de Autocuidado	Dependente participa Score 1	Não	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
Usar a cadeira de rodas	6 (35,3%)		8 (47,1%)	-	3 (17,6%)	104
Arranjar-se	21 (18,1%)		61 (52,6)	-	34 (29,3%)	116
Tomar banho	33 (27,5%)		51 (42,5%)	2 (1,7%)	34 (28,3%)	120
Vestir-se e despir-se	25(21,4%)		52(44,4%)	1 (0,9%)	39 (33,3%)	117
Andar	12 (10,9%)		59 (53,6)	32 (29,1)	7 (6,4%)	110
Alimentar-se	17 (15%)		55 (48,7%)	1 (0,9%)	40 (35,4%)	113
Tomar medicação	33(28,4%)		39(33,6%)	1 (0,9%)	43(37,1%)	116
Usar o sanitário	17 (14,9%)		45 (39,5%)	11 (9,6%)	41 (36%)	114
Transferir-se	15 (13,8%)		19 (17,4%)	22 (20,2%)	53 (48,6%)	109
Elevar-se	15 (12,9%)		20 (17,2%)	22 (19,0%)	59 (50,9%)	116
Virar-se	15 (13,3%)		10 (8,8%)	5 (4,4%)	83 (73,5%)	113

Da leitura da tabela anterior podemos constatar que, na globalidade, os dependentes avaliados e inseridos no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa são pessoas com elevados níveis ou graus de dependência no autocuidado.

Desde logo, os valores percentuais que resultam do somatório dos casos completamente dependentes (*score 1*) e dos casos que necessitam de ajuda de pessoas (*score 2*), no que se reporta aos domínios *transferir-se*, *eleva-se* e *virar-se*, cifram-se na ordem dos 20 a 30%. Com efeito, os três tipos de autocuidado a que nos referimos estão intimamente associados à capacidade dos indivíduos para se posicionar e para “sair da cama”.

Acresce ao exposto nos últimos parágrafos, o facto de em todos os outros domínios do autocuidado, mais de metade dos casos identificados e avaliados com recurso aos instrumentos que usámos, terem *scores* globais de dependência iguais ou inferiores a 2; o mesmo é dizer: trata-se de pessoas com acentuados níveis de dependência e, por consequência, necessidades de cuidados bastante marcadas.

Da mesma forma que procedemos à computação dos níveis globais de dependência para cada um dos 11 domínios do autocuidado estudados, ensaiámos o cálculo do “*nível global e agregado de dependência no autocuidado*”, considerando todos os itens dos diferentes domínios. Os resultados do referido ensaio estão expressos na tabela seguinte.

Tabela 25 - Nível Global de dependência no Autocuidado (agregado)

Nível Global de Dependência no Autocuidado		n	%
Score 1	Dependente não participa	9	7,4
Score 2	Necessita de ajuda de pessoa	100	82,6
Score 3	Necessita de equipamento	12	9,9
Total		121	100

Dos 121 casos avaliados, nove (7,4%) foram categorizados como “Dependente não participa”. Assim, estes casos, em todos os itens que foram avaliados (da vasta lista utilizada), são completamente dependentes. A percentagem de dependentes que “só” necessitam de ajuda de equipamentos é 9,9%. Todos os restantes casos (82,6%), considerando o *score* global e agregado de dependência no autocuidado, são dependentes que necessitam de ajuda de pessoas para realizar e satisfazer uma parte significativa das suas actividades de autocuidado. Como referimos, daqui é possível inferir a dimensão e intensidade de cuidados que tais dependentes exigem. Este é um desafio que, mais que colocado às famílias, se coloca aos serviços de enfermagem, na medida em que, lato sensu, o que estas pessoas (dependentes e seus familiares cuidadores) precisam corresponde a cuidados de enfermagem...

4.2.2 Factores associados à dependência no Autocuidado

Depois de termos descrito os resultados que nos permitiram identificar e caracterizar os casos de pessoas dependentes inseridas no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa, avançamos na exploração da forma como as variáveis de atributo dos participantes interferem com o seu nível global e agregado de dependência no autocuidado. Para este efeito, recorreremos ao estudo de todas as possíveis associações e correlações, optando por, neste relatório, só fazer referência aos aspectos com significado estatístico, a um nível de significância de 95%. Os testes estatísticos utilizados neste estudo derivaram da natureza e distribuição das variáveis em equação.

O estudo das correlações entre as variáveis quantitativas que caracterizavam os dependentes e as suas famílias, com o nível global e agregado de dependência no autocuidado (variável ordinal) foi feito com recurso à correlação de Spearman. Utilizamos este coeficiente pois mede com exactidão a intensidade da relação entre duas variáveis ordinais ou uma variável ordinal e outra escalar, não sendo sensível à assimetria das distribuições (Pestana & Gageiro, 2008). A correlação é uma medida de associação entre variáveis e nunca nos permite afirmar relações do tipo “causa – efeito”. Segundo aqueles autores, por convenção, coeficientes de correlação

inferiores a 0,2 indicam uma associação linear “muito fraca”; entre 0,2 e 0,39 “fraca”; entre 0,4 e 0,69 “moderada”; entre 0,7 e 0,89 “forte” e, finalmente, entre 0,9 e 1 uma associação “muito forte”.

Da análise empreendida, foram identificadas duas correlações estatisticamente significativas, ao nível de significância adoptado. Assim, o nível global e agregado de dependência no autocuidado está correlacionado (de forma estatisticamente significativa) com o número de episódios de recurso do dependente ao Serviço de Urgência (SU) e a dimensão da família em que está inserido.

Tabela 26 – Resultados do estudo das correlações entre o nível global e agregado de dependência e as variáveis de atributo dos participantes, através do coeficiente de correlação (ρ) de Spearman

	<i>Nível global de Dependência no Autocuidado</i>	
Número de episódios de recurso ao SU, no último ano	Coeficiente de correlação	-0,183
	Valor de p	0,047
	N	118
Número de membros da família	Coeficiente de correlação	-0,192
	Valor de p	0,037
	N	118

Importa relembrar que na escala ordinal adoptada, para efeitos de categorizar os casos, em termos de nível global e agregado de dependência, o *score* mais baixo (*score* 1) correspondem ao nível mais marcado de dependência, enquanto os *scores* mais elevados (2 e 3) dizem respeito a níveis menos intensos de dependência no autocuidado. Por sua vez, o *score* 4 corresponde à completa independência. Este facto é importante para a interpretação dos resultados apurados nos procedimentos de estatística inferencial.

