



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DOS MEMBROS DA  
FAMÍLIA PRESTADORES DE CUIDADOS QUE TOMAM CONTA DE  
FAMILIARES DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO:  
ESTUDO EXPLORATÓRIO NO CONCELHO DO PORTO**

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

Carmen Dolores Ribeiro Queirós

Porto, outubro de 2012



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DOS MEMBROS DA  
FAMÍLIA PRESTADORES DE CUIDADOS QUE TOMAM CONTA DE  
FAMILIARES DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO:  
ESTUDO EXPLORATÓRIO NO CONCELHO DO PORTO**

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

Carmen Dolores Ribeiro Queirós

Orientação: Professor Doutor Filipe Pereira, Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto

Co. – Orientação: Mestre Paulo Parente, Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto

Porto, outubro de 2012

À minha família e a todas aquelas que cuidam.

Ao Carlos.

*Depois de termos conseguido subir a uma grande montanha, só descobrimos que existem ainda maiores montanhas para subir.*

Nelson Mandela (1918)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para a concretização deste projeto,

Ao Prof. Doutor Abel Paiva e Silva pela visão, pela inspiração, pela sabedoria e preocupação e oportunidade concedida;

Ao Prof. Doutor Filipe Pereira pela sabedoria, pelo incentivo, pela disponibilidade, paciência, questionamentos em todo este meu percurso;

Ao Mestre Paulo Parente pela preciosa oportunidade, contribuição e disponibilidade;

Ao grupo de investigação por tudo aquilo que me fez crescer, em especial à Rosa, ao Daniel, à Sofia e à Helena – nós sabemos o quanto custou;

À Escola Superior de Enfermagem do Porto pelos espaços e recursos fornecidos e a todos os seus docentes que me inspiraram a saber sempre mais, fazer melhor e a ser melhor pela Enfermagem;

Aos meus amigos pelo incentivo e ânimo, em especial à Guida, à Sofia, à Célia e ao Tomé;

À minha mãe, ao meu pai e à Joana por sempre acreditarem;

Ao Carlos por tudo;

Às famílias que permitiram a realização deste trabalho e sem as quais nada disto faria sentido.

Muito obrigada!

## RESUMO

Esta investigação teve como objeto de estudo a perceção de autoeficácia (PAE) dos membros da família prestadores de cuidados (MFPC). O aumento do número de pessoas dependentes no autocuidado, decorrente de inúmeras causas, conduz a um acréscimo do número de membros da família que assumem o papel de prestador de cuidados. A perceção de autoeficácia é a convicção de que se é capaz de executar com êxito os comportamentos requeridos para produzir as consequências desejadas. Os objetivos definidos para este estudo foram: conhecer o nível de perceção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados, no seio das famílias clássicas do concelho do Porto e explorar as relações entre a perceção de autoeficácia e as variáveis de atributo dos membros da família que prestam cuidados e das pessoas dependentes.

O estudo realizado enquadra-se num paradigma de investigação quantitativa, do tipo exploratório e descritivo. A amostra utilizada foi probabilística e estratificada em função do peso relativo de cada freguesia do concelho, no universo total de famílias clássicas do concelho do Porto. Para a recolha de dados optou-se por uma abordagem “porta a porta”, com recurso a um formulário. A perceção de autoeficácia foi avaliada através de um instrumento específico, construído através da discussão no seio do grupo de investigação e da revisão da literatura. Na sua construção foi tomada como principal referência o trabalho de Schumacher e colaboradoras (2000) – *Family Caregiving Skill: Development of the Concept*.

Os resultados apurados mostram-nos que a grande maioria dos familiares cuidadores percecionam-se como “muito competente”, para cuidar do seu familiar dependente. Porém, considerando os *scores* médios de PAE, existem domínios em que membros da família prestadores de cuidados se percecionam menos competentes. Neste particular merecem destaque domínios como lidar com a dependência do familiar para: “virar-se”, “transferir-se”, “uso do sanitário” e “tomar a medicação”. Considerando os processos de cuidar, descritos por Schumacher e colaboradoras (2000), os MFPC julgam-se menos competentes no “aceder a recursos”. Apesar dos membros da família prestadores de cuidados se percecionarem como muito competentes no desempenho do papel, identificamos muitos indicadores nas (sub)escalas com baixa casuísta. Importa que enfermeiros assistam os MFPC na consciencialização para o papel e colaborem na construção da definição pessoal de cuidar do membro da família.

**Palavras - chave:** perceção de autoeficácia, membro da família prestador de cuidados

## ABSTRACT

This investigation meant to study the self-efficacy perception of family caregivers. The increase of the number of persons depending on the self-care, deriving from countless causes, leads to a growth of the number of members of the family that take over the role of caregiver. The self-efficacy perception is the conviction of being able to successfully perform the requested behaviour to produce the desired consequences. The aims defined for this study were: to get to know the level of self-efficacy perception of the family caregivers, within the classic families of the council of Oporto as well as to explore the connection between the self-efficacy perception and the variables of attribute of family caregivers and of the dependent people.

The performed study fits in a paradigm of quantitative investigation, of the exploratory and descriptive type. The sample used was probabilistic and stratified bearing in mind the relative weight of each of the communities of the council, in the total universe of classic families of Oporto. For data collection we chose an approach "door to door", using a form. The self-efficacy perception was assessed by means of a specific tool, built through the debate within the group of investigation and the proofreading of the literature. The work of Schumacher and collaborators (2000) - *Family Caregiving Skill: Development of the Concept* was the main reference source of its building.

The outcoming results show us that the great majority of the family caregivers perceive themselves as "very competent", to take care of his/her dependent relative. Nevertheless, considering the average scores of self-efficacy perception, there are areas where the family caregivers perceive themselves less competent. In this case there are a few particular areas as to deal with the dependency of the relative to enhance, such as: "self turning", "self transferring", "self toileting" and "taking medication". Considering the family caregiving processes, described by Schumacher and collaborators (2000), the family caregivers feel less competent as far as "accessing resources" is concerned. Despite the members of the family caregivers perceiving themselves very competent while performing the role, we have identified many indicators in the (sub)scales with low casuistry. It is very important that nurses help the family caregivers awareness to the role and cooperate in the building of the personal definition of taking care of the family member.

**Key-Words:** self-efficacy, family caregiver

## ABREVIATURAS E SIGLAS

$\alpha$  – alfa

BGRI – Base Geográfica de Referência de Informação

Cf. – confronto

cit. – citado

ed. – edição

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN – *International Council of Nursing*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MFPC – Membro da família prestador de cuidados

Máx. – máximo

Min. – mínimo

n – elementos constituintes de parte da amostra

N – total de elementos da amostra

n.º – número

NOC – *Nursing sensitive Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – página

% – percentagem

PAE – percepção de autoeficácia

p. ex. – por exemplo

$r$  – correlação  $r$  de Pearson

$r_s$  – correlação de Spearman

SPSS<sup>®</sup> – *Statistical Package for the Social Sciences*

SU – serviço de urgência

temp. – temperatura

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UP – úlceras de pressão

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: COMPARAÇÃO DA PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DOS MFPC, FACE A CADA TIPO DE AUTOCUIDADO.....	93
FIGURA 2: COMPARAÇÃO DA PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DOS MFPC, FACE A CADA PROCESSO DE CUIDAR .....	96
FIGURA 3: PRINCIPAIS FATORES (RELATIVAS À PESSOA COM DEPENDÊNCIA) EM ESTUDO E A PAE GERAL DOS MFPC.....	119

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. EXEMPLIFICAÇÃO DO PROCESSO DE COMPUTAÇÃO DA PAE DE UM MFPC, FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR PARA TOMAR BANHO .....	58
TABELA 2. MEDIDAS DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS SCORES GLOBAIS DE PAE DOS MFPC, EM CADA UM DOS DOMÍNIOS DO AUTOCUIDADO .....	60
TABELA 3. CARACTERIZAÇÃO DOS DEPENDENTES QUANTO AO SEXO .....	63
TABELA 4. CARACTERIZAÇÃO DOS DEPENDENTES QUANTO À IDADE .....	63
TABELA 5. CARACTERIZAÇÃO DOS DEPENDENTES POR ESTADO CIVIL .....	64
TABELA 6. CARACTERIZAÇÃO DOS FAMILIARES DEPENDENTES, QUANTO AO NÍVEL DE ESCOLARIDADE .....	64
TABELA 7. CARACTERIZAÇÃO DOS FAMILIARES DEPENDENTES QUANTO À PROFISSÃO .....	65
TABELA 8. CARACTERIZAÇÃO DOS DEPENDENTES QUANTO À FORMA DE INSTALAÇÃO DA DEPENDÊNCIA .....	65
TABELA 9. CARACTERIZAÇÃO DOS DEPENDENTES QUANTO AO TEMPO DE DEPENDÊNCIA (EM ANOS) .....	65
TABELA 10. CARACTERIZAÇÃO DOS DEPENDENTES QUANTO AOS MOTIVOS DE DEPENDÊNCIA.....	66
TABELA 11. CARACTERIZAÇÃO DOS DEPENDENTES QUANTO AO RECURSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	66
TABELA 12. CARACTERIZAÇÃO DOS DEPENDENTES QUANTO AO CONSUMO DE MEDICAMENTOS.....	66
TABELA 13. CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR FACE AO ALIMENTAR-SE (TABELA EXPLICATIVA DO PROCESSO DE COMPUTAÇÃO DOS NÍVEIS GLOBAIS DE DEPENDÊNCIA EM CADA DOMÍNIO DO AUTOCUIDADO).....	68
TABELA 14. CARACTERIZAÇÃO DOS FAMILIARES DEPENDENTES QUANTO AO NÍVEL GLOBAL DE DEPENDÊNCIA NOS DIFERENTES DOMÍNIOS DO AUTOCUIDADO.....	70
TABELA 15. CARACTERIZAÇÃO DOS MFPC QUANTO AO SEXO .....	71
TABELA 16. CARACTERIZAÇÃO DOS MFPC QUANTO À RELAÇÃO DE PARENTESCO.....	71
TABELA 17. CARACTERIZAÇÃO DOS MFPC QUANTO À IDADE .....	71
TABELA 18. CARACTERIZAÇÃO DOS MFPC QUANTO AO ESTADO CIVIL .....	72
TABELA 19. CARACTERIZAÇÃO DOS MFPC QUANTO AO NÍVEL DE ESCOLARIDADE .....	72
TABELA 20. CARACTERIZAÇÃO DOS MFPC QUANTO À PROFISSÃO .....	73
TABELA 21. CARACTERIZAÇÃO DOS MFPC QUANTO À COABITAÇÃO COM O FAMILIAR DEPENDENTE ....	73
TABELA 22. PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DOS MFPC FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR PARA “TOMAR BANHO” .....	76
TABELA 23. PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DOS MFPC FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR PARA “VESTIR-SE E DESPIR-SE” .....	78
TABELA 24. PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DOS MFPC FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR PARA “ALIMENTAR-SE” .....	80

TABELA 25.	PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR PARA “USO DO SANITÁRIO” .....	82
TABELA 26.	PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DOS MFPC FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR PARA “VIRAR-SE” .....	84
TABELA 27.	PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DOS MFPC FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR PARA “TRANSFERIR-SE” .....	85
TABELA 28.	PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DOS MFPC FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR PARA “ANDAR” .....	87
TABELA 29.	PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DOS MFPC FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR PARA “TOMAR MEDICAÇÃO” .....	89
TABELA 30.	CARACTERIZAÇÃO DOS MFPC RELATIVAMENTE À PAE GLOBAL FACE AOS DIFERENTES DOMÍNIOS DE DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR .....	90
TABELA 31.	VALORES MÉDIOS DOS NÍVEIS GLOBAIS DE PAE DOS MFPC FACE A CADA EM CADA UM DOS DOMÍNIOS DO AUTOCUIDADO, TENDO POR REFERÊNCIA O VALOR MÉDIO GERAL DA PAE.....	92
TABELA 32.	CARACTERIZAÇÃO DOS MFPC RELATIVAMENTE À PAE GLOBAL NOS DIFERENTES PROCESSOS DE CUIDAR .....	94
TABELA 33.	VALORES MÉDIOS DOS NÍVEIS GLOBAIS DE PAE DOS MFPC FACE A CADA EM CADA UM DOS PROCESSOS DE CUIDAR, TENDO POR REFERÊNCIA O VALOR MÉDIO GERAL DA PAE .....	95
TABELA 34.	DISTRIBUIÇÃO DOS MFPC RELATIVAMENTE À PAE GERAL .....	98
TABELA 35.	DIFERENÇAS NA IDADE DOS MFPC, EM FUNÇÃO DA PAE GLOBAL DOS MFPC (TESTE <i>ONE-WAY ANOVA</i> ).....	102
TABELA 36.	DIFERENÇAS DA PAE GLOBAL DOS MFPC, EM FUNÇÃO DO SEXO DO MFPC (TESTE <i>U DE MANN-WHITNEY</i> ) .....	103
TABELA 37.	DIFERENÇAS NO TEMPO DE DEPENDÊNCIA (ANOS) DO FAMILIAR DEPENDENTE, EM FUNÇÃO DA PAE GLOBAL DOS MFPC (TESTE <i>ONE - WAY ANOVA</i> ) .....	105
TABELA 38.	DIFERENÇAS NA IDADE DO FAMILIAR DEPENDENTE, EM FUNÇÃO DA PAE GLOBAL DOS MFPC (TESTE <i>ONE -WAY ANOVA</i> ) .....	106
TABELA 39.	DIFERENÇAS DA PAE GLOBAL DOS MFPC, EM FUNÇÃO DO ESTADO CIVIL DO FAMILIAR DEPENDENTE (TESTE <i>KRUSKAL-WALLIS</i> ) .....	106
TABELA 40.	DIFERENÇAS DA PAE GLOBAL DOS MFPC, EM FUNÇÃO DO SEXO DO FAMILIAR DEPENDENTE( TESTE <i>U DE MANN-WHITNEY</i> ).....	107
TABELA 41.	DIFERENÇAS NO NÚMERO DE INTERNAMENTOS DO FAMILIAR DEPENDENTE NO ÚLTIMO ANO, EM FUNÇÃO DA PAE GLOBAL DOS MFPC (TESTE <i>ONE WAY ANOVA</i> ) .....	108
TABELA 42.	DIFERENÇAS DA PAE GLOBAL DOS MFPC, EM FUNÇÃO DA FORMA DE INSTALAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR DEPENDENTE (TESTE <i>U DE MANN-WHITNEY</i> ).....	109
TABELA 43.	DIFERENÇAS DA PAE GOBAL DOS MFPC, EM FUNÇÃO DO MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: ENVELHECIMENTO (TESTE <i>U DE MANN- WHITNEY</i> ) .....	111