Assim, os níveis mais elevados de dependência no autocuidado estão associados, ainda que de forma muito fraca, com um maior número de episódios de recurso ao SU, por parte dos dependentes. Na mesma linha, os casos mais dependentes no autocuidado tendem a estar inseridos nas famílias mais extensas.

Tomando em consideração o motivo de instalação do quadro de dependência, categorizando os casos em função de serem dependentes fruto de “doença crónica ou não”, através do teste U Mann-Whitney, verificamos que o nível global e agregado de dependência é mais marcado nos casos que se tornaram dependentes por via de uma doença crónica, conforme se ilustra na tabela seguinte.

Teste U Mann-Whitney				N	"Mean Rank"	"Sum of Ranks"
Nível Global de Dependência Autocuidado	Motivo da dependência: Doença crónica	Sim	49	45,65	2237,00	
		Não	56	59,43	3328,00	
				Total casos: 105		
Valor de $p < 0,001$						

O valor de “*mean rank*” mais baixo, em termos de nível de dependência no autocuidado, para os casos em que o motivo é a doença crónica, deriva de valores “médios” mais baixos no *score* global; o que significa, dada a lógica da escala, maior intensidade da dependência.

Neste momento, interessa-nos olhar os nossos resultados à luz daquilo que outros estudos nos dizem.

São escassos os estudos que objectivam a avaliação do nível de dependência no autocuidado, para além das paredes dos hospitais. A maioria dos estudos disponíveis fora do ambiente hospitalar foca-se nos membros da família prestadores de cuidados, e avaliam a “dependência funcional” dos dependentes, com base em instrumentos que discutimos na definição da problemática, com todas as questões que aí enunciámos (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007; Botelho, 2005; Imaginário, 2008; Amaral, et al., 2000).

A família é a mais antiga unidade e ainda a mais utilizada forma de assistência de saúde. A mudança da necessidade em cuidados de saúde é o resultado da evolução social e demográfica da sociedade contemporânea. Cuidar é «(...)um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais(...)» (Collière, 1999:235).

As famílias que integram dependentes no autocuidado, com base nos nossos resultados, são em média compostas por três elementos, com rendimentos mensais que podem ser considerados baixos. São famílias que vivem, quase todas, em apartamentos (91,4%), com boas condições sanitárias, mas com algumas necessidades de reparações estruturais.

Em termos etários, os dependentes identificados, têm, em média 72,57 anos de idade. Observámos uma predominância do sexo feminino, com 60,3% do total. Quanto ao estado civil, os dois grupos mais expressivos são os casados (41,9%) e os viúvos (41%), com valores equivalentes.

Estes resultados estão em linha com aqueles encontrados em trabalhos de investigação anteriores e com os dados disponíveis do INE. Já em 2009 o relatório do INE expressou várias

tendências sociais: abrandamento do crescimento populacional, claro aumento da proporção da população com idade igual ou superior a 65 anos, esperança média de vida à nascença situada nos 78,7 anos. O envelhecimento populacional tem grande importância e consequências quando se pensa em termos de prestação de cuidados de saúde. Não admira que o núcleo do Programa de Saúde XXI, do Ministério da Saúde, tenha apoiado a Faculdade de Medicina de Coimbra para que esta efectuasse um estudo, com uma abordagem multidimensional, sobre o envelhecimento de adultos e idosos. Pretendiam determinar a prevalência de dependência funcional de terceiros e comparar os níveis de dependência funcional nos domínios físico/mental e social, por estratificações das variáveis da amostra. Tal como no nosso estudo, o estudo referido identificou uma maior percentagem de dependentes do sexo feminino (57,4%) e uma associação estatisticamente significativa entre dependência funcional e grupo etário. Por outro lado «(...)os indivíduos do sexo masculino apresentam 4,28 vezes mais possibilidades de serem dependentes funcionais, em comparação com o sexo feminino». (Resende de Oliveira, et al., 2008:36). No Norte do País, num estudo elaborado por Imaginário (2002) em Trás-os-Montes, na população idosa dependente de uma Freguesia inscrita no Centro de Saúde, ocorreu também uma predominância do dos dependentes do sexo feminino, que se acentuava à medida que a idade aumentava, sendo a média de idades de 82,3 anos. Esta predominância do sexo feminino tem permanecido ao longo da última década (Amaral, et al., 2000; Pacheco, et al., 1999), facto que deriva da diferença da esperança média de vida entre mulheres e homens, à nascença (INE,2009).

O nível de escolaridade dos dependentes que compõem a nossa amostra é baixo, fruto daquilo que socialmente foi (e ainda é) a alfabetização da nossa população. Tal como no estudo realizado por Resende de Oliveira e colaboradores (2008), verificava-se uma tendência para a diminuição do número de anos de escolaridade completos, à medida que aumenta a idade dos participantes. Segundo o INE (2009), só 30,2% possui o ensino secundário completo, facto que está ainda associado à população mais jovem.

No nosso estudo verificámos que, a instalação da dependência ocorreu em 60,7% dos casos de uma forma gradual, enquanto em 39,3% ocorreu de forma súbita. Em média, a dependência durava há cerca de 8 anos. É interessante confrontar os resultados que obtivemos com o trabalho de Petronilho (2007) que, num âmbito diferente, avaliou a dependência funcional em dois momentos distintos: aquando da alta hospitalar e um mês depois do regresso a casa. Este autor constatou que o número de dependentes com elevado grau de dependência perdurava no tempo, sem conseguir separar o avanço do processo de envelhecimento face à evolução da doença. Esta conclusão enquadra-se nos nossos resultados nos quais, a maioria das dependências se instalaram de forma gradual e persistente com uma média temporal de dependência de oito anos.

Quanto ao nível global de dependência no autocuidado, 7,4% dos dependentes apresentam-se “totalmente dependentes”; 82,6% “necessitam de ajuda de pessoa” e 9,9% “necessitam de ajuda de equipamentos”. No estudo elaborado por Amaral e colaboradores (2000), focado na

análise a dependência física e funcional dos idosos, verificou-se que 89,9% dos casos tinham perdido de forma parcial ou total a sua autonomia em pelo menos um dos indicadores de dependência e que 40,4% eram totalmente dependentes em pelo menos um dos indicadores. Imaginário (2002) ao utilizar o índice de Barthel na avaliação da capacidade funcional básica do idoso dependente na realização das AVDs, encontrou dados semelhantes.

Os resultados que encontramos no domínio do autocuidado “andar” e as fracas condições de mobilidade para pessoas portadoras de limitações na mobilidade, no âmbito das casas onde vivem os dependentes, colocam problemas significativos de mobilidade aos dependentes. Este é um problema já aflorado noutros estudos. De acordo com Resende de Oliveira e colaboradores (2008:63;64) verificou-se que, «(...)7,3% relativamente à amostra total, apresentava propensão para quedas(...)» e que tinha havido «(...)ocorrência de quedas no ano anterior, de causa relacionada com o próprio indivíduo e/ou presença de sequelas, em 44% do total, principalmente nos mais velhos, nas mulheres e na região do Alentejo».

Os nossos resultados permitem-nos dizer que, sendo um fenómeno relevante no seio das famílias clássicas de Lisboa, as características dos dependentes identificados e avaliados estão em linha com os resultados de estudos anteriores realizados em Portugal, colocando em destaque necessidades assistências que estão a descoberto.

4.3 Referências

AMARAL, M. F.; VICENTE, M. O. ± Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 18, n.º 2 (Julho ± Dezembro 2000), p. 23 ± 31

BOTELHO, A. 2005. A Funcionalidade dos idosos. [autor do livro] C PAÚL e FONSECA. A.M. *Envelhecer em Portugal*. s.l. : Climepsi, 2005, pp. 111-115.

COLLIÈRE, M.F. 1999. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Coimbra : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. p. 235. 972-757-109-3.

DUQUE, H.J.L.T., 2009, *Dissertação de Mestrado: O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros* : Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada ± Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

FIGUEIREDO, D. 2007. Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência. *Tese de Doutoramento*. Aveiro : Universidade de Aveiro secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2007.

FONTAINE, 2000., *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa : Climepsi, p. 194. ISBN 972-8449-65-8.

FORTIN, M.F. 1999. O processo de Investigação: Da concepção à realização, lusociência, loures ISBN 972

IMAGINÁRIO, C., 2002, *O idoso dependente em contexto familiar.*, Coimbra: Formasau

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2009, Indicadores sociais 2008, ± Instituto Nacional de Estatística, 2009 [Em linha] [Consult.10 de outubro de 2010].

OREM, D.E. 2001. *Nursing: concepts of practice*. 3. Boston : Mosby, 2001. pp. 35-54.

PACHECO, A. e LUCAS, J.C. 1999, Avaliação da qualidade de vida e dependência funcional - idosos com 80 e mais anos - nascidos até 31/12/1998. *Revista Geriátrica*. Vol. 12, 12, pp. 17-20.

PEREIRA, F. M.S.,2007, Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

PETRONILHO, F., 2007, *Preparação do regresso a casa – evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem ± Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ± Universidade do Porto

RESENDE DE OLIVEIRA, C; SANTOS ROSA, M; MOTA PINTO, A; SILVEIRA BOTELHO, A; MORAIS, A; TEIXEIRA VERISSIMO, M, 2008, *Esstudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa- Programa Operacional Saúde XXI*, Gabinete Editorial e Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

SEQUEIRA, C. 2007. *Cuidar de idosos: Diagnósticos e Inervenções*. s.l. : Quarteto

5 Conclusões

Ao longo deste relatório procurámos apresentar todo o percurso efectuado no desenvolvimento do estudo da temática centrada na “Dependência no Autocuidado”. Apresentamos agora as considerações finais deste percurso de investigação.

Vivemos numa sociedade que atravessa uma mudança demográfica e epidemiológica; o envelhecimento da sociedade é um facto incontronável. As últimas projecções do INE em 2009 (INE, 2010a) mostravam a continuação da tendência verificada desde 2003: abrandamento do ritmo de crescimento da população, com aumento da proporção da população com idades superiores a 65 anos e do índice de envelhecimento. Verifica-se um aumento dos indivíduos portadores de doença crónica, com idades mais avançadas, com algum nível de dependência no autocuidado. Como as actuais políticas de saúde, com internamentos de curta duração, apoiando-se nos novos desenvolvimentos técnico-científicos, as necessidades de ajuda no domínio de autocuidado são cada vez mais prementes no contexto dos domicílios familiares.

No seio da disciplina de enfermagem, o conceito de autocuidado e os que lhe estão associados, como dependência, autonomia e capacidade funcional ou de desempenho, assumem um estatuto central. Esta centralidade é atestada pela relevância teórica e científica dos postulados teóricos da “Escola das Necessidades” (Kérouac, 1996; Meleis, 2000).

Dada a magnitude da problemática do autocuidado, existem benefícios claros na definição de objectivos e intervenções realistas baseadas em conhecimento específico acerca do nível de dependência no autocuidado. Assistimos, em Portugal, a um despertar para a importância de novas reformas em saúde. A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros assenta não só, na eficácia da promoção da autonomia no autocuidado junto do indivíduo, bem como, no aumento das competências dos membros da família para o exercício do papel de prestadores (OE, 2001; Pereira, 2007; Silva, 2007). A criação da RNCCI vem ao encontro das novas necessidades em saúde da população, apoiando-se numa aposta clara na reabilitação dos indivíduos dependentes no autocuidado e/ou no desenvolvimento de competências das famílias para tomar conta daqueles dependentes (Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho).

Apesar dos inúmeros instrumentos existentes na literatura para avaliação da “dependência no autocuidado” estes apresentam claras limitações, em termos de utilidade clínica para os enfermeiros. Com efeito, apresentam avaliações globais, não discriminando as reais capacidades de desempenho do indivíduo no autocuidado. De acordo com Dorothea Orem (2001), a realização dos requisitos de autocuidado depende do grau em que estes requisitos se conhecem, “com propriedade” e, do modo como se compreendem as formas de os satisfazer. Logo, as necessidades de autocuidado de um indivíduo só podem ser conhecidas se forem devidamente avaliadas. Assim, não podemos desprezar a validade dos instrumentos

de avaliação do autocuidado, pois são neles que assenta a tomada de decisão clínica. Conhecendo as limitações específicas do dependente poderemos adequar as intervenções aos seus reais défices nas diferentes dimensões/actividades de autocuidado.