TABELA 44. DIFERENÇAS DA PAE GLOBAL DOS MFPC, EM FUNÇÃO DO MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: ACIDENTE (TESTE <i>U DE MANN-WHITNEY</i> ) .....	111
TABELA 45. DIFERENÇAS DA PAE GLOBAL DOS MFPC, EM FUNÇÃO DO MOTIVO DA DEPENDÊNCIA: DOENÇA CRÓNICA (TESTE <i>U DE MANN WHITNEY</i> ) .....	112
TABELA 46. CORRELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE PAE DOS MFPC E O NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR, (CORRELAÇÃO <i>DE SPEARMAN</i> ) .....	113

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I – VISÃO GERAL DO ESTUDO.....	21
QUADRO II – EXEMPLO DE ESTRUTURA MATRICIAL PARA DEFINIR OS CONTEÚDOS ESPECÍFICOS NECESSÁRIOS À AVALIAÇÃO DA PAE DOS MFPC FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO TOMAR BANHO.....	50
QUADRO III – INTENSIDADE DAS CORRELAÇÕES (ADAPTADO DE PESTANA E GAGEIRO, 2008) .....	61

# ÍNDICE GERAL

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO .....	18
1.2 VISÃO GERAL DO ESTUDO .....	20
<b>2 PROBLEMÁTICA EM ESTUDO .....</b>	<b>22</b>
2.1 A TRANSIÇÃO PARA O PAPEL DE MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS .....	22
2.2 DA PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA À MESTRIA NO EXERCÍCIO DO PAPEL DE MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS.....	25
2.2.1 <i>A(s) competência(s) no exercício do papel de membro da família prestador de cuidados: exploração do conceito.....</i>	<i>27</i>
2.2.1.1 Da “perceção de autoeficácia” enquanto condicionalismo e padrão de resposta no exercício do papel de membro da família prestador de cuidados .....	31
2.2.1.2 Como medir a perceção da autoeficácia? .....	35
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>38</b>
3.1 FINALIDADE .....	38
3.1.1 <i>Pergunta de partida.....</i>	<i>39</i>
3.1.2 <i>Objetivos.....</i>	<i>39</i>
3.2 TIPO DE ESTUDO.....	40
3.2.1 <i>Variáveis em estudo e sua operacionalização.....</i>	<i>40</i>
3.2.1.1 Operacionalização das variáveis em estudo .....	41
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	41
3.3.1 <i>Critérios de inclusão e de exclusão: .....</i>	<i>42</i>
3.3.2 <i>Plano de amostragem.....</i>	<i>43</i>
3.4 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS .....	44
3.4.1 <i>Instrumento de recolha de dados .....</i>	<i>47</i>
3.4.1.1 Formulário.....	47
3.4.2 <i>Considerações éticas.....</i>	<i>52</i>
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
4.1 VALIDADE E FIDELIDADE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS .....	55
4.1.1 <i>Validade do instrumento.....</i>	<i>56</i>
4.1.2 <i>Fidelidade do instrumento.....</i>	<i>59</i>
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	63
4.2.1 <i>Caracterização das pessoas dependentes no autocuidado.....</i>	<i>63</i>

4.2.2	<i>Caracterização dos membros da família prestadores de cuidados</i> .....	70
4.3	A PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DOS MEMBROS DA FAMÍLIA PRESTADORES DE CUIDADOS QUE TOMAM CONTA DE DEPENDENTES .....	74
4.3.1	<i>Percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar nos vários domínios do autocuidado</i> .....	75
4.3.1.1	Percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “tomar banho” .....	76
4.3.1.2	Percepção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar no “vestir-se e despir-se” .....	78
4.3.1.3	Percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “alimentar-se” .....	80
4.3.1.4	Percepção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “uso do sanitário” .....	81
4.3.1.5	Percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “virar-se” .....	83
4.3.1.6	Percepção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “transferir-se” .....	85
4.3.1.7	Percepção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “andar” .....	87
4.3.1.8	Percepção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “tomar a medicação” .....	88
4.3.2	<i>Nível global de percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados</i> .....	97
4.3.3	<i>Apontamentos acerca da definição de cuidar do membro da família prestador de cuidados e a percepção de autoeficácia</i> .....	98
4.4	FATORES ASSOCIADOS À PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DOS MEMBROS DA FAMÍLIA PRESTADORES DE CUIDADOS .....	101
4.4.1	<i>Fatores relativos ao membro da família prestador de cuidados</i> .....	101
4.4.2	<i>Fatores relativos ao familiar dependente</i> .....	104
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>115</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>120</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>128</b>

## 1. Introdução

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Avançada, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), ministrado no Porto, foi desenvolvida a presente dissertação, na área temática do exercício do papel de “membro da família prestador de cuidados” (MFPC). O percurso realizado visou, também, a aquisição e o desenvolvimento das nossas competências no domínio da investigação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), a proporção de pessoas acima de 60 anos está a crescer rapidamente em todo o mundo e, quer nos países desenvolvidos quer nos em vias de desenvolvimento, as doenças crónicas são as principais causas de dependência nas pessoas mais idosas. O cenário previsto pela OMS relativamente ao envelhecimento no Mundo é visível em Portugal. Segundo as projeções do INE (2009), em 2060, existirão três idosos por cada jovem a residir em Portugal. Segundo dados mais recentes do INE (2010), o cenário confirma-se com um continuado envelhecimento demográfico. Com efeito,

*a evolução da população residente em Portugal tem vindo a denotar um continuado envelhecimento demográfico, como resultado das tendências de aumento da longevidade e de declínio da fecundidade. A relação entre o número de idosos e de jovens traduziu-se num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (115 em 2008) (INE, 2010:2).*

Indiscutivelmente, há um aumento de pessoas dependentes na sociedade, em parte relacionado com a maior eficácia da emergência pré-hospitalar, com a maior incidência de doenças crónicas e com o aumento da esperança média de vida. Consequentemente surgem,

*novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).*

Devido ao fenómeno crescente do envelhecimento, bem como às estadias curtas no hospital e aos tratamentos em ambulatório (Nolan e Grant, 1989; Kapp, 2004; Hendrix e Ray, 2006), a manutenção de pessoas dependentes na comunidade dever-se-á aos

“cuidados informais”. O conceito de “cuidados informais” engloba os cuidados que são assegurados por membros da família das pessoas dependentes. Assim sendo, há um aumento concomitante do exercício do papel do MFPC. O relatório de pré-diagnóstico da rede social do Porto (2008) afirma que o aumento do fenómeno do envelhecimento, com o conseqüente aumento das “debilidades/incapacidades física e psíquicas”, implica uma retaguarda familiar e/ou comunitária capaz de cuidar dos idosos. Neste relatório é focado o facto desta retaguarda ainda não existir. A retaguarda que vem sendo discutida, sem qualquer margem de dúvida, tem muito que ver com a disponibilidade de cuidados de enfermagem, suficientemente sistematizados para o desenvolvimento das competências daqueles membros da família que prestam cuidados aos familiares dependentes. Neste quadro, filiamo-nos na perspectiva de Silva (2007) que considera o fenómeno da dependência no autocuidado e o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados como conceitos centrais do domínio da disciplina e aspetos em que urge promover o avanço do conhecimento disponível. Portanto, considerando o contexto e citando a definição de Enfermagem avançada de Silva (2007:18),

*...maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseada em teorias de enfermagem que têm por ‘Core’ o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas, e mais competências na tomada de decisão. A nossa opinião vai no sentido de ‘avançar’ a enfermagem como prática profissional, com conhecimento substantivo da enfermagem.*

É assim que, na nossa opinião, se torna mais clara a opção por esta temática para a dissertação do Mestrado em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Avançada.

A assunção e o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados de pessoas (familiares) dependentes inscrevem-se no âmbito das transições (Cf. Meleis et al, 2000) com relevância para a profissão e, por inerência, para a disciplina de enfermagem. Este trabalho teve como foco a assunção ou a transição para o papel de prestador de cuidados. Esta transição (sobretudo a sua compreensão) não pode ser isolada da transição saúde doença ou da transição de desenvolvimento (envelhecimento) vivenciada pelo membro da família (Schumacher, 1994 cit. por Meleis et al, 2000). De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (*International Council of Nursing – ICN*) (2011:115) o membro da família prestador de cuidados *é responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família.*

Estudar a problemática do exercício do papel de membro da família que presta cuidados a um dependente pode ser, ainda assim, demasiado abrangente. Assim sendo, a questão central que iluminou esta dissertação foi:

“Qual o nível de eficácia percebido pelos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de um familiar dependente no autocuidado, no contexto do domicílio?”.

Importa considerar, desde já, que a percepção de autoeficácia (PAE) no exercício do papel ou a crença, por parte do familiar cuidador, na capacidade de desempenho podem ser excelentes indicadores do processo de desenvolvimento da competência para tomar conta (Cf. ICN, 2011). A autoeficácia dos MFPC é o reflexo da confiança que estes têm na resolução de problemas relacionados com o tomar conta do familiar dependente, estando fortemente associada com a capacidade de desempenho das atividades de cuidar do dependente (Bandura, 1995; Schumacher et al, 2000).

O estudo que desenvolvemos representa uma parte de um estudo mais alargado (de base populacional) realizado no concelho do Porto e coordenado pelo Professor Paulo Parente, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O estudo alargado a que nos referimos foca-se na incidência, tipo e nível de dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto e no processo de tomar conta por parte dos membros da família prestadores de cuidados. No que se reporta ao eixo do estudo focado nos MFPC, para além da percepção da autoeficácia, também foi estudado o perfil de cuidados assegurado, bem como os recursos mobilizados para as atividades de tomar conta dos familiares dependentes. Para este grande estudo, foi constituído um grupo de investigação, com vários mestrados, que partilhou uma orientação comum por docentes da ESEP. Neste quadro, cada um dos elementos da equipa abordou uma problemática específica relacionada com o tema central.

## **1.1 Justificação do estudo**

Segundo Gil (1999:146), *a justificação consiste na apresentação, de forma clara e sucinta, das razões de ordem teórica e/ou prática que justificam a realização da investigação*. As razões que levaram à realização da investigação, prenderam-se com o

estádio inicial do desenvolvimento do conhecimento. Tal como refere Schumacher e colaboradoras (1998; 2000), as tentativas para medir os constructos (que definem/caracterizam a boa prestação de cuidados pelo membro da família) encontram-se nas fases iniciais de desenvolvimento, existindo algumas dificuldades com a sua medição. Segundo Polit (2011), a maioria dos conceitos de interesse para os investigadores em enfermagem tem poucos instrumentos que os meçam, ou melhor, que ofereçam indicadores exatos, válidos e imparciais dos constructos. Portanto, a investigação que se efetuou poderá acrescentar conhecimento a este domínio.

O número crescente de pessoas dependentes no autocuidado que se encontram no seio da família determina um aumento da prestação de cuidados por parte de um membro da família. Neste sentido, importa estudar a perceção de autoeficácia do MFPC relativamente aos cuidados que presta, pois isto poderá explicar a variabilidade que existe ao nível dos resultados que este apresenta (Mowatt e Lansinger, 1994; Steffen et al, 2002). Pajares e Urdan (2006) referem que a perceção de autoeficácia é um juízo relativo às próprias competências. A autoeficácia consiste na convicção de que se é capaz de executar com êxito os comportamentos requeridos para produzir as consequências desejadas (Bandura, 1995). A competência diz respeito à excelência do fazer, dos saberes e do saber-fazer (Fernandes, 2004). Deste modo, importa estudar a perceção de autoeficácia do MFPC para compreendermos o juízo que o mesmo faz sobre a sua competência relativamente aos cuidados inerentes ao tomar conta de um familiar dependente.

Além disso, segundo Fortinsky e colaboradores (2002), os MFPC apresentam um grande interesse em aprender a gerir eficazmente e a lidar com os problemas dos seus familiares dependentes. Contudo, estes domínios de interesse não se encontram desenvolvidos nos instrumentos que avaliam a perceção de autoeficácia.

Steffan e colaboradores (2002) desenvolveram um instrumento construído por Zeiss e colaboradores em 1999, relativo à avaliação da perceção da autoeficácia dos MFPC que cuidam de um familiar com demência. Neste instrumento, os cuidadores foram questionados sobre a PAE relativamente a três domínios: a capacidade para se autocuidarem e obterem descanso; a capacidade para responderem ao comportamento perturbador da pessoa cuidada; e, a capacidade para controlarem os pensamentos disruptivos decorrentes da prestação de cuidados. Contudo, através deste instrumento

não é possível obter uma resposta para nossa questão de investigação. De facto, os MFPC avaliados cuidam de um familiar com demência, logo, os itens que constam do instrumento estão muito dirigidos aos cuidados que são prestados a estes doentes (e que são notoriamente diferentes daqueles que são prestados à generalidade das pessoas dependentes no autocuidado).

Assim sendo, importa estudar o fenómeno da perceção de autoeficácia do membro da família prestador de cuidados, esperando assim contribuir para o aumento do conhecimento neste âmbito. A construção e o desenvolvimento das competências dos MFPC, para tomar conta dos familiares dependentes, são dimensões centrais das terapêuticas de enfermagem que podem ser significativa para os clientes (Meleis et al, 2000; Schumacher et al, 2000). Assim, conhecer e monitorizar a perceção de autoeficácia do MFPC pode ajudar-nos, inclusive no plano pragmático, a canalizar os nossos esforços para abordagens terapêuticas promotoras da autoeficácia e, por essa via, da competência dos MFPC para tomar conta dos seus familiares dependentes.

## **1.2 Visão geral do estudo**

A estrutura da dissertação e deste relatório reflete o trabalho que foi desenvolvido ao longo do tempo. O segundo capítulo contextualiza a nossa investigação, ou seja, descreve-se o fenómeno em estudo e delimitam-se os conceitos centrais em que a mesma se estruturou. O terceiro capítulo dá conta do enquadramento e das opções metodológicas. Descreve-se a finalidade da investigação, apresentam-se as perguntas de investigação, a população, a amostra e operacionalizam-se as variáveis em estudo. Neste capítulo explicita-se, também, o processo de construção do formulário de recolha de dados e abordam-se as questões éticas da investigação. O quarto capítulo apresenta e discute os resultados do estudo. O último - capítulo 5 - expõe as principais conclusões. No quadro I esquematiza-se, de uma forma geral e sumária, o estudo efetuado.

Quadro I – Visão geral do estudo

<b>Desenho – Cronologia</b>	Fase I: Enquadramento teórico Desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados	Fase II: Colheita, tratamento e análise de dados Elaboração de relatório do estudo
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conhecer o nível de perceção de autoeficácia dos membros da família que prestam cuidados a familiares dependentes no autocuidado, no seio das famílias clássicas do concelho do Porto</li> <li>– Explorar as relações que possam existir entre o nível de perceção de autoeficácia e variáveis de atributo daqueles membros da família que prestam cuidados a dependentes</li> <li>– Explorar as relações que possam existir entre o nível de perceção de autoeficácia e as variáveis de atributo da pessoa dependente</li> </ul>	
<b>Contexto</b>	Concelho do Porto	
<b>Pergunta de investigação</b>	Qual o nível de eficácia percecionado pelos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de familiares dependentes no autocuidado, no contexto do domicílio?	
<b>Metodologia</b>	Estudo quantitativo Exploratório-descritivo e transversal	
<b>População / Amostra (s)</b>	População – Famílias clássicas do concelho do Porto Amostra – probabilística, aleatória e estratificada (por freguesia)	

Numa primeira fase, foi efetuada uma revisão da literatura sobre a temática em estudo e foi construído o instrumento de recolha de dados. A equipa de investigação envolveu onze mestrandos, dois doutorandos e dois doutores do Porto e de Lisboa. O estudo alargado foi concretizado, em simultâneo, nos concelhos do Porto e de Lisboa. Depois de definidos e apurados os instrumentos de recolha de dados, o trabalho de campo decorreu, em paralelo, nos dois concelhos. Alguns dos procedimentos de aferição da validade e da fidelidade dos instrumentos de recolha de dados foram realizados em conjunto, com base nas amostras do Porto e de Lisboa.

Em síntese, a organização da dissertação tenta traduzir o percurso de investigação efetuado.

## **2 Problemática em estudo**

A nossa investigação focou-se no exercício do papel de membro da família prestador de cuidados (MFPC), nomeadamente a sua perceção de autoeficácia (PAE). O exercício deste papel é um fenómeno do interesse da profissão e da disciplina de enfermagem, num quadro global de uma “Enfermagem avançada” (Silva, 2007). A transição para o papel de MFPC, definida como uma transição situacional, é considerada por Schumacher (1995; 1996), Meleis e colaboradoras (2000) e Schumacher e colaboradoras (1998, 2000) como uma transição de grande relevância para a enfermagem. O envelhecimento da população (INE, 2010), o aumento das doenças crónicas e os internamentos curtos no hospital determinam a necessidade das famílias cuidarem, em casa, dos seus membros dependentes. Neste capítulo, contextualizaremos a problemática em estudo à luz das teorias subjacentes ao nosso trabalho: a Teoria das transições com relevância para a enfermagem, proposta por Meleis e colaboradoras (2000) e, dada a centralidade da autoeficácia para o nosso estudo, a Teoria social cognitiva proposta por Bandura (1995; 1997).

### **2.1 A transição para o papel de membro da família prestador de cuidados**

O que são transições? Von Loon e Kralik em 2005 (cit. por Kralik et al, 2006) definem transições como processos complicados que os indivíduos atravessam, durante o qual redefinem o sentido de si próprios e se reconstroem em resposta aos eventos perturbadores da vida.

Segundo Meleis e colaboradoras (2000) as transições são “um resultado de” e “resultam na” mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente. Estas autoras definem transição como um conceito central em enfermagem; identificam os seus componentes e definem uma estrutura, articulando os componentes e refletindo as relações existentes entre eles. A Teoria das transições, uma teoria de médio alcance

desenvolvida por Meleis e colaboradoras (2000), define a natureza das transições, as condições da transição – facilitadoras e inibitórias – os padrões de resposta e as terapêuticas de enfermagem. Esta teoria postula que os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que lhes podem afetar a saúde. A experiência de doença – transições de saúde/doença; a adolescência, o envelhecimento – as transições desenvolvimentais; a parentalidade e a prestação de cuidados pelo membro da família – transições situacionais, são exemplos de transições que podem tornar os clientes vulneráveis. Qualquer um destes tipos de transições é de extrema relevância para a enfermagem.

Esta investigação tem como foco a transição para o papel de MFPC, pese embora esta transição (sobretudo a sua compreensão) não poder ser isolada da transição saúde doença ou da transição de desenvolvimento (envelhecimento) vivenciada pelo membro da família dependente (Schumacher, 1995; 1998; Schumacher et al 2000). A transição para o papel de MFPC ocorre como resposta e em paralelo com a transição para um quadro de dependência do familiar que passa a necessitar de cuidados (Schumacher, 1995). Acontece quando uma doença, um acidente ou o envelhecimento declina as capacidades de autocuidado da pessoa e há a necessidade concomitante do cuidado ser fornecido por outra pessoa (familiar). Durante esta transição, o papel do prestador de cuidados é adquirido através da interação entre o familiar cuidador e a pessoa dependente e entre esta díade e os outros, constituindo um processo de *role-making* (Cf. *Ibidem*). Segundo Schumacher (1996), o papel de MFPC não se adquire de forma linear, através de estádios previsíveis de desenvolvimento, mas sim de acordo com exigências que são fluidas e mutáveis e, também, de acordo com o envolvimento do MFPC. Esta envolvimento na transição para o papel, por parte do familiar que assume a responsabilidade de tomar conta do dependente, implica, portanto, mudanças nos padrões comportamentais estabelecidos e nas expectativas. Implica, ainda, a aquisição de novos conhecimento e novas habilidades instrumentais. Schumacher, em 1995, referia que na assunção do papel de MFPC foram identificados indicadores de saúde, que são compostos por indicadores muito subjetivos (*stress*, satisfação), por indicadores comportamentais (insuficiência do papel e a mestria do papel) e por indicadores interpessoais (conflitos familiares e a reciprocidade). Meleis e colaboradoras (2000), na estrutura que apresentam para refletir sobre os componentes das transições com relevância para a enfermagem, enquadram estes indicadores de saúde, nos padrões de

resposta. Após esta explicitação relativa às características definidoras da transição para o papel de MFPC, iremos clarificar os conceitos adotados na nossa investigação, nomeadamente o de “membro da família prestador de cuidados”, o de “autocuidado” e, conseqüentemente, de “dependência no autocuidado”.

Nolan e colaboradores (1995) definem prestador de cuidados como a pessoa que “olha por” ou fornece algum tipo de serviço regular para uma pessoa doente, dependente ou idosa, na sua ou em qualquer outra casa.

O conceito que será adotado na investigação será o do ICN (2011:115), em que o membro da família prestador de cuidados é tido como um *prestador de cuidados responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família*. Esta definição será usada durante todo o trabalho, reconhecendo-se que na literatura são utilizados termos (equivalentes) como familiar cuidador, prestador de cuidados informal e cuidador informal.

Na literatura é feita uma distinção entre o cuidador primário, ou principal, e o cuidador secundário. O cuidador primário, ou principal, é a pessoa responsável pela prestação de cuidados, ou seja, é aquele que integralmente supervisiona, orienta, acompanha e cuida diretamente da pessoa doente, dependente ou idosa (Sequeira, 2007). O cuidador secundário colabora, ocasional ou regularmente, na prestação de cuidados, mas não assume a responsabilidade principal pelos cuidados. Pode, ainda, substituir o cuidador primário quando este se ausenta ou em situações de emergência (Cf. *Ibidem*).

Como constatado anteriormente, associada à definição de membro da família prestador de cuidados, surge o conceito de pessoa (familiar) dependente ou “pessoa cuidada”, o que nos transporta para o conceito de autocuidado e de dependência. Segundo Orem (1995), o autocuidado é definido como a função humana reguladora que os indivíduos devem, de forma deliberada, efetuar ou que lhes é realizada por outros (cuidado dependente). Qual é o seu propósito? Fornecer e manter os materiais e condições para a manutenção da vida; o funcionamento físico e psíquico e o seu desenvolvimento dentro das normas compatíveis com as condições essenciais para a vida; a integridade do funcionamento e o desenvolvimento (Orem, 1995; Meleis, 2007). O ICN (2011:41) apresenta a seguinte definição para o autocuidado, *tratar do que é*

*necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária.* Uma vez que este conceito deriva e é consistente com a perspectiva teórica de Orem (1995), quando neste trabalho for utilizado o termo autocuidado será à definição do ICN a que nos estaremos a reportar.

O conceito de défice no autocuidado (Orem, 1995) relaciona-se com o facto de os indivíduos não serem completa, ou parcialmente, capazes de providenciar o cuidado que assegure o seu próprio funcionamento e desenvolvimento. Então, existindo défice do autocuidado, surge uma situação de dependência. Segundo Silva (2001) e Pereira (2007), a dependência no autocuidado é uma condição com grande dimensão epidemiológica na prática de enfermagem. A condição de manifesta dependência no autocuidado, de um membro da família exige, nos termos de Orem (1995), um sistema de apoio compensatório (total ou parcial) por parte de um familiar – MFPC, enfermeiro ou outro. O exercício do papel de MFPC, nestas condições, desafia o familiar que toma conta do dependente ao desenvolvimento de competências (Schumacher et al, 2000). É neste contexto que o conceito de autoeficácia, desenvolvido por Bandura (1995; 1997), nos pode ser útil, na medida em que, de acordo com este autor, quanto maior for a PAE, neste caso do MFPC, por princípio, maior será a confiança e a capacidade de desempenho nas atividades de tomar conta do familiar dependente.

## **2.2 Da percepção de autoeficácia à mestria no exercício do papel de Membro da família prestador de cuidados**

A transição para o papel de MFPC implica mudanças em alguns padrões de comportamento estabelecidos e nas expectativas dos familiares cuidadores. Implica, também, a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, como referido anteriormente. Segundo Meleis e colaboradoras (2000), uma transição saudável caracteriza-se por indicadores de processo e de resultado. A percepção de autoeficácia no exercício do papel de MFPC pode ser concebida, à luz daquilo que é proposto por Meleis e colaboradoras, no âmbito dos padrões de resposta do MFPC. Está, assim, associado ao desenvolvimento de confiança (*developing confidence*) no exercício do papel, o que pode ser visto como um indicador (muito válido) do processo de transição

para o papel de MFPC. Neste contexto, a PAE concorre para o desenvolvimento da mestria do MFPC.

A mestria foi inicialmente definida por Meleis em 1975, relacionando-a com a implementação/suplementação de papel e a avaliação de resultados em saúde (Schumacher, 1995). Contudo, atualmente, encontra-se associada ao desempenho dos papéis. A mestria relaciona-se com a informação específica e necessária para desempenhar um papel, o que requer conhecimento sobre aquilo que o mesmo exige ao nível do comportamento (Cf. *Ibidem*). A mestria no papel é semelhante à (total) competência e é definida como a capacidade para o efetivo desempenho desse papel (Hardy e Conway, 1988 cit. por Schumacher, 1995; Kosberg e Cairl, 1991 cit. por Schumacher, 1995) ou a propriedade de possuir os conhecimentos, as habilidades e os recursos necessários para providenciar os (melhores) cuidados requeridos (Levine et al, 1991 cit. por Schumacher, 1995). De acordo com Meleis e colaboradoras (2000), uma transição saudável reflete-se ao nível da mestria desenvolvida pelo cliente em transição. A mestria corresponde ao domínio, por parte do cliente, da competência e dos comportamentos necessários para lidar e gerir as mudanças e os desafios que resultam da transição experienciada. No contexto do exercício do papel de MFPC, e de acordo com Schumacher e colaboradoras (2000), a mestria concretiza-se em competências inscritas em nove processos:

- “monitorizar” – consiste no processo de observar a condição de saúde em que a pessoa cuidada se encontra, assegurando que possíveis mudanças possam ser detetadas;
- “interpretar” – encontra-se definido como o processo de atribuir um sentido àquilo que se observa;
- “decidir” – define-se como o processo de optar por uma determinada ação com base na situação que é observada e interpretada;
- “agir” – é o processo de levar a cabo as decisões e as instruções;
- “ajustar” – é o processo de refinamento progressivo das ações até que a melhor estratégia seja encontrada;
- “aceder a recursos” – define-se como o processo de obter aquilo que é necessário para providenciar os cuidados, o que inclui a informação e os equipamentos para uso domiciliário, a assistência de serviços da comunidade, a ajuda com as lides de casa e com os cuidados pessoais;

- “providenciar cuidados” – é definido pelas autoras como o processo de executar procedimentos de assistência direta ao familiar dependente;
- “trabalhar com a pessoa cuidada” – é o processo de partilhar os cuidados com o recetor do cuidado, de forma a que não exista qualquer situação que atente contra a autonomia e a personalidade (de ambos);
- “negociar com o sistema de saúde” – encontra-se definido como o processo que visa garantir que as necessidades da pessoa cuidada sejam satisfeitas adequadamente.