Assim sendo, decidimos que, para avaliarmos o tipo e o grau de dependência nos diferentes domínios do autocuidado teríamos que utilizar um instrumento válido, que contornasse os problemas anteriormente aludidos. O formulário de avaliação da dependência no autocuidado por nós aplicado, desenvolvido na ESEP, revelou-se como um instrumento válido e com alta fidelidade, tal como em estudos anteriores (Cfr. Duque, 2009). Face ao exposto, com a utilização das diferentes (sub) escalas de avaliação da dependência nos vários domínios do autocuidados, afirma-se a elevada precisão dos resultados por nós obtidos.

O estudo aqui descrito pode ser considerado, em termos metodológicos, como um dos primeiros, de base populacional, focado na problemática da “Dependência no autocuidado” no seio das famílias clássicas, realizado no Concelho de Lisboa. Um dos factos que revela uma mais-valia do estudo é, a natureza e o processo de amostragem utilizado – probabilístico -, na medida em que, permite-nos inferir resultados para a população de origem – o concelho de Lisboa.

Com base numa amostra de duas mil e quinhentas e cinquenta e uma (2551) famílias, que, à partida, aceitaram participar no estudo, responderam ao inquérito preliminar duas mil e trezentas e quarenta e cinco (2351). Neste universo, identificámos cento e oitenta e sete casos (187) que evidenciavam algum nível de dependência no autocuidado, segundo a opinião dos respondentes, o que nos permite afirmar que a percentagem de famílias de Lisboa que integram dependentes no seu seio é de 7,95%. Dos 187 casos identificados, 121 aceitaram participar no processo de avaliação mais específica do tipo e nível de dependência, com base no instrumento adoptado.

Encontramos semelhanças com outros estudos quando analisamos as características dos indivíduos dependentes no autocuidado na população residente no concelho de Lisboa. Na sua maioria são mulheres, idosos e viúvos. A instalação da dependência, na maioria dos casos, ocorreu de forma gradual como consequência natural do processo de envelhecimento.

Tendo como base os indicadores demográficos de 2009, lançados pelo INE, o envelhecimento demográfico continua a ser uma tendência desde 2003. Verifica-se um decréscimo da população jovem, da proporção de indivíduos em idade activa e «o aumento do peso dos idosos 17,0% para 17,9%» com clara repercussão no índice de envelhecimento. Sabendo que, segundo os dados do INE (INE, 2010a, 2010b), a população portuguesa atingiu em 2009 os 10 637 713 habitantes, sendo que, 1 901 153 apresentavam idades superiores a 65, o que corresponde a uma proporção de 17,87% da população portuguesa. Analisando os dados do concelho de Lisboa verificamos a existência de 479 884 habitantes no município onde, 116 022 apresentam idade igual ou superior a 65 anos, correspondendo a 24,17%. Apenas no norte de país encontramos valores mais elevados.

O cenário das projecções entre os anos de 2010 a 2060 na população residente em Portugal, aponta para uma diminuição da população jovem e da população em idade activa, aumentando em cerca de 14,4% a proporção de idosos(INE, 2009b). Mantém-se a tendência no aumento do índice de envelhecimento, podendo atingir valores superiores a 270 idosos por cada 100 jovens em 2060. Ou seja, em 2060 poderemos encontrar 30% da população portuguesa com idades superiores a 65 anos. Isto leva-nos à reflexão da importância de otimizar a assistência a este segmento da população que, sem dúvida, necessita de cuidados de enfermagem de qualidade e de excelência.

Tendo em consideração os 121 casos de dependentes que foi possível avaliar com maior propriedade, com base nas escalas adoptadas no nosso estudo, para esse efeito, percebemos que, globalmente, mais de metade dos casos são pessoas que ou são “totalmente dependentes – não participa” ou “necessitam de ajuda de pessoas”; o mesmo é dizer: são “grandes dependentes”. Quando calculamos os somatórios dos casos completamente dependentes (*score 1* na escala de dependência) e dos casos que necessitam de ajuda de pessoas (*score 2* na escala), verificamos que, no que se reporta aos domínios *transferir-se*, *elevantar-se* e *virar-se*, os valores cifram-se em cerca de 20 a 30%. Com efeito, os três tipos de autocuidado a que nos referimos estão intimamente associados à capacidade dos indivíduos para se posicionar e para “sair da cama” e dar início às outras actividades diárias de autocuidado. É de sublinhar que o processo de realibitação da pessoa dependente está intimamente ligado ao perfil de prestação de cuidados dos familiares. Por vezes, os membros da família prestadores de cuidados, limitam a capacidade de autonomia do dependente quando o substituem na realização das suas rotinas diárias e actividades de autocuidado (Vugt et al, 2004). Desta forma, o alvo das terapêuticas de enfermagem não se deve centrar somente no indivíduo dependente mas em todos os membros da família que são cuidadores.

Qualquer estudo com estas características, está sujeito limitações. Com a aplicação do pré-teste surgiu de imediato a primeira limitação do estudo. Em muitos casos, não nos foi possível observar com propriedade o dependente, pelo que os dados recolhidos, relativamente aos diferentes itens das escalas resultavam das respostas dos familiares (muitas das vezes os seus cuidadores).

É ainda, importante realçar as principais limitações e dificuldades com que nos confrontámos no decorrer da recolha de dados. Ao longo do processo de recolha de dados, o factor tempo foi determinante pois, ao escolhermos esta metodologia de colheita de dados, tivemos que consumir muito do nosso tempo. Houve um elevado número de “portas batidas” onde não obtivemos qualquer tipo de contacto. Durante a recolha dos dados afigurou-se-nos “evidente” a existência de um maior número de dependentes, mas foi-nos negada, por parte do prestador de cuidados, a aplicação do formulário. A justificação maioritariamente utilizada derivou da falta de tempo das famílias. Estes factores, isolados ou associados, poderão introduzir algum viés nos resultados do estudo. Todavia, este corresponde a um importante contributo para expandir o nosso conhecimento sobre o fenómeno da dependência no autocuidado no seio das famílias

clássicas do concelho de Lisboa.

Face ao exposto, considerando os tempos de inúmeras mudanças sociais e reformas político-económicas, torna-se fundamental uma transição da assistência em saúde para a comunidade. É necessário continuar a criar políticas e estratégias de intervenção nacional, que assentem no estudo do indivíduo com dependência, dando ênfase na clarificação das suas reais necessidades em saúde e em como estas afectam os domínios da sua vida pessoal, funcional, familiar, social, profissional e económica. O objectivo claro é uma expectativa de vida activa ou saudável, o que requer o máximo de independência para realizar actividades de autocuidado.