Para cada um dos nove processos, Schumacher e colaboradoras (2000) definem um conjunto de indicadores de prestação de cuidados. Estes indicadores são característicos da prestação de cuidados e determinam o nível de competência com que cada processo é desempenhado. Esta visão da competência no exercício do papel de MFPC foi crucial e estruturante para o percurso de investigação realizado. Como veremos adiante, a avaliação da perceção da autoeficácia que empreendemos tomou por referencial uma estrutura matricial onde se cruzam os nove domínios de competência com as várias dimensões do autocuidado, em que se verifica a dependência do familiar que é cuidado.

### 2.2.1 A(s) competência(s) no exercício do papel de membro da família prestador de cuidados: exploração do conceito

O conceito de competência tem sido amplamente discutido sobretudo nas teorias da aprendizagem e o artigo *Testing for Competence rather than Intelligence* (McClelland, 1973 cit. por Barroso, 2009) foi crucial nesta discussão. Neste artigo afirma-se que a competência se encontra relacionada com um elevado desempenho na realização de uma tarefa, ou em determinada situação, sendo característica subjacente do indivíduo. Fernandes (2004) afirma que são vários os autores que se debruçam sobre esta discussão e sobre o estudo das competências, entre eles Vygotsky (1934/1996), Leontiev (1959/1976), Piaget (1974/1978) e Vergaud (1996) e ainda Perrenoud (1998, 2001, 2002), Shon (2000) e Boterf (2003, 2005). Apesar de ser um conceito amplamente discutido, Boterf (2005:30) afirma a inexistência de uma única definição de competência.

Perrenoud e Thurler (2002:145) associam à competência *a mobilização de saberes, (...) a capacidade de recorrer ao que se sabe para realizar o que se deseja e o que se*

*projeta*. Portanto, a competência está sempre referenciada ao contexto no qual se materializa. Segundo Fernandes (2004:126)

*a noção de competência aparece associada a outros conceitos como capacidade, habilidade e skill. Explorada a diferença entre capacidade e competência, torna-se difícil distinguir os dois termos, embora a noção de capacidade se associe à ideia de potencialidade, mérito ou talento, um pouco diferente de competência cuja noção evoca a excelência do fazer, a habilidade, a amplitude dos «saberes» e dos «saberes-fazer» num domínio específico e concreto.*

Boterf (2005:34), afirma que uma pessoa sabe agir com competência:

*se souber combinar e mobilizar um conjunto de recursos pertinentes (conhecimentos, saber fazer, qualidades, rede de recursos...), para realizar, num contexto particular, actividades profissionais segundo certas exigências profissionais a fim de produzir resultados (serviços, produtos) satisfazendo certos critérios de desempenho para um destinatário (cliente, utilizador, paciente...).*

Analisando as definições acima mencionadas, percebemos que a competência considera-se inserida num contexto. Implica a mobilização do saber e do saber fazer e, desta forma, saber agir com vista a alcançar o que se deseja (Alarcão e Rua, 2005; Boterf, 2005). Boterf (2005:23) refere, também, que *agir em competência supõe portanto interagir com outrem*. Considerando, ainda, este autor, destacamos o facto da definição de competência apresentada se enquadrar num contexto profissional: o profissional competente. É certo, que o membro da família prestador de cuidados não pertence a este contexto mencionado por Boterf. Contudo, o MFPC, quando assume o papel e deseja efetua-lo no sentido de satisfazer as necessidades da pessoa dependente, tem necessidade de desenvolver uma série de capacidades com vista a alcançar a competência, que se desenvolve em interação com a pessoa cuidada. Reconhecendo a inexistência de competência sem a referência a um contexto no qual ela se materialize (Perrenoud e Thurler, 2002), a avaliação das competências do MFPC teria que se efetuar na ação, com verbalização simultânea ou verbalização diferida (Boterf, 2005) da sua resposta competente. Todavia, a verbalização simultânea, que acontece enquanto a atividade ocorre, tem como limitação a durabilidade da atividade e o *stress* que pode induzir nas pessoas. Já a verbalização diferida, que se efetua *a posteriori* da atividade, tem como limitação a perda de memória da pessoa, apesar de a permitir refletir sobre a atividade (Boterf, 2005). Este autor afirma que a avaliação é um processo que acontece ao longo do tempo e tem como finalidade a aprendizagem das pessoas, nomeadamente o agir com mais eficácia. Assim sendo, poderíamos avaliar a PAE dos MFPC,

considerando-a como muito similar à verbalização diferida das atividades. Contudo, temos claro que, em rigor, a autoeficácia é uma crença ou convicção do MFPC. No entanto, seria muito discutível, para efeitos da investigação, proceder à avaliação “na ação” ou em direto da competência dos MFPC. Acresce que a autoeficácia, como já fomos deixando claro, enquanto crença, funciona como um condicionalismo pessoal (Cf. Meleis et al, 2000) que pode influenciar a forma como se vai construindo a competência ou a mestria dos MFPC que tomam conta de familiares dependentes, em casa. Ora, é exatamente por isso que tanto nos interessa o conceito de “autoeficácia”, considerado pelo ICN (2011) como um foco de atenção com relevância para a enfermagem.

Atualmente, há um grande interesse e dá-se ênfase ao desenvolvimento das competências dos MFPC. Há um interesse particular nos cuidados que são prestados, o quão bem eles são realizados e, ainda, no processo de aquisição das competências por parte dos MFPC (Paun et al, 2004).

Proctor e Dutaa, em 1995, citados por Schumacher (2000), referem que a aquisição de competências é um comportamento organizado e orientado por objetivos, que se adquire através da prática e do esforço. Contudo, estes autores não mencionam quais as competências necessárias ao desempenho de papéis familiares, como é o caso da prestação de cuidados a familiares dependentes. Alguns autores, como Shoenfelder e colaboradores (2000), Schumacher e colaboradores (2000) e Shyu (2000), têm-se debruçado sobre o processo de aquisição de competências por parte dos membros da família prestadores de cuidados e, sobretudo, sobre as competências necessárias para cuidar no seio da família.

Shyu (2000) refere que os MFPC procuram um “ponto de equilíbrio” na prestação de cuidados. Este “ponto de equilíbrio” é um processo usado pelos MFPC para alcançarem ou preservarem a estabilidade entre a prestação de cuidados e as outras necessidades que advém do desempenho de outros papéis na família e na sociedade. Esta autora menciona ainda que, ao alcançar este ponto de equilíbrio, o MFPC demonstra uma redução do *stress* e das tensões associadas às atividades de tomar conta do familiar dependente, assegurando à pessoa cuidada “bons cuidados”. Afirma, ainda, a existência de três padrões de “encontrar um ponto de equilíbrio”: o estabelecimento, a

manutenção e o seu novo restabelecimento. Nestes três padrões, as estratégias usadas pelos membros da família prestador de cuidados passam, entre outras, por:

- gerir problemas comportamentais e emocionais do familiar dependente;
- gerir o regime terapêutico da pessoa dependente e manter a autoestima da mesma, simultaneamente;
- modificar o ambiente;
- alterar as atividades da prestação de cuidados e dos respetivos horários;
- construir ou reconstruir uma equipa para a prestação de cuidados;
- considerar alternativas;
- utilizar estratégias inovadoras para cuidar.

Outras autoras, Schumacher e colaboradoras (2000), apresentam estratégias para a consecução da prestação de cuidados pelos membros da família, com vista à provisão dos melhores cuidados. Schumacher e colaboradoras (2000) avançaram na definição dos principais processos e dos respetivos indicadores de competências no exercício do papel do MFPC (Anexo 1). Como já tivemos oportunidade de referir, esta lógica, que emergiu de estudos de Schumacher e colaboradoras, em torno de nove processos ou dimensões de competências é-nos particularmente útil e fundamental, para efeitos do nosso estudo. Para cada um dos nove processos ou dimensões, Schumacher e colaboradoras definem um conjunto de indicadores de prestação de cuidados. Estes indicadores são característicos da prestação de cuidados e determinam o nível de competência com que cada processo é desempenhado.

Schoenfelders e colaboradores (2000), tal como outros autores que estudam a prestação de cuidados a dependentes no seio das famílias, falam em “cuidados diretos e indiretos”. Esta tipologia está planeada na estrutura dos indicadores de resultados de enfermagem – *Nursing Outcomes Classification* (NOC) -, desenvolvidos por Moorhead e colaboradores (2008). Contudo, para efeitos do nosso estudo entendemos como mais adequado utilizar os nove processos/dimensões propostos por Schumacher e colaboradoras para categorizar os aspetos (indicadores) da competência do MFPC, sobre os quais nos interessa conhecer a perceção da autoeficácia dos familiares cuidadores.

### *2.2.1.1 Da “percepção de autoeficácia” enquanto condicionalismo e padrão de resposta no exercício do papel de membro da família prestador de cuidados*

A origem do conceito de autoeficácia encontra-se associada à área da psicologia, mais propriamente às teorias da aprendizagem. Foi desenvolvido por Albert Bandura designadamente na Teoria social cognitiva (Bandura, 1986). Nesta, a autoeficácia surge como uma das componentes que, conjuntamente com outros determinantes, regula o pensamento, a motivação e a ação (Bandura, 1995; 1997).

A Teoria social cognitiva advoga a existência da agência humana no desenvolvimento pessoal, na adaptação e na mudança. Ser agente refere-se à influência intencional que temos no nosso próprio funcionamento e nas circunstâncias de vida, exercendo controlo sobre o meio, sobre os processos de pensamento, a motivação, os afetos e a ação (Bandura, 2001; Bandura, 2005). Os efeitos das ações não são característicos da agência humana, são consequências desta. As crenças de autoeficácia constituem o fator chave na agência humana (Bandura, 1997).

Na Teoria social cognitiva, a agência humana opera numa estrutura interdependente causal que envolve uma tríade recíproca de causalidade entre a pessoa, o meio e o comportamento e que dirige tanto o desenvolvimento de competências, como a ação regulada (Bandura, 1986). Nesta estrutura, os fatores pessoais (cognição, emoção e os eventos biológicos), os fatores comportamentais (padrões de atividade – atos, escolhas) e os fatores ambientais interagem e influenciam-se uns aos outros.

Segundo Bandura (1995), a autoeficácia consiste na convicção de que se é capaz de realizar com êxito os comportamentos requeridos para produzir as consequências desejadas. Se os indivíduos não acreditarem que são capazes de alcançar os efeitos desejados, têm pouco incentivo para agir.

A autoeficácia, além de afetar o comportamento direta e indiretamente, tem impacto nos objetivos, nas ambições e nas expectativas de resultados, bem como nas oportunidades e nas dificuldades percebidas no meio social. Importa distinguir a “expectativa de eficácia” da “expectativa de resultado”. A percepção de autoeficácia é o julgamento do indivíduo acerca da sua capacidade para organizar e executar determinados tipos de performance, enquanto a expectativa de resultado é o julgamento

do indivíduo sobre as consequências prováveis das suas performances (Bandura 1995, 1997).

Outros conceitos são, por vezes, confundidos com a percepção de autoeficácia, como a autoestima e o *locus de controlo*. Bandura (1997; 2005) explicita os conceitos. A autoeficácia é um julgamento da capacidade pessoal; já a autoestima é um julgamento do mérito pessoal; e, o *locus de controlo* (interno ou externo) a crença de que os resultados são causados pelo comportamento ou “forças internas”, ou por forças externas (a sorte, a fatalidade ou os outros).

Existem diversas linhas de investigação sobre o papel da percepção de autoeficácia no comportamento dos indivíduos, nomeadamente ao nível da aprendizagem, da promoção da saúde e da prevenção de doenças, do funcionamento das organizações, das disfunções clínicas, das competências dos atletas, mas, também sobre a eficácia coletiva (Bandura, 1997). Na pesquisa bibliográfica efetuada, não identificamos nenhum estudo que analisasse a percepção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de familiares dependentes, em casa.

A percepção de autoeficácia diz respeito àquilo que o indivíduo acredita fazer num determinado número de circunstâncias e não ao número de competências que ele possui (Cf. *Ibidem*). Uma elevada percepção de autoeficácia permite o funcionamento sociocognitivo em domínios relevantes. Os indivíduos que têm uma elevada percepção de autoeficácia abordam as tarefas e as dificuldades como desafios a serem atingidos com mestria, não como ameaças a serem evitadas. Estes indivíduos propõem-se atingir objetivos desafiantes e apresentam um forte sentido de compromisso com os mesmos. São esforçados relativamente às ações que empreendem e fazem um esforço ainda maior face a contratempos ou a falhas. Eles mantêm-se focados e pensam estrategicamente face às dificuldades. Justificam as falhas, com o pouco esforço empreendido nas ações e recuperam rapidamente o sentido de eficácia face às falhas e aos contratempos. Tendem a aproximar-se dos potenciais stressores e das ameaças, com confiança, pois acreditam que possuem / exercem controlo sobre os mesmos. Uma visão eficaz das performances alcançadas reduz o *stress* e diminui a vulnerabilidade destes indivíduos à depressão. Tudo isto permite afirmar que a percepção de autoeficácia é um contributo importante e ativo, dos resultados que os indivíduos atingem (Cf. *Ibidem*).

A percepção de autoeficácia influencia a motivação, os processos de pensamento, os estados afetivos e pode envolver, também, a modificação das condições do ambiente, dependendo daquilo que o indivíduo pretende gerir. Além disto, influencia as decisões relativas à escolha de determinada ação, o esforço aplicado, a perseverança face aos obstáculos e às falhas, a resiliência face à adversidade, a quantidade de *stress* e depressão que os indivíduos experienciam face às exigências dos contextos e o nível de realização pessoal que eles percebem. A percepção de autoeficácia é um bom preditor de diversas formas de comportamento (Cf. *Ibidem*). Por isto mesmo, assumimos que MFPC com níveis mais elevados de autoeficácia no exercício do papel tenderão a ter (de facto) níveis de competência, ao tomarem conta, também mais altos.

Reconhecendo a definição de competência, a percepção de autoeficácia representará para a pessoa, a convicção da sua competência. A percepção de autoeficácia é um juízo (pessoal) relativo às próprias competências (Pajares e Urdan, 2006). Os modelos cognitivos servem de guias para a produção de ações competentes, servem também de *standards* internos para a realização de ajustes no desenvolvimento de comportamentos proficientes. Os guias cognitivos são influentes, sobretudo, nas fases de desenvolvimento inicial e intermédio das competências. As estruturas cognitivas especificam a forma apropriada das (sub)competências serem selecionadas, integradas e sequenciadas, no intuito de alcançarem os propósitos definidos. Ao longo do tempo e com a prática, as competências ficam completamente integradas e são executadas com facilidade, o mesmo é dizer: de forma fluída ou com mestria (Meleis et al, 2000; Schumacher et al, 2000). Após os indivíduos desenvolverem as vias adequadas para gerir as situações que acontecem regularmente, eles agem com base na percepção de autoeficácia, sem necessidade de estruturarem, continuamente, pensamentos diretivos ou muito refletidos. Mas, se ocorrerem mudanças significativas ao nível da exigência das tarefas (neste caso: cuidados ao familiar dependente) ou nas circunstâncias situacionais, a percepção de autoeficácia é prontamente reavaliada como guia para as ações que se situam nessas condições modificadas (Bandura, 1997).

As expectativas de eficácia pessoal derivam, essencialmente, de quatro principais fontes de influência:

- experiências repetidas de sucesso – os indivíduos observam as consequências positivas, os resultados bem-sucedidos do seu comportamento sob determinadas

circunstâncias. Assim, de uma forma direta, os indivíduos identificam aquilo que são capazes de fazer;

- experiências vicariantes de aprendizagem observacional – a percepção de autoeficácia é influenciada por experiências vicariantes e mediada pela modelagem. Os indivíduos comparam-se com aqueles que têm características semelhantes e que já atingiram os objetivos a que se estes se propõem. Assim, a comparação social atua como um fator primário na avaliação das capacidades (Festinger, 1954; Goethals e Darley, 1977; Suls e Miller, 1977, cit. por Bandura, 1997). O facto dos indivíduos observarem outros a efetuarem determinadas performances com sucesso, aumenta a sua percepção de eficácia relativamente às mesmas; “Se os outros conseguem eu também consigo”, é a ideia de base.

- persuasão social – a persuasão social fortalece as crenças que os indivíduos têm sobre as suas capacidades para atingirem os objetivos. Baseia-se na opinião que as pessoas significativas têm sobre as capacidades dos indivíduos. Esta opinião faz com que os indivíduos se esforcem ainda mais para serem bem-sucedidos e promove o desenvolvimento das competências e da percepção de autoeficácia (Bandura, 1997).

- estados de estimulação emocional e psicológica através dos quais as pessoas avaliam as suas capacidades (Bandura, 1997; Pajares e Urdan, 2006). Por exemplo, os indivíduos consideram sinais de vulnerabilidade, o *stress* que experienciam em determinadas situações (nas quais sentem que perdem controlo). Este tipo de informação afeta a percepção de autoeficácia através do processo cognitivo.

A autoeficácia, além de ter várias fontes de influência, varia também em três dimensões (generalidade, força e nível), que têm implicações importantes na *performance*.

A generalidade pode variar de acordo com as diferentes atividades e domínios, nos quais as capacidades dos indivíduos se podem expressar (domínio comportamental, domínio cognitivo, domínio afetivo). Os indivíduos podem avaliar o padrão de generalidade da sua autoeficácia relativamente às atividades que efetuam, aos contextos e aos aspetos sociais. Existem algumas crenças de autoeficácia que são mais importantes do que outras. As fundamentais são aquelas sobre as quais os indivíduos estruturam as suas vidas (Bandura, 2006).

A força da percepção de autoeficácia não está direta e linearmente relacionada com a escolha dos comportamentos (Bandura, 1997; 2006). Diz respeito, sobretudo, à perseverança que os indivíduos demonstram quando empreendem determinada ação. Os indivíduos que apresentam uma forte percepção de autoeficácia esforçam-se mais e são mais perseverantes face às dificuldades e aos obstáculos, daí ser mais provável alcançarem performances de sucesso, o que, no contexto daquilo que nos interessa, representará maior competência para cuidar do familiar dependente.

A autoeficácia também pode ser avaliada de acordo com o número das atividades que indivíduos se julgam capazes de efetuar. Estas atividades, sobre as quais os indivíduos se avaliam, apresentam dificuldades acrescidas, acima da força da autoeficácia que os indivíduos detêm.

Em síntese, a autoeficácia ocupa um papel *pivot* na Teoria social cognitiva, pois influencia a escolha das atividades, o nível de motivação, constituindo um importante contributo na aquisição das estruturas do conhecimento, nas quais as competências são formadas (Bandura, 1995). A autoeficácia permite ao indivíduo refletir sobre várias opções que possui, regulando a sua implementação. Se as pessoas não estiverem convictas de que podem produzir os efeitos desejados através das suas ações têm poucos incentivos para agir. O comportamento humano é motivado e regulado antecipadamente pela influência cognitiva e, neste contexto, a percepção de autoeficácia opera num largo sistema de multicausalidade. Entre os mecanismos de auto influência, nenhum é mais central do que a autoeficácia (Bandura, 2000). Contudo, assumindo que a autoeficácia é um elemento central na construção da competência dos MFPC, urge questionar e discutir como medir a percepção da autoeficácia.

### 2.2.1.2 *Como medir a percepção da autoeficácia?*

Lee e Bobko (1994) descreveram cinco formas típicas de avaliar a autoeficácia. Na forma mais frequente de avaliação, é pedido aos sujeitos para classificarem a força da sua percepção de autoeficácia, face a determinadas atividades (avaliada segundo uma escala que varia de nada confiante a totalmente confiante). Na segunda forma, pergunta-se o nível ou a magnitude da percepção de autoeficácia (questões de sim ou não). O terceiro procedimento combina a magnitude com a força, convertendo-a numa nota padronizada. O quarto procedimento é uma variação do terceiro, mas trabalha-se com

notas brutas não se recorrendo a notas padronizadas. Na quinta forma de avaliação da percepção de autoeficácia, os indivíduos caracterizam (relativamente a um único item) o seu nível de confiança na realização de uma dada tarefa. Na investigação realizada por estes autores, foi examinada a validade destas diferentes formas de avaliar a percepção de autoeficácia e as correlações existentes entre elas. Foi demonstrado que as cinco diferentes operacionalizações de autoeficácia estão fortemente relacionadas. A avaliação da percepção de autoeficácia através da caracterização da força, da magnitude e as outras avaliações que são compostas pelas mesmas, apresentaram maior validade convergente e preditiva do que a de um único item (no qual os indivíduos caracterizam a sua confiança). Lee e Bobko (1994) afirmam que as escalas com respostas tipo Likert não medem a percepção de autoeficácia segundo a conceção de Bandura (que, entendem aqueles autores, preconiza uma avaliação específica da situação). Por conseguinte, não incluíram na sua investigação a avaliação da percepção de autoeficácia através destas escalas. Maurer e Pierce (1998) discordam de Lee e Bobko (1994) e consideram que a avaliação da percepção de autoeficácia através de escalas de Likert corresponde à conceção de Bandura. No seu formato mais tradicional, na avaliação da percepção de autoeficácia pede-se aos indivíduos para indicarem se conseguem efetuar determinada atividade (sim/não) e, de seguida, para caracterizarem a confiança que têm para a realizar. Maurer e Pierce (1998) referem que a avaliação da autoeficácia através de escalas de Likert combina estes dois aspetos da avaliação tradicional. Por isso, fizeram uma comparação entre esta forma tradicional de avaliação e as escalas de Likert, tendo concluído que os resultados que obtidos numa e noutra têm confiabilidade semelhante.

Bandura (2006) refere que na metodologia mais comum para medir a percepção de autoeficácia é pedido aos indivíduos para caracterizarem a sua força (atribuir um valor) na habilidade para efetuarem determinadas atividades. Os valores entre os quais o indivíduo pode categorizar-se variam numa escala entre 0 a 100. O primeiro intervalo de 10 unidades corresponde ao “não consigo efetuar”, o intervalo dos 50-60 indica “certeza moderada que consigo efetuar” e a certeza completa que consegue realizar corresponde aos 100. Contudo há formatos mais simples, que apresentam os mesmos descritores, mas o intervalo utilizado varia entre 0 e 10. Importa, ainda, referir o facto dos indivíduos, nesta avaliação, caracterizarem a sua percepção de autoeficácia quando questionados, ou seja: no momento e não caracterizarem as suas capacidades potenciais ou as suas capacidades futuras. Com efeito, a autoeficácia é uma convicção dinâmica e

modificável ao longo do tempo, fruto das experiências que os indivíduos vão tendo. É exatamente por isto que somos levados a olhar para a percepção da autoeficácia dos MFPC como um excelente indicador do processo de construção da competência ou mestria para tomar conta de familiares dependentes.

Maurer e Andrews (2000) compararam três métodos diferentes para avaliar a percepção de autoeficácia através de escalas tradicionais, de escalas do tipo Likert e de escalas simplificadas. Segundo estes autores, os três métodos apresentam fidelidade e validade semelhantes e encontram-se fortemente relacionados.

Pelo exposto, evoluir num estudo centrado na avaliação da percepção da autoeficácia dos MFPC que tomam conta de familiares dependentes em casa é exequível, para além de, como antes defendemos, constituir um contributo importante para a definição de estratégias terapêuticas promotoras do desenvolvimento da competência dos familiares cuidadores.

Schumacher e Meleis (2010), a respeito das crenças e da sua influência no curso das transições, afirmam que o medo de falhar, um elevado sentido de autocritica, um sentimento de derrota ou de falta de confiança despoletam sentimentos de incapacidade e de falta de vontade para arriscar perante um desafio.

Assumir e desenvolver o papel de prestador de cuidados envolve uma gama alargada de condicionalismos, nos quais se destacam as expectativas e as crenças, onde se situa a percepção de autoeficácia, o nível de conhecimento e as habilidades, o ambiente, o nível de planeamento, o bem-estar físico e emocional (Schumacher e Meleis, 2010).

Tornar-se membro da família prestador de cuidados é uma transição e, por isso mesmo, não corresponde a um evento simples e isolado, mas a uma reorientação e auto redefinição que as pessoas incorporam no intuito de mudar a sua vida (Kralik et al, 2006). No decurso deste processo de transição existem condições que o influenciam e indicadores que patenteiam a respetiva evolução, dos quais se destaca a percepção da autoeficácia. Uma elevada percepção da autoeficácia será responsável por elevados sentimentos de confiança, pelo que se pode definir como um condicionalismo e, em paralelo, um indicador do processo.

### **3 Metodologia**

Neste capítulo serão abordadas as questões metodológicas da investigação. A palavra método, etimologicamente significa “caminho a seguir”, o estudo dos caminhos e dos instrumentos a utilizar. A metodologia é assim a descrição, a explicação e a justificação dos métodos de investigação adotados. Deste modo, neste capítulo, será apresentada a finalidade do nosso estudo, os seus objetivos e o tipo de estudo que se efetuou. Serão, ainda, operacionalizadas as variáveis em estudo e iremos também, referir o processo de construção do instrumento de recolha de dados. Após abordarmos as questões relativas à população e à amostra faremos, ainda, referência aos procedimentos de recolha e tratamento de dados. Por fim, mas não menos importante, discutiremos as questões éticas intrínsecas à investigação realizada.

Como já tivemos oportunidade de referir, este estudo enquadra-se numa investigação de âmbito mais alargado, efetuada em paralelo nos concelhos do Porto e de Lisboa. No caso concreto do estudo (alargado) realizado no Porto, sob a coordenação do Professor Paulo Parente, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), pretendeu-se conhecer o fenómeno da dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto e os processos de tomar conta por parte dos membros da família prestadores de cuidados. Para este grande estudo, foi constituído um grupo de investigação, com vários mestrados, que partilhou uma orientação comum por docentes da ESEP. Este grupo de investigadores foi fundamental na discussão e opções metodológicas empreendidas.

#### **3.1 Finalidade**

A finalidade deste estudo, em última análise, é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da expansão do conhecimento sobre um aspeto relativo ao exercício do papel de membro da família prestador de cuidados, que se insere no eixo dos processos de tomar conta, a que nos referimos atrás, no quadro do

estudo alargado que foi realizado. O conhecimento da autoeficácia percecionada pelos familiares cuidadores pode dar contributos decisivos para o desenvolvimento da(s) competência(s) dos MFPC, até numa lógica de planeamento estratégico em saúde.

### 3.1.1 Pergunta de partida

O processo de investigação é uma forma de organização eficaz para a produção científica e a realização profissional (Tuckman, 2002). A escolha da metodologia depende do problema em causa e do estado dos conhecimentos ao redor do problema. Depois de delinear o estudo e de traçar os objetivos, definimos a pergunta de investigação, que nos serviu de mote para o nosso estudo, muito específico, e à qual pretendemos responder com este trabalho:

“Qual o nível de autoeficácia percecionado pelos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de um familiar dependente no autocuidado, no contexto das famílias clássicas do concelho do Porto?”.