Acreditamos que os Enfermeiros terão um papel crucial na promoção do autocuidado, aumentando a independência e responsabilidade individual no seu estado de saúde. Para tal, torna-se premente a importância de uma avaliação clara da realidade no domínio do autocuidado.

Neste contexto, defendemos o alargamento deste tipo de estudo a nível nacional. Não temos dúvidas que é necessário continuar a conhecer e a compreender o domínio do autocuidado e como os indivíduos vivenciam o processo de transição para a dependência. Como se sentem, quem os ajuda, quais os mecanismos e suportes que têm ao seu alcance. É essencial dotar os processos de decisão estratégica em saúde de dados fiáveis sobre a saúde das populações, também numa perspectiva de enfermagem.

Deste modo, acreditamos que podemos considerar este estudo como um contributo para uma melhor compreensão da problemática em análise.

5.1 Referências

DUQUE, H.J.L.T., 2009, Dissertação de Mestrado: O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros : Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada ± Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa Porto

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA. 2009b, Projecções de população residente Portugal 2008-2060, Instituto Nacional de Estatística, 2009b. [Em linha] [Consult.9 de Setembro de 2010]. Disponível em URL:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESTema=55466&PUBLICACOESmodo=2

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, 2010a, Estatísticas demográficas 2009, Instituto Nacional de Estatística, 2010a [Em linha] [Consult.9 de Setembro de 2011]. Disponível em URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=102638621&PUBLICACOESTema=55466&PUBLICACOESmodo=2

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2010b, Anuário estatístico da região Lisboa 2009, Instituto Nacional de Estatística [Em linha] [Consult.9 de Setembro de 2011]. Disponível em URL:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=102939024&PUBLICACOESTema=55466&PUBLICACOESmodo=2

KÉROUAC, S.; PEPIN, J.; DUCHARME, F.; DUQUETTE, A.; MAJOR, F, 1996, El Pensamiento Enfermero: Masson

MELEIS, A. I, 2000, Theoretical Nursing: Development and progress. 4.^a ed.: Lippincott Williams &Wilkins

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Divulgar. Lisboa, Dezembro 2001

OREM, D.,2001, Modelo de Orem. Conceptos de enfermaria en la practica: Masson

PEREIRA, F. M.S,2007, Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N., 2008, Análise de Dados Para Ciências Sociais -A Complementariade do SPSS.5.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo

SILVA, A. P, 2007, ³Enfermagem Avançada´: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina ± Servir. Vol. 55, n.º 1-2, p. 11 ± 19

VUGT, M.; STEVENS, F.; AALTEN, P.; LOUSBERG, R.; JASPERS, N.; WINKENS, I.; JOLLES, J.; VERHEY, F, 2004, Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? -International Journal Of Geriatric Psychiatry, Vol. 19, n.º 1, p.85-92

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro				
Obtém objectos 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				
Outro _____				
Vestir-se ou despir-se				
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				
Outro _____				
Alimentar-se				
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				
Outro _____				
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				
Barbeia-se				
Aplica maquilhagem				
Cuida das unhas				
Usa um espelho				
Outro _____				
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				
Aplica desodorizante				
Limpa a área do períneo				
Limpa as orelhas				
Mantém o nariz desobstruído e limpo				
Mantém a higiene oral				

Outro _____				
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo				
Usar o sanitário				
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				
Outro _____				
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				
Outro _____				
Virar-se				
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro				
Usar a cadeira de rodas				
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				
Outro _____				

ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Dimensões	Componentes	Indicadores
Tomar banho	Obtém objectos 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	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
Vestir-se e despir-se	Escolhe as roupas Retira as roupas da gaveta e do armário Segura as roupas Veste as roupas na parte superior do corpo Despe 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	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.
Arranjar-se	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	Dependente; não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.
Alimentar-se	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	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
Usar o sanitário	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	Dependente; não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.
Elevar-se	Levanta parte do corpo	Dependente; não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.
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.

Transferir-se	Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	Dependente; não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.
Usar a cadeira de rodas	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	Dependente; não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.
Andar	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 (>100<500m) Percorre longas distâncias (>500m)	Dependente; não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.
Tomar a medicação	Providencia medicamentos Prepara a medicação Toma a medicação	Dependente; não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.

ANEXO III – DEFINIÇÃO DS VARIÁVEIS SEGUNDO O INE

ALOJAMENTO FAMILIAR: Local distinto e independente que pelo modo como foi construído, reconstruído, ampliado ou transformado ou como está a ser utilizado, se destina a alojar, normalmente, apenas uma família (embora nele possam residir várias no momento), na condição de no momento de referência não estar a ser utilizado totalmente para outros fins. Os alojamentos familiares podem ser de dois tipos: Alojamento familiar clássico – Local distinto e independente, constituído por uma divisão ou conjunto de divisões e seus anexos que, fazendo parte de um edifício clássico, ou seja, com carácter não precário, ou sendo estruturalmente separados daquele, pela consideração da forma como foi construído, reconstruído ampliado ou transformado se destina a servir de habitação de uma família, não estando no momento censitário a servir totalmente para outros fins. Deve ter uma entrada independente que dê acesso (quer directamente, quer através de um jardim ou um terreno) a uma via ou a uma passagem comum no interior do edifício (escada, corredor ou galeria, etc.). As divisões isoladas, manifestamente construídas, ampliadas ou transformadas para fazer parte do alojamento familiar clássico são consideradas como parte integrante do mesmo. Alojamento familiar não clássico – Local habitado por pessoas e que, pelo tipo e precariedade da construção, não satisfaz inteiramente as condições de alojamento familiar clássico. Estão compreendidas neste grupo: barraca; casa rudimentar de madeira; móvel; improvisado em edifício; outro local habitado. **ESTADO CIVIL:** Situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado face às relações familiares, que constam obrigatoriamente do registo civil: solteiro, casado, viúvo, divorciado ou outro. **FAMÍLIA CLÁSSICA:** Conjunto de pessoas 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 família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. São incluídos na família clássica o (a)s empregados domésticos internos, desde que não se desloquem todas ou quase todas as semanas à residência da respectiva família. **IDADE:** Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos, salvo se tratar de crianças com menos de 1 ano, devendo nestes casos ser expressa em meses, semanas ou dias completos. **NACIONALIDADE:** Cidadania legal da pessoa no momento de observação; são consideradas as nacionalidades constantes no bilhete de identidade, no passaporte, no título de residência ou no certificado de nacionalidade apresentado. As pessoas que, no momento de observação, tenham pendente um processo para obtenção da nacionalidade, devem ser considerados com a nacionalidade que detinham anteriormente. **NÍVEL DE ESCOLARIDADE COMPLETO:** Refere-se ao nível ou grau de ensino mais elevado que o indivíduo concluiu, em termos de níveis e graus do sistema formal de ensino, isto é, do ensino básico, secundário e superior, e obteve o respectivo certificado ou diploma. **PROFISSÃO:** Ofício ou modalidade de trabalho, remunerado ou não, a que corresponde um determinado título ou designação profissional, constituído por um conjunto de tarefas que concorrem para a mesma finalidade e que pressupõem conhecimentos semelhantes.

ANEXO IV – INQUÉRITO PRELIMINAR

23967

1 / 2

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 m²

N.º divisões

N.º ocupantes

Alojamento com:

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim | Não | Sim | Não |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- Retrete Instalação de banho ou duche
 Água canalizada Aquecimento

FAMÍLIA

Tipo de família

- Clássica sem núcleos
 Clássica com um núcleo
 Clássica com dois núcleos
 Clássica com três núcleos

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

Número de membros da família

23967

2 / 2

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

Parentesco

- Marido / Esposa
 Pai/Mãe
 Filho/Filha
 Irmão/Irmã
 Afinidade (nora; padasto; cunhado)
 Sem grau de parentesco
 Outra

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, artífices e trabalhadores similares
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
 Trabalhadores não qualificados
 Doméstico
 Desempregado
 Pensionista / Reformado
 Estudante
 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

Parentesco

- Marido / Esposa
 Pai/Mãe
 Filho/Filha
 Irmão/Irmã
 Afinidade (nora; padasto; cunhado)
 Sem grau de parentesco
 Outra

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, artífices e trabalhadores similares
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
 Trabalhadores não qualificados
 Doméstico
 Desempregado
 Pensionista / Reformado
 Estudante
 Outra

ANEXO V – FORMULÁRIO ALARGADO



17099

1 / 18

CODIFICAÇÃO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE II - FORMULÁRIO PCD

PESSOA DEPENDENTE

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, artífices e trabalhadores similares
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
 Trabalhadores não qualificados
 Doméstico
 Desempregado
 Pensionista / Reformado
 Estudante
 Outra

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"/>

17099

Com que frequência dá banho ao seu familiar? vezes / semanaCom que frequência lava as mãos e a cara ao seu familiar? vezes / diaCom 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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S N

Utilizado

- S N

Desejado

- S N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência Outro

Barras de apoio para banho

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

Cadeira de banho (fixa/ giratória)

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

Cadeira higiénica

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

Elevador de banheira

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

Lava cabeças para acamados

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

Antiderrapante

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

17099

	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**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
Calça meias/tira meias**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
Calçadeira de cabo longo**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
Cordões elásticos**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
Extensões para fechos de correr**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

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"/>



17099

5 / 18

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 / mês

Com que frequência penteia o cabelo ao seu familiar? vezes / dia

Com que frequência corta/apara a barba ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência aplica maquilhagem ao seu familiar? vezes / mês

Com que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar? vezes / semana

Com 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



17099

6 / 18

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

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

Adaptador de talheres

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

Babete

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

Copo adaptado

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

Garfo flexível

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

17099

7 / 18

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"/>



17099

8 / 18

AUTO-CUIDADO: 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 Nunca

Posiciona o seu familiar no sanitário? Sempre Às vezes Nunca

Incentiva o seu familiar a utilizar o sanitário? Sempre Às vezes Nunca

Alteador de sanita

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

Arrastadeira

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

Barra de apoio de sanitário

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

Cadeira sanitária

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

Cueca impermeável

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

Colector urinário

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



17099

Fralda

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

Penso absorvente para incontinência

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

Penso higiénico

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

Resguardo

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

Saco de colostomia/ileostomia/urina

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

Urino!

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

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/urino! 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"/>



17099

10 / 18

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**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

Apoio de cabeça anatómico**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

Apoio de pés**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 paralelas e apoios da posição de pé**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: 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



17099

11 / 18

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



17099

12 / 18

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

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

Cabeceira e pés da cama amovíveis

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

Cama articulada

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 transferência

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

17099

Transfer leito-cadeira**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**Disco de rotação****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

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
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência movimenta o seu familiar na cadeira de rodas? vezes / diaCom 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****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**Rodas anti-queda****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**Plataforma vertical para cadeiras de rodas****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



17099

14 / 18

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**

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**Bengala**

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**Canadiana(s)**

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**Prótese**

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

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"/>



17099

15 / 18

AUTO-CUIDADO: Tomar medicação

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Providencia medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prepara a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma a medicação	<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

17099

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Supervisar as tomadas 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					
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 fealomas? 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



17099

17 / 18

RECURSOS COMPLEMENTARES

Dispositivo de chamada

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

Material de instrução e aprendizagem

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

Prótese auditiva

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

Telefone / telemóvel

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

Pinça para alcançar objectos

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

Suporte para cartas

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

Enfia agulhas

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 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



17099

18 / 18

OUTROS RECURSOS

	Sim	Não		Sim	Não					
Assistente Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Recursos não profissionais				
Enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nutricionista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Familiar	<input type="radio"/>	Vizinho	<input type="radio"/>
Fisioterapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Amigo	<input type="radio"/>	Empregada	<input type="radio"/>
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	Outro	<input type="radio"/>		

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"/>	Confeção 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		Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desidratação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da limpeza das vias aéreas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Olhos encovados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acumulação de secreções traqueobrônquicas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucosas secas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aumento frequência respiratória
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desnutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deglutição comprometida
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magreza excessiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição de higiene e aseoio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obesidade mórbida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: odores corporais
		IMC <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: unhas sujas
		Que peso perdeu nos últimos três meses? <input type="text"/> <input type="text"/> Kg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má higiene oral
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da amplitude articular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções oculares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Dto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções auditivas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Edo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções nasais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Dto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sujidade corporal visível
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Edo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição vestuário
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Dto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa suja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Edo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa desabotoada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Dto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à temperatura ambiente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Edo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição antropométrica
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Dto (pé equino)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição de dependência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Edo (pé equino)			N.º de quedas no último mês <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele comprometida			Estado mental
		Número de úlceras de pressão <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que mês está?
		Localização úlceras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que terra vive?
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Repete três palavras (Pêra, Gato e Bola)?
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Faz cálculos simples
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Identifica objectos comuns (relógio)
<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			



29522

1 / 2

CODIFICAÇÃO:

--	--	--	--	--	--	--	--

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE III - FORMULÁRIO PPD

PARENTE INSTITUCIONALIZADO

Sexo

M F

Idade

--	--

Estado civil

Casado/ União de facto
 Solteiro
 Viúvo
 Divorciado

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, artífices e trabalhadores similares
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
 Trabalhadores não qualificados
 Doméstico
 Desempregado
 Pensionista / Reformado
 Estudante
 Outra

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

Há quanto tempo está institucionalizado?