Com base nesta interrogação, evoluímos na definição dos objetivos do estudo.

### 3.1.2 Objetivos

Segundo Almeida e Freire (2008:21), *na condução de uma investigação, o investigador é orientado por determinados objetivos operacionais. Estes vão depender da natureza dos fenómenos e das variáveis em presença, bem como das condições de maior ou menor controlo em que a investigação vai ocorrer*”. Fortin (2009:160) refere que *o objetivo vem determinar a maneira como o investigador obterá respostas às questões de investigação ou verificará hipóteses*.

Assim, os objetivos que estabelecemos para a nossa investigação foram os seguintes:

- conhecer o nível de autoeficácia percecionado pelos membros da família que prestam cuidados a familiares dependentes no autocuidado, no seio das famílias clássicas do concelho do Porto;

- explorar a natureza das relações existentes entre o nível de perceção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados e as suas variáveis de atributo;
- explorar a natureza das relações existentes entre o nível de perceção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados e as principais variáveis relativas ao familiar dependente.

### **3.2 Tipo de estudo**

A investigação realizada enquadra-se na investigação de cariz quantitativo. Este estudo é essencialmente descritivo, já que está focado na descrição da autoeficácia percecionada pelos membros da família prestadores de cuidados e visa, ainda, desvelar aspetos singulares e muito específicos do fenómeno (Fortin, 2009). Considerando o facto do conceito da perceção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados estar ainda pouco estudado e descrito ao nível da literatura, podemos afirmar que este estudo é também exploratório. Como refere Polit e Beck (2011:41) *em vez de simplesmente observar e descrever esse fenómeno, os pesquisadores exploratórios investigam sua natureza, o modo como se manifesta e outros fatores relacionados, inclusive fatores que talvez sejam a sua causa* ou, acrescentamos nós, nos ajudem a explicar de forma mais apropriada o fenómeno em estudo.

O estudo realizado pode, também, ser categorizado como transversal, uma vez que a recolha de dados foi realizada num único momento, não pressupondo o seguimento temporal da amostra. Assumir o estudo como de cariz quantitativo radica, fundamentalmente, no facto de pretendermos conhecer e estabelecer padrões de regularidade do fenómeno em estudo (a autoeficácia percecionada pelos MFPC), para além de termos tido a intenção de construir uma representação o mais fiel possível da realidade, de modo que os resultados obtidos pudessem ser generalizáveis para a população de origem.

#### **3.2.1 Variáveis em estudo e sua operacionalização**

A variável é uma qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores (Polit e Beck, 2011). Pode ser classificada de diferentes

maneiras, de acordo com a sua utilização na investigação (Fortin, 2009). Além da “variável em estudo” ou “central” (a perceção de autoeficácia dos familiares cuidadores de dependentes), neste estudo foram utilizadas variáveis que nos permitiram caracterizar, quer os MFPC quer os familiares dependentes. Estas variáveis correspondem a “atributos” dos casos incluídos na amostra.

### *3.2.1.1 Operacionalização das variáveis em estudo*

Polit e Beck (2011:89) afirmam que *a definição operacional de um conceito especifica as operações que o investigador deve realizar para colher a informação exigida*. A operacionalização das variáveis em estudo será ancorada, tanto quanto possível, nas definições do INE. No que se reporta à operacionalização da perceção da autoeficácia dos MFPC, importa dizer que, como veremos adiante, foram definidos diferentes indicadores ou atividades de tomar conta, relativamente aos quais foi avaliada a perceção da autoeficácia dos familiares cuidadores, numa escala de Likert (Anexo 2). Na posse destes dados, foi-nos possível avançar, através de um conjunto de procedimentos, na definição da perceção da autoeficácia de cada participante no estudo. A operacionalização das variáveis de atributo dos MFPC e dos familiares dependentes encontram-se no Anexo 3 e 4, respetivamente.

## **3.3 População e amostra**

A população é definida como um agregado total de casos em que se está interessado e que preenchem um conjunto de requisitos especificados (Polit e Beck, 2011). A população estudada nesta investigação corresponde, então, à totalidade das famílias clássicas residentes no concelho do Porto, à data da recolha de dados (verão de 2009). Todos os procedimentos adotados na definição da população e no plano de amostragem foram partilhados pelos investigadores que integraram o estudo alargado em que se insere este aqui relatado.

Conforme se percebe pela dimensão da população, seria muito difícil e exigiria muitos recursos estudar toda a população de famílias clássicas do Porto. Assim, em linha com o que se faz na investigação de base populacional, avançamos com um

processo de definição de uma amostra capaz de ser “representativa da população”. Esta intenção levou-nos a optar por uma amostra do tipo probabilístico.

A amostra pode ser definida como um grupo da população, do qual se recolhem os dados, com o intuito de fazer inferências para a população de origem (Polit e Beck, 2011). Contudo, para cumprirmos a nossa intenção de representatividade, o plano de amostragem tem que ser “suficiente robusto” para permitir realizar inferências para toda a população em estudo. Neste ponto é oportuno referir que a amostra reunida foi “partilhada” pelos vários investigadores que, quando em conjunto, deram corpo aos propósitos de “estudo alargado”.

Mesmo realizando procedimentos aleatórios para compor a amostra, é adequado falar nos critérios a que cada caso teve que obedecer para ser integrado no estudo.

### 3.3.1 Critérios de inclusão e de exclusão:

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes:

- aceitar participar no estudo;
- “casos” oriundos de famílias clássicas do concelho do Porto;
- o “respondente” ter idade igual ou superior a 18 anos;
- no caso do nosso estudo, em concreto, o MFPC tomar conta de um familiar dependente no autocuidado, de acordo com os instrumentos de avaliação da dependência que foram utilizados no estudo alargado.

Foram, também, definidos os seguintes critérios de exclusão:

- dependentes em idade em que a dependência é inerente à etapa do ciclo vital (por exemplo: crianças);
- respondentes que não sejam membros da família.

Assim, a amostra constituída foi do tipo probabilístico, aleatória e estratificada, em função do número de famílias clássicas de cada freguesia do concelho. A amostra foi probabilística e aleatória porque todos os elementos da população (famílias clássicas do concelho do Porto) tinham a mesma probabilidade de participar no estudo. Por outro lado, ao ser estratificada por freguesia, pressupôs-se uma divisão da população alvo em

subgrupos denominados “estratos” (freguesias), nos quais se selecionou, ao acaso, uma amostra proporcional ao número de famílias clássicas existentes nesse estrato (freguesia) face ao total de famílias clássicas do concelho do Porto.

### 3.3.2 Plano de amostragem

Em função da nossa intenção de produzir inferências para a população de origem, tivemos necessidade de constituir uma amostra representativa da população que se pretendia estudar (Gil, 2008). Neste sentido, foi imprescindível efetuar uma adequada técnica de amostragem. Há que, no entanto, ressaltar que não existem métodos infalíveis para garantir que a amostra seja representativa; existem, antes, técnicas de amostragem que têm menor probabilidade de resultarem em amostras com “pouco” potencial de inferência para população de origem (Polit e Beck, 2011).

A técnica de amostragem utilizada, como referimos, foi do tipo probabilístico. A amostragem probabilística *tem a vantagem de reduzir o erro de amostragem e de aumentar a representatividade* (Fortin, 2009:315). Como se baseia nas leis estatísticas, cada elemento da população tem igual probabilidade (e diferente de zero) de ser ou não selecionado (Gil, 2008; Polit e Beck, 2011). A técnica de amostragem além de ser probabilística é estratificada. É caracterizada pela divisão da população em subconjuntos homogêneos dos quais são selecionados aleatoriamente os elementos. Os subconjuntos – estratos, que foram utilizados neste estudo, foram as freguesias do concelho do Porto (Anexo 5). Através da amostra probabilística e estratificada, a representatividade da amostra foi fortalecida (Polit e Beck, 2011). A amostragem utilizada foi, também, proporcional ao “peso” da freguesia no conjunto das famílias clássicas existentes no concelho do porto, sendo assim assegurada a representatividade de cada estrato (Anexo 6).

Mesmo sendo aleatória, a amostra, para ser representativa das características da população em estudo, deve ser constituída por um número “suficiente” de elementos. Para determinar a dimensão da amostra utilizou-se a fórmula preconizada para estudos de saúde, que segundo Beaglehole e colaboradores (2006) deve estar de acordo com a fórmula publicada pela OMS de Lwanga e Lemeshow (1991:25); em que  $n = Z^2 p (1-p)/d^2$ . Esta 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 é desconhecida (referimo-nos à prevalência de pessoas dependentes no autocuidado, inseridas nas famílias clássicas), foi assumido o valor de 50%, garantindo a maior dimensão da amostra requerida para o estudo; o  $d$  (erro de precisão) assumido foi de 2%. Assim sendo, a recolha de dados deveria terminar quando se completasse o número de famílias respondentes previstas para a amostra, que foi de 2401.

Para o processo de seleção das unidades familiares da amostra, utilizou-se a Base Geográfica de Referência de Informação – BGRI – (2001), permitindo conhecer a distribuição geográfica das famílias e um Sistema de Informação Geográfico (ArcGIS®) para a seleção geográfica aleatória de subsecções territoriais (Anexo 7). A BGRI é um instrumento muito valioso no suporte às metodologias de recolha de dados em larga escala, nomeadamente em estudos de base populacional, como aquele aqui relatado. Os recursos utilizados nesta fase foram assegurados pela ESEP.

### **3.4 Procedimentos de recolha e tratamento de dados**

Naquilo que se reporta à recolha de dados, podemos dizer que o material que está na base desta dissertação radica na utilização de formulários. Como já fizemos referência, o nosso estudo, centrado na perceção da autoeficácia no desempenho do papel de membro da família prestador de cuidados, representa uma parte de um estudo mais alargado. Este, parte da identificação das famílias clássicas que incluem pelo menos um membro com algum tipo de dependência no autocuidado. A partir das famílias identificadas, evolui-se na caracterização do referido dependente, bem como, na caracterização do(s) seu(s) familiar(es) cuidador(es). Sendo certo que só existem familiares cuidadores porque existem “familiares dependentes”, o nosso estudo representa, assim, a descrição da perceção da autoeficácia no desempenho do papel destes membros da família prestadores de cuidados.

A recolha de dados empreendida exigiu a construção de um formulário “extenso”, para que, nos casos de famílias com dependentes, pudesse ser feita uma caracterização adequada das mesmas, dos dependentes e dos seus MFPC.

O formulário, enquanto estratégia de recolha de dados, pode ser definido como a técnica de colheita de dados em que o investigador formula questões previamente elaboradas e anota as respostas (também elas pré-definidas). O formulário permite o registo de dados que resultem da observação realizada pelo investigador, dimensão também presente no estudo alargado em que nos inserimos (Gil, 2008). Embora exija treino pessoal, o formulário torna-se uma das mais práticas e eficientes técnicas de colheita de dados, tendo potencial de aplicabilidade a diversos segmentos populacionais. Ao possibilitar a obtenção de dados facilmente quantificáveis, constitui-se como uma técnica muito adequada de pesquisa em grandes populações ou em “estudos de base populacional”, como é o caso.

Para a realização do estudo global foram construídos três instrumentos (subformulários), que dão corpo ao “instrumento global” de recolha de dados (Anexo 2). Este instrumento foi construído de raiz, com base na revisão da literatura, aliado a uma técnica de produção de consensos com um painel de enfermeiros particularmente interessados na problemática em estudo (Gil, 2008). Isto é, cada um dos elementos do grupo de investigação criou um conjunto de questões convenientes à sua área de interesse, salvaguardando a harmonia do formulário, ou seja, a relação entre todas as suas partes. Esta circunstância faz com que o mesmo (formulário) só deva ser utilizado por enfermeiros, porque o seu preenchimento envolve conceitos e observações específicas da sua área do conhecimento.

Após a sua construção, procedeu-se ao pré-teste do formulário numa população semelhante à do nosso estudo. Com este processo pretendeu-se realizar *um ensaio destinado a determinar se o instrumento é útil e capaz de gerar as informações desejadas* (Polit e Beck, 2011:378). O pré-teste foi realizado a 15 famílias do concelho de Vila Nova de Gaia, com MFPC que cuidavam de, pelo menos, uma pessoa dependente no autocuidado. Nesta etapa, analisamos a compreensão semântica dos termos; isto é, se a terminologia utilizada era compreensível e não gerava equívocos aos participantes. Foi, também, verificado se as questões estavam formuladas de forma a colher as informações desejadas e se não apresentavam ambiguidade, bem como, o tempo necessário à resposta do formulário. O pré-teste serviu, assim, para fiabilizar o conteúdo do formulário, bem como, para harmonizar a sua forma de utilização entre os diferentes investigadores (coletores de dados).

A recolha dos dados foi realizada pelos investigadores, enfermeiros mestrados com cédula profissional válida. Foram definidos critérios relativamente à forma como os dados seriam recolhidos (Anexo 8) e, ainda, treinadas as aplicações dos formulários finais com o grupo de investigação, no sentido de reduzir os eventuais vieses produzidos na colheita de dados.