--	--

 Anos

--	--

 Meses

Concelho em que está localizada a instituição

Lx / P Outro (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Em que tipo de instituição

Lar Unidade de Cuidados Continuados Família de acolhimento Outro

Quem suporta as despesas da institucionalização?

Estado Comparticipado (Estado privado) Privado Outro

Antes de ser institucionalizado, o seu familiar coabitava consigo Sim Não

Se não, com quem morava

Sozinho Com familiares Outra

Em que concelho morava

Lx / P Outro (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Actualmente, o seu familiar institucionalizado encontra-se dependente S N

Considera que a institucionalização do seu familiar esteve relacionada com alguma situação de dependência? S N

Se sim, concretizou-se quando a dependência... Surgiu Aumentou

Motivos que determinaram a institucionalização

<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Fraco nível de apoio de redes formais (equipe de saúde; ss; vd)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Fraco nível de apoio de redes informais (familiares, vizinhos)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Condições económicas limitadas (não suporta os custos)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Outro</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Condições de habitação inadequadas (não adaptada ao estado de saúde)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Alterações da vida social (não fazer actividades que sempre efectuou)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Pouco tempo disponível (emprego, resolução de outros problemas)</p>
--	--

Situação que originou a dependência

Sim Não

Envelhecimento
 Acidente
 Doença aguda
 Doença crónica
 Outra

Instalação da dependência

Súbita
 Gradual

Tempo de dependência

--	--

 Anos

--	--

 Meses

Actividades em que era mais notória a dependência

<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Alimentar-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Vestir-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Arranjar-se</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Cuidar da higiene pessoal</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Tomar banho</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Virar-se</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Usar o sanitário</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Auto-elevar-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Andar</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Transferir-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Usar a cadeira de rodas</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Auto administração da medicação</p>
--	--	---	---

29522

2 / 2

Depois da decisão de institucionalizar o seu familiar, quanto tempo decorreu até à sua concretização?

Anos Meses

Quem teve mais influência na decisão de institucionalizar o seu familiar?

- Família (no conjunto)
 Um membro da família
 O familiar institucionalizado
 Indicação de serviços de saúde/sociais
 Outra (especificar)

Razões da escolha da instituição

- Sim Não
 Económicas
 Proximidade do domicílio
 Qualidade dos serviços prestados
 Outra

O dependente foi contrariado S N

A que estratégias recorreu para facilitar a integração do seu familiar na instituição em que ele se encontra?

- | | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|---|
| Sim | Não | Sim | Não |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | Visitar com o familiar a instituição antes da institucionalização | <input type="radio"/> | Personalizar o espaço individual do seu familiar (na instituição) |
| <input type="radio"/> | Integração faseada (primeiro as refeições; posteriormente já passava lá o dia todo e finalmente já morava lá por completo) | <input type="radio"/> | Visitar o familiar institucionalizado frequentemente |
| <input type="radio"/> | Outro | <input type="radio"/> | Promover períodos no domicílio sempre que o familiar o solicitava |

Globalmente, qual o seu grau de satisfação com:

	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Medianamente satisfeito	Muito satisfeito
A qualidade do serviço da instituição onde o seu familiar se encontra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A condição de saúde e bem-estar do familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As condições hoteleiras da instituição (instalações, equipamentos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualificação dos recursos humanos da instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A organização e funcionamento da instituição (atendimento, acessibilidade, visitas, informações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu nível de participação nas decisões relativas aos cuidados prestados ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A informação que lhe vai sendo disponibilizada pela instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência vai à instituição onde se encontra o seu familiar?

- Pelo menos uma vez por semana Pelo menos uma vez por mês Pelo menos uma vez por ano Nunca

Deseja poder ter o seu familiar a viver consigo S N

Que tipos de apoio ou alterações considera fundamentais para que tal possa ser possível?

- | | | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|---|
| Sim | Não | Sim | Não |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | Apoio financeiro | <input type="radio"/> | Apoio dos familiares, amigos e vizinhos |
| <input type="radio"/> | Apoio das equipas de saúde | <input type="radio"/> | Horário flexível no emprego |
| <input type="radio"/> | Apoio dos serviços sociais | <input type="radio"/> | Alterações na estrutura da casa |
| <input type="radio"/> | Outro | | |

Se ficasse dependente, e tivesse possibilidade de escolher, optaria por:

- Ser institucionalizado
 Ficar com a minha família, mesmo que tenha de mudar de residência
 Ficar na minha casa, desde que tenha condições
 Ficar em minha casa em quaisquer condições

Globalmente, qualifique a relação que tem com o seu familiar institucionalizado em termos de proximidade e intensidade:

- Má Fraca Razoável Boa Muito boa

ANEXO VI – CORRELAÇÃO INTER-ITENS DAS ESCALAS DE AUTOCUIDADO

Autocuidado: Andar							
	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)
Suporta o próprio corpo na posição de pé	1,000	0,873	0,744	0,800	0,853	0,727	0,586
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	0,873	1,000	0,785	0,864	0,905	0,776	0,653
Sobe e desce degraus	0,744	0,785	1,000	0,895	0,770	0,773	0,702
Deambula em aclives e declives	0,800	0,864	0,895	1,000	0,841	0,789	0,716
Percorre distâncias curtas (<100m)	0,853	0,905	0,770	0,841	1,000	0,813	0,660
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	0,727	0,776	0,773	0,789	0,813	1,000	0,815
Percorre longas distâncias (>500m)	0,586	0,653	0,702	0,716	0,660	0,815	1,000

Autocuidado "Transferir-se"		
	Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	1,000 0,997	0,997 1,000