A estratégia que foi adotada para contactar os “casos” exigiu a deslocação dos investigadores às áreas geográficas previamente seleccionadas, num único período, numa abordagem “porta-a-porta”. Atendendo ao número elevado de elementos da amostra e à extensão da área do estudo, foi definida uma agenda e alguns critérios para a programação das atividades de colheita de dados. Entendeu-se como mais adequado restringir estas atividades apenas aos dias úteis em que estivessem pelo menos dois investigadores disponíveis. A recolha foi realizada freguesia a freguesia numa sequência determinada pela ordenação alfabética das mesmas. Cada investigador procedia a um inquérito e recolhia todos os dados, inclusive aqueles que serviam os objetivos dos estudos que corriam em paralelo. Quer isto dizer que, no nosso caso, para além de termos recolhidos os dados relativos à perceção da autoeficácia dos MFPC, também recolhemos todos os outros dados que é possível perceber da consulta do Anexo 2, e que eram necessários para os outros estudos.

A recolha de dados foi realizada entre o mês de junho de 2009 e o mês de setembro do mesmo ano. Foram efetuadas cerca de 8000 tentativas de contacto, das quais foram efetivadas 2445, o que corresponde à amostra de base para o estudo alargado em que estivemos inseridos.

Os dados recolhidos foram analisados através de procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial, de forma a responder aos objetivos do estudo (Almeida e Freire, 2008).

O formulário alargado foi construído com base no *software* TELEFORM<sup>®</sup> (disponível nos serviços da ESEP), o que nos permitiu que todo o processo de lançamento dos dados fosse automático. Este facto concorreu para a fiabilidade do material que está na base do nosso estudo e de todos os outros que o acompanharam. Os dados, uma vez lidos através do TELEFORM<sup>®</sup> *reader*, foram alojados numa base de dados ACCESS da Microsoft<sup>®</sup>. Após, os dados foram inspecionados pela equipa de

investigação, com o intuito de despistar “erros” e/ou informações “aberrantes”. Os “erros” detetados foram muito poucos e a sua correção exigiu-nos uma nova consulta de alguns casos, em suporte de papel. Os “erros” encontrados explicam-se pela dificuldade que o *software* de leitura utilizado tem em ler algumas particularidades da caligrafia humana.

Após ter sido fiabilizado, o material foi exportado para uma base de dados do SPSS<sup>®</sup>, onde foi submetido aos procedimentos de análise estatística (descritiva e inferencial) considerados adequados, em função da natureza das variáveis e dos objetivos da nossa investigação.

### 3.4.1 Instrumento de recolha de dados

Como já referimos, o instrumento de recolha de dados utilizado na investigação foi o formulário. A sua utilização permite que o investigador formule questões previamente definidas, como se de um catálogo ou inventário se tratasse, sendo o preenchimento feito pelo próprio investigador (Gil, 2008). Considerando a possível heterogeneidade da nossa amostra, o uso do formulário permitiu aos investigadores recolher dados junto de pessoas analfabetas e alfabetizadas. Para além disso, porque admitíamos proceder à observação de alguns aspetos, por exemplo do nível de dependência dos familiares que eram cuidados pelos MFPC, o formulário era bastante adequado. Por outro lado, mesmo nas diferentes questões, sempre que necessário, o formulário permitiu-nos esclarecer dúvidas, clarificar sentidos e, assim, facilitar a compreensão das questões, por parte dos inquiridos.

#### 3.4.1.1 *Formulário*

O formulário de recolha de dados foi construído pelo grupo de investigadores, após revisão da literatura. É de salientar que o formulário geral utilizado serve vários propósitos e objetivos, de acordo com o interesse de cada investigador envolvido no “estudo alargado”. O formulário era constituído por duas grandes secções. Na primeira secção era efetuado um inquérito preliminar, com o intuito de identificar as famílias clássicas que integravam dependentes no autocuidado. Nesta secção procedíamos, ainda, à recolha de dados que nos permitiram caracterizar as famílias, os seus alojamentos e, no caso de existirem dependentes, os membros da família que deles (dos

dependentes) tomam conta. A segunda secção, a mais extensa, só era utilizada quando o respondente ao inquérito preliminar nos indicava a existência de uma pessoa dependente na família. Assim, a segunda secção do formulário alargado permitia-nos caracterizar a pessoa dependente, quanto ao nível e tipo de dependência nos vários domínios do autocuidado (“alimentar-se”; “tomar banho”; “vestir-se e despir-se”...), através de instrumentos específicos, válidos e precisos (Duque, 2009). Para além do tipo e nível de dependência no autocuidado, na segunda secção do formulário alargado procedemos à avaliação complementar da condição de saúde do familiar dependente, nomeadamente em relação à presença de úlceras de pressão, de anquiloses e de outros compromissos nos processos corporais (Cf. ICN, 2011). Uma vez caracterizado o dependente importava, ainda, caracterizar o seu MFPC. Nesta parte, o formulário contemplava um conjunto de aspetos centrados nos cuidados assegurados pelo familiar cuidador e as (sub)escalas de avaliação da sua perceção de autoeficácia, face a cada um dos diferentes domínios do autocuidado equacionados (Anexo 2).

O processo de construção das (sub)escalas (ou instrumentos de avaliação da perceção da autoeficácia dos MFPC) implicou uma extensa revisão da literatura sobre a temática em estudo, bem como, uma pesquisa sobre instrumentos que já tivessem sido descritos na literatura. Almeida e Freire (2008:137) afirmam que *o processo de construção de um teste ou prova começa pela definição do que se vai avaliar, para que se vai avaliar e junto de quem vai decorrer tal avaliação*. Da revisão da literatura, constatou-se a inexistência de instrumentos que avaliassem, numa lógica específica da disciplina de enfermagem, com suficiente pormenor e tendo por referência os vários domínios do autocuidado, o fenómeno da autoeficácia dos familiares cuidadores. Pelo exposto, sentimos necessidade de evoluir na construção de um instrumento que o fizesse, cumprindo aquilo que era a nossa intenção de descrever a problemática com suficiente propriedade. Ao falarmos do “instrumento de avaliação da perceção da autoeficácia (PAE) do membro da família prestador de cuidados”, estamos a referir o conjunto das diferentes (sub)escalas que foram desenvolvidas, tendo em consideração os diferentes domínios do autocuidado. Assim, conforme se depreende da consulta no Anexo 2, foi desenvolvido um instrumento para avaliar a perceção da autoeficácia do MFPC face à dependência do seu familiar para tomar banho; outro face à dependência para se vestir / despir; e assim por diante.

No processo de construção dos instrumentos focados na PAE, os trabalhos de Schumacher foram nucleares, em particular aquele que desenvolveu em colaboração com outras autoras e publicado em 2000 – “*Family Caregiving Skill: Development of the Concept*”. Como foi salientado na delimitação da problemática, estas autoras apresentam várias dimensões e processos envolvidos na prestação de cuidados pelos membros da família, com vista à provisão dos melhores cuidados aos familiares dependentes. É certo que o estudo referido se focou em pessoas dependentes com doença oncológica mas, a partir da sua estrutura substantiva, foi-nos possível fazer a transferência para uma lógica mais abrangente do fenómeno da dependência no autocuidado. Schumacher e colaboradoras (2000), ao contrário de outros autores (Shoenfelder et al, 2000; Shyu, 2000) que se debruçam sobre o assunto, apresentam uma organização mais detalhada, nomeadamente na elaboração de indicadores, para cada categoria dos nove processos identificados na prestação de cuidados. Além da explanação de cada processo, as autoras enunciam sessenta e três indicadores da prestação de cuidados. Estes constituem-se como características da prestação de cuidados que indicam o nível de competência com que cada processo é desempenhado. Portanto, ao longo do percurso de desenvolvimento do instrumento, foram elencados os enunciados que poderiam concretizar cada um dos indicadores descritos nos nove processos do cuidar de Schumacher e colaboradores (2000). Tomando, assim, por referência os trabalhos de Schumacher e colaboradoras (2000), evoluímos na definição, para cada um dos principais domínios da dependência no autocuidado, dos indicadores (itens) específicos do exercício do papel de MFPC que nos permitiriam perceber a respetiva perceção de autoeficácia. Para o efeito, tivemos como referência as atividades de tomar conta de pessoas com dependência em áreas como: “tomar banho”; “alimentar-se”; “vestir e despir-se”; “virar-se”; “transferir-se”... (Cf. ICN, 2011).

No quadro seguinte, a título exemplificativo, apresentamos o conjunto dos itens que dão forma ao instrumento de avaliação da perceção da autoeficácia dos MFPC, face à dependência no “tomar banho”, do seu familiar dependente.

**Quadro II – Exemplo de estrutura matricial para definir os conteúdos específicos necessários à avaliação da PAE dos MFPC face à dependência do familiar no tomar banho**

<i>Itens associados à PAE do MFPC, face à dependência do familiar no tomar banho</i>	<b>Domínio de competência (adapt. de Schumacher et al, 2000)</b>
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	<b>Monitorizar / Interpretar</b>
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	<b>Decidir</b>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene	<b>Agir</b>
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	<b>Ajustar</b>
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	<b>Aceder</b>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	<b>Aceder</b>
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	<b>Aceder</b>
Dar banho ao seu familiar	<b>Providenciar cuidados</b>
Pentear o cabelo ao seu familiar	<b>Providenciar cuidados</b>
Lavar os dentes ao seu familiar	<b>Providenciar cuidados</b>
Cortar as unhas ao seu familiar	<b>Providenciar cuidados</b>
Barbear o seu familiar	<b>Providenciar cuidados</b>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	<b>Trabalhar com a pessoa dependente</b>
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	<b>Trabalhar com a pessoa dependente</b>
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde	<b>Negociar</b>
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	<b>Negociar</b>

Conforme se percebe da consulta do quadro II, foi definida uma estrutura matricial para a definição dos instrumentos de avaliação da percepção da autoeficácia dos MFPC.

A matriz concretiza-se no cruzamento do domínio do autocuidado com os domínios de competência definidos por Schumacher e colaboradoras (2000). Neste contexto, podemos dizer que existe um conjunto característico de itens relativos à PAE dos MFPC, que podem ser associados aos domínios de competência definidos por Schumacher e colaboradores (2000). Assim:

- “monitorizar / interpretar”: enunciados do tipo – *perceber a necessidade..., perceber se..., detetar... e supervisionar...*
- “decidir”: enunciados do tipo – *determinar o horário..., definir o que fazer... e escolher... (aspetos que não sejam relativos a equipamentos) ”.*
- “agir”: enunciados do tipo – *cumprir....*
- “ajustar”: enunciados do tipo – *modificar..., alterar....*
- “aceder a recursos”: enunciados do tipo – *escolher equipamentos..., garantir a ajuda....*
- “providenciar cuidados”: enunciados que reflitam ações do tipo *executar (dar banho; posicionar; alimentar; transferir...).*

- “trabalhar com a pessoa cuidada”: enunciados do tipo – *promover a participação do seu familiar..., incentivar o seu familiar....*
- “negociar com o sistema de saúde”: enunciados do tipo – *avaliar a qualidade dos cuidados prestados..., negociar alterações aos cuidados....*

Todo este trabalho foi sendo apresentado ao grupo de investigadores reunidos no projeto. Esta apresentação visava discutir o trabalho elaborado no sentido da eliminação dos enunciados redundantes, na reformulação daqueles que seriam pouco explícitos e no refinamento dos consensualizados. Da discussão gerada deve ser salientada a necessidade de fundir, na construção dos enunciados, os processos “monitorizar” e o “interpretar”, definidos por Schumacher e colaboradoras (2000), dada a proximidade conceptual. No final deste extenso trabalho, foram obtidos 104 itens (indicadores), agrupados em torno de oito “processos de cuidar” (Schumacher et al, 2000), em função dos diferentes tipos de autocuidado em análise (Anexo 2).

Conscientes das discussões em torno da problemática da avaliação da perceção da autoeficácia, decidimos proceder à operacionalização da referida avaliação numa escala ordinal do “tipo Likert”, com quatro (4) *scores*:

- *score 1 – Incompetente;*
- *score 2 – Pouco competente;*
- *score 3 – Medianamente competente;*
- *score 4 – Muito competente.*

A opção por uma escala com apenas quatro *scores* (partes) não alinha com aquilo que é proposto por Bandura (2006), que recomenda a mensuração da perceção da autoeficácia em escalas com dez partes. A nossa opção radicou nas reconhecidas dificuldades que os membros da família prestadores de cuidados (essencialmente, idosos e com baixos níveis de escolaridade) poderiam ter para “se avaliarem ou posicionarem” numa escala com dez *scores*.

Tal como está descrito na introdução a este relatório, este nosso estudo (em concreto) não se apresentou como um estudo metodológico. Essa abordagem está reservada para o estudo mais alargado, em que se insere este e outros que, neste momento, estão a ser realizados na ESEP. Todavia, adiante, no capítulo relativo à

apresentação dos resultados, discutiremos, por que entendemos adequado e necessário, os aspetos centrais relativos à validade e fidelidade do(s) instrumento(s) utilizado(s) na avaliação da percepção da autoeficácia dos MFPC, para lidarem com os quadros de dependência dos seus familiares. Com efeito, pelo percurso realizado na definição dos itens dos instrumentos e, como veremos, pelos valores de consistência interna apurados, assumimos a validade e precisão das medidas obtidas com as (sub)escalas de avaliação da PAE dos familiares cuidadores, no exercício do seu papel de tomar conta.

#### 3.4.2 Considerações éticas

Todos os manuais de metodologia de investigação em enfermagem alertam e abordam as questões éticas envolvidas na investigação. De acordo com Fortin (2009), todas as investigações são “intrinsecamente boas” se produzirem “o bem” e não causarem dano ou prejuízo aos participantes, o que acaba por acontecer se forem guiadas pelos princípios que estão subjacentes à investigação relacionada com seres humanos.

Em termos legais, segundo o artigo 38.º do Código Penal, o consentimento *pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido*. Por isto, o consentimento tanto pode ser expresso verbalmente como de forma escrita. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007) advoga que, em algumas circunstâncias, é necessário um requisito formal escrito, como, por exemplo, nos ensaios clínicos. Todavia, a nossa investigação não se inscreve nas situações para as quais o consentimento informado escrito é mandatário.