Autocuidado: Tomar a medicação			
	Providencia medicamentos	Prepara a medicação	Toma a medicação
Providencia medicamentos	1,000	0,926	0,644
Prepara a medicação	0,926	1,000	0,704
Toma a medicação	0,644	0,704	1,000

Autocuidado: Vestir-se e Despir-se															
	Escolhe as roupas	Usa cordões para amarrar	Usa fechos	Calça as meias	Descalça as meias	Calça os sapatos	Descalça os sapatos	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
Escolhe as roupas	1,000	0,851	0,847	0,768	0,778	0,812	0,809	0,931	0,846	0,848	0,823	0,849	0,842	0,838	0,843
Usa cordões para amarrar	0,851	1,000	0,905	0,821	0,819	0,844	0,839	0,863	0,853	0,898	0,878	0,899	0,890	0,909	0,904
Usa fechos	0,847	0,905	1,000	0,796	0,792	0,804	0,816	0,850	0,913	0,899	0,876	0,901	0,875	0,927	0,932
Calça as meias	0,768	0,821	0,796	1,000	0,986	0,929	0,908	0,838	0,765	0,817	0,860	0,818	0,842	0,812	0,801
Descalça as meias	0,778	0,819	0,792	0,986	1,000	0,924	0,912	0,845	0,765	0,827	0,863	0,828	0,844	0,804	0,793
Calça os sapatos	0,812	0,844	0,804	0,929	0,924	1,000	0,979	0,851	0,802	0,836	0,851	0,837	0,860	0,834	0,825
Descalça os sapatos	0,809	0,839	0,816	0,908	0,912	0,979	1,000	0,845	0,803	0,840	0,845	0,841	0,858	0,837	0,830
Retira as roupas da gaveta e do armário	0,931	0,863	0,850	0,838	0,845	0,851	0,845	1,000	0,831	0,875	0,866	0,877	0,865	0,829	0,835
Segura as roupas	0,846	0,853	0,913	0,765	0,765	0,802	0,803	0,831	1,000	0,901	0,866	0,903	0,865	0,869	0,873
Veste as roupas na parte superior do corpo	0,848	0,898	0,899	0,817	0,827	0,836	0,840	0,875	0,901	1,000	0,952	0,999	0,951	0,897	0,893
Veste as roupas na parte inferior do corpo	0,823	0,878	0,876	0,860	0,863	0,851	0,845	0,866	0,866	0,952	1,000	0,951	0,981	0,872	0,860
Despe as roupas na parte superior do corpo	0,849	0,899	0,901	0,818	0,828	0,837	0,841	0,877	0,903	0,999	0,951	1,000	0,950	0,898	0,895
Despe as roupas na parte inferior do corpo	0,842	0,890	0,875	0,842	0,844	0,860	0,858	0,865	0,865	0,951	0,981	0,950	1,000	0,891	0,880
Abotoa as roupas	0,838	0,909	0,927	0,812	0,804	0,834	0,837	0,829	0,869	0,897	0,872	0,898	0,891	1,000	0,986
Desabotoa as roupas	0,843	0,904	0,932	0,801	0,793	0,825	0,830	0,835	0,873	0,893	0,860	0,895	0,880	0,986	1,000

Autocuidado "Usar cadeira de rodas"			
	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
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 a cadeira de rodas em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	1,000 0,781 0,609	0,781 1,000 0,746	0,609 0,746 1,000

Autocuidado: Tomar Banho								
	Obtém objectos 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
Obtém objectos para o banho	1,000	0,925	0,893	0,899	0,887	0,907	0,885	0,881
Consegue água	0,925	1,000	0,961	0,943	0,932	0,876	0,856	0,855
Abre a torneira	0,893	0,961	1,000	0,958	0,952	0,848	0,829	0,828
Regula a temperatura da água	0,899	0,943	0,958	1,000	0,986	0,869	0,848	0,847
Regula o fluxo da água	0,887	0,932	0,952	0,986	1,000	0,864	0,843	0,842
Lava-se no chuveiro	0,907	0,876	0,848	0,869	0,864	1,000	0,971	0,946
Lava o corpo	0,885	0,856	0,829	0,848	0,843	0,971	1,000	0,958
Seca o corpo	0,881	0,855	0,828	0,847	0,842	0,946	0,958	1,000

Autocuidado: Alimentar-se											
	Prepara os alimentos para ingestão	Coloca os alimentos na boca	Conclui uma refeição	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
Prepara os alimentos para ingestão	1,000	0,439	0,452	0,560	0,487	0,463	0,441	0,429	0,434	0,452	0,434
Coloca os alimentos na boca	0,439	1,000	0,959	0,673	0,886	0,907	0,966	0,976	0,963	0,978	0,964
Conclui uma refeição	0,452	0,959	1,000	0,688	0,885	0,922	0,947	0,935	0,934	0,959	0,938
Abre recipientes	0,560	0,673	0,688	1,000	0,749	0,732	0,677	0,658	0,656	0,683	0,659
Utiliza utensílios	0,487	0,886	0,885	0,749	1,000	0,926	0,873	0,871	0,870	0,893	0,864
Coloca o alimento nos utensílios	0,463	0,907	0,922	0,732	0,926	1,000	0,896	0,888	0,887	0,914	0,886
Pega no copo ou chávena	0,441	0,966	0,947	0,677	0,873	0,896	1,000	0,984	0,971	0,958	0,970
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	0,429	0,976	0,935	0,658	0,871	0,888	0,984	1,000	0,987	0,959	0,977
Leva os alimentos à boca com recipiente	0,434	0,963	0,934	0,656	0,870	0,887	0,971	0,987	1,000	0,972	0,987
Leva os alimentos à boca com os utensílios	0,452	0,978	0,959	0,683	0,893	0,914	0,958	0,959	0,972	1,000	0,968
Bebe por copo ou chávena	0,434	0,964	0,938	0,659	0,864	0,886	0,970	0,977	0,987	0,968	1,000
Autocuidado: Usar o sanitário											
	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					
Ocupa e desocupa o sanitário	1,000	0,923	0,951	0,850	0,954	0,921					
Tira as roupas	0,923	1,000	0,920	0,866	0,909	0,961					
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	0,951	0,920	1,000	0,836	0,941	0,903					
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	0,850	0,866	0,836	1,000	0,837	0,891					
Ergue-se da sanita	0,954	0,909	0,941	0,837	1,000	0,917					
Ajusta as roupas após a higiene íntima	0,921	0,961	0,903	0,891	0,917	1,000					