Em todo o caso, no respeito pela autonomia dos potenciais participantes, os investigadores/enfermeiros questionaram-nos sobre a sua vontade (ou não) de participar no estudo. Todos os potenciais participantes foram informados sobre as razões da investigação, a sua finalidade e os seus objetivos. Foi ainda explicado a todas as pessoas abordadas que os dados recolhidos seriam totalmente confidenciais; tratados e apresentados de forma anónima. Foi, ainda, frisado que qualquer pessoa podia desistir a qualquer momento do estudo, mesmo antes de finalizado o inquérito. Esta abordagem visou garantir que cada (eventual) participante decidisse, de forma livre e esclarecida, sem qualquer pressão, se iria ou não fazer parte do estudo.

Note-se, ainda, que se deixou claro a todos os participantes que não iriam ter qualquer prejuízo ou benefício imediato, em função da sua decisão, isto é: procurou evitar-se que a participação no estudo pudesse ser o resultado de qualquer “ameaça” (ainda que velada) ou incentivo.

Admitiu-se, ainda, que os investigadores/enfermeiros, durante a recolha de dados, se pudessem confrontar com situações imprevistas (emergências ou sinais de maus tratos, por exemplo) cujo encaminhamento não fosse passível de consensualizar com o MFPC. Para esta eventualidade, e num quadro de salvaguarda dos direitos do familiar dependente, suportada no código deontológico dos enfermeiros, nos princípios éticos e nos direitos humanos, definiu-se um “algoritmo” de decisão, para algumas dessas situações com as quais nos poderíamos vir a deparar. Assim:

- situações de emergência – contactar o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM);
- casos de negligência ou maus tratos – contactar a Polícia de Segurança Pública;
- casos em que a condição de saúde do familiar dependente justifique a intervenção de profissionais da saúde, nomeadamente para que os familiares disponham de apoio no cuidado ao seu parente, e em que essa intervenção seja do interesse da família – notificação para o Centros de Saúde da área de residência.

Neste momento, podemos afirmar que o processo de recolha de dados decorreu sem incidentes e de uma forma adequada aos propósitos da investigação.

## 4 Apresentação e discussão dos resultados

Iniciamos este capítulo pela apresentação dos aspetos relativos à validade e à fidelidade do instrumento utilizado na avaliação da percepção da autoeficácia (PAE) dos membros da família prestadores de cuidados (MFPC). Após, avançamos para a caracterização dos familiares dependentes e dos seus MFPC. De seguida, apresentaremos o nível de PAE dos MFPC que tomam conta de um familiar dependente no autocuidado, tendo por referência os vários domínios do autocuidado. Em complemento, discutimos os resultados apurados na avaliação da percepção da autoeficácia dos familiares cuidadores, tendo em consideração os “processos de cuidar” propostos por Schumacher e colaboradoras (2000). Finalizamos este capítulo abordando as relações entre o nível de PAE dos MFPC e as suas variáveis de atributo, bem como os principais aspetos relativos aos dependentes. Contudo, julgamos adequado, desde já, fazer alusão aos resultados que nos permitiram chegar à caracterização da PAE dos MFPC.

Assim, durante a fase de colheita de dados, em que tocámos cerca de 8000 campanhas, obtivemos um número de casos (famílias) que ficou ligeiramente além daquilo que estava projetado. Com efeito, tivemos oportunidade de contactar com 2445 famílias (Anexo 9); número ligeiramente superior ao inicialmente estimado para a amostra (2401). No entanto, a diferença de inquéritos realizados por freguesia não foi relevante e está em linha com as proporções previamente projetadas para a amostra de famílias (Anexo 10). Destas famílias (casos), depois de devidamente esclarecidas, aceitaram responder ao inquérito preliminar 2314.

Em relação à questão do inquérito preliminar: – *Vive alguém que precise de ajuda / apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?*; foram identificados 41 casos de famílias que referiram integrar no seu seio uma pessoa apenas dependente de equipamento para o autocuidado. Quanto à questão: *Vive alguém que precise de ajuda – não esperada para a idade – de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?*; 107 respondentes (o mesmo é dizer:

famílias) referiram integrar um elemento que necessitava de ajuda de pessoas para o autocuidado. Não sendo as duas questões mutuamente exclusivas, identificaram-se 93 casos com resposta afirmativa às duas questões anteriores (necessita de equipamento e necessita de ajuda de pessoa). Podemos, pois, considerar 200 casos que necessitam de ajuda de pessoa. No total foram, portanto, identificados 241 casos que, na opinião dos respondentes, evidenciavam algum tipo de dependência no autocuidado (necessidade de equipamento e / ou de ajuda de pessoa); o que nos permitiu calcular, desde logo, a percentagem de famílias do concelho do Porto com dependentes no seu seio – 10,41%.

Das 157 famílias que referiam integrar, pelo menos, um dependente, e que aceitaram continuar a participar no estudo mais aprofundado – concretizado através da aplicação da segunda seção do formulário alargado – seis integravam, ainda, um segundo membro dependente. Assim, com efeito, foram avaliados com toda a propriedade, quanto ao nível e tipo de dependência no autocuidado, 163 pessoas dependentes. Ora, o nosso estudo específico, partindo destas pessoas dependentes visava conhecer a perceção da autoeficácia dos seus MFPC (no caso de existirem). Constatámos que, para os 163 casos de pessoas dependentes, foram identificados, apenas, 138 membros da família cuidadores informais, 125 assumiam-se como cuidadores principais e 13 destes membros da família eram cuidadores secundários.

#### **4.1 Validade e fidelidade do instrumento de avaliação da perceção da autoeficácia do membro da família prestador de cuidados**

De acordo com os objetivos definidos para a nossa investigação, não foi nosso propósito realizar um estudo metodológico. Esta intenção insere-se no âmbito do projeto mais alargado, para o qual esta investigação concorreu. Contudo, como referimos anteriormente, urge demonstrar a validade e a fidelidade dos dados recolhidos.

Almeida e Freire (2008:133) afirmam que *a qualidade informativa dos dados recolhidos vão, parcialmente, depender da qualidade dos instrumentos usados na recolha*. Assim sendo, importa avaliar a qualidade do instrumento que utilizamos, para que os dados recolhidos possam ser apresentados e analisados com bases sólidas e

robustas. A avaliação que se efetua aos instrumentos de avaliação deve centrar-se nos itens dos mesmos ou nos resultados obtidos (Cf. *Ibidem*). Importa, por isso, discutir a validade e fidelidade do(s) instrumento(s) de avaliação da PAE dos MFPC, que tomam conta de familiares dependentes no autocuidado. Afinal, há que demonstrar que o instrumento mede aquilo que realmente diz medir e que podemos ter confiança nos dados que obtemos a partir dele.

A validade do instrumento diz respeito à exatidão com que um conceito é medido; ou seja, indica se o instrumento mede o que supostamente deve medir e não outro constructo (Fortin, 2009; Polit e Beck, 2011). A fidelidade, segundo Fortin (2009:348) *designa a precisão e a constância das medidas obtidas com a ajuda de um instrumento de medida*. A validade e a fidelidade avaliam características diferentes da qualidade dos instrumentos de recolha de dados, mas não são independentes. Um instrumento de medida pode ser fiável (preciso) e não medir o fenómeno que se propõe a medir, porém se o instrumento não for fiável dificilmente será válido (Fortin, 2009; Polit e Beck, 2011).

#### 4.1.1 Validade do instrumento

A validade pode ser estimada de formas diferentes, nomeadamente, através da validade de conteúdo, da validade de constructo e da validade de critério. A validade de conteúdo está diretamente ligada à conceptualização e à definição do constructo e à representatividade do conjunto de enunciados que constituem o conceito a medir. A validade de constructo diz respeito à capacidade do instrumento avaliar o que pretende medir, sendo fundamental a estrutura teórica que está subjacente à definição do constructo. A validade de critério define o grau de correlação entre um instrumento de medida e uma outra medida independente, que serve de critério e avalia o mesmo fenómeno ou conceito (Fortin, 2009).

No que diz respeito à validade de conteúdo do instrumento de avaliação da perceção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados, a matriz conceptual utilizada para garantir a representatividade do constructo deriva do trabalho de Schumacher (1995, 1996) e Schumacher e colaboradoras (2000). A construção dos itens envolvidos nesta matriz conceptual foi, já, referida anteriormente. Salientamos, ainda, o facto do conteúdo específico dos itens definidos derivarem, em grande medida,

da Classificação de resultados (sensíveis) aos cuidados de enfermagem – NOC – (Moorhead et al, 2008). Consideramos, também, que o desenvolvimento e “validação” (revisão) dos itens do instrumento de avaliação de PAE do MFPC pelo grupo de catorze investigadores do Porto e Lisboa vão de encontro ao “julgamento de peritos” que Fortin (2009) refere para apoiar a validade de conteúdo dos instrumentos de medida.

A validade de constructo, segundo Fortin (2009:357, 358), *diz respeito à capacidade de um instrumento para medir o conceito definido teoricamente (estrutura teórica). Trata-se de verificar as relações teóricas subjacentes ao constructo de um instrumento.* A análise fatorial – um método estatístico utilizado para identificar grupos de itens relacionados – é uma das formas de perceber se o instrumento apresenta validade de constructo. *A análise factorial é um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever* (Pestana e Gageiro, 2008:490). Segundo estes autores, esta análise permite ainda avaliar a validade das variáveis que constituem os fatores.

Como fizemos referência no enquadramento metodológico, a perceção da autoeficácia dos MFPC foi avaliada, tendo presente cada um dos domínios dos autocuidados, com base num conjunto de (sub)escalas específicas.

Todavia, consideramos premente, nesta fase do relatório, clarificar que, apesar de termos avaliado a dependência dos familiares em onze domínios do autocuidado, só procedemos à avaliação da perceção da autoeficácia dos MFPC, face a oito daqueles domínios. Com efeito, em domínios de dependência no autocuidado como “arranjar-se” e “cuidar a higiene pessoal”, não avalíamos a perceção da autoeficácia dos MFPC. Esta nossa opção radica no facto de, em rigor, a avaliação da PAE face aqueles domínios do autocuidado, estar “plasmada” na avaliação da PAE face à dependência no “tomar banho”. Por outro lado, não nos pareceu necessário avaliar a PAE dos MFPC face à dependência no “elevar-se”, na medida em que este é um aspeto que se liga, na substância, à dependência no “transferir-se”. Por último, relativamente ao autocuidado “usar a cadeira de rodas”, também foi entendimento do grupo que desenvolveu os instrumentos de avaliação da PAE dos MFPC que “não fazia sentido” avaliar este domínio. Pelo exposto, ficam mais claras as razões que justificam a ausência de instrumentos de avaliação da PAE dos MFPC face ao “arranjar-se”, “cuidar da higiene

peçoal” e “elevar-se”; aspetos em que, como se percebe da leitura deste relatório, procedemos à avaliação do tipo e do nível de dependência.

Voltando às (sub)escalas de avaliação da percepção da autoeficácia dos MFPC, cada uma delas inclui entre 10 a 15 itens e, cada um destes itens corresponde a um indicador que é avaliado numa escala ordinal de Likert, que varia de *incompetente* a *muito competente*. A partir dos *scores* obtidos nos indicadores (itens) específicos de cada (sub) escala foram computados os valores (globais) da PAE dos MFPC, face a cada um dos domínios do autocuidado. A computação realizada baseou-se na solidez teórica que pautou a construção do instrumento (validade de conteúdo) e corresponde à média dos *scores* obtidos na escala de Likert, ignorando os nulos.

**Tabela 1. Exemplificação do processo de computação da PAE de um MFPC, face à dependência do familiar para tomar banho**

PAE do MFPC face à dependência do familiar para tomar banho	O MFPC para ... sente-se:	Escala Likert
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	muito competente	4
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	medianamente competente	3
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene	pouco competente	2
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	incompetente	1
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	muito competente	4
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	pouco competente	2
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	muito competente	4
Dar banho ao seu familiar	não aplicável	-
Pentear o cabelo ao seu familiar	medianamente competente	3
Lavar os dentes ao seu familiar	não aplicável	-
Cortar as unhas ao seu familiar	medianamente competente	3
Barbear o seu familiar	pouco competente	2
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	medianamente competente	3
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	não aplicável	-
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde	pouco competente	2
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	não responde	-
<b>Score global da PAE do MFPC face à dependência do familiar para tomar banho</b>	<b>(4+3+2+1+4+2+4+3+3+2+3+2) : 12 = 2,75</b>	
<b>=</b>		
<b>“Média” ignorando os nulos</b>		

Assim, foram calculados, para cada caso em estudo, os oito *scores* relativos a cada domínio da PAE do MFPC face à dependência no autocuidado. Com base neste procedimento de computação, passamos a estar na posse de oito “novas” variáveis.

A análise fatorial realizada baseou-se, assim, nos valores entretanto computados da PAE face a cada domínio do autocuidado.

Recorremos ao método de análise dos componentes principais (Pestana e Gageiro, 2008). Observando-se a tabela das *communalities* (Anexo 11), verifica-se, antes de mais, que todas as variáveis têm uma relação moderada a forte com o único fator retido. Após a realização do método de extração de componentes principais, verificamos que apenas um fator foi isolado, isto porque apresenta um valor próprio (*eigen-value*) superior à unidade (1.00). Constatamos, ainda, que 77,24% da variância era explicada por esse único fator. Dado que *a análise factorial possibilita-nos saber quantos e quais fatores o instrumento está a avaliar, assim como nos permite identificar que itens se encontram associados a cada factor* (Almeida e Freire, 2008:227), depreende-se que o instrumento de avaliação da perceção de autoeficácia do MFPC está a avaliar apenas um e o mesmo constructo.

Pelo exposto ao longo dos parágrafos anteriores, somos levados a admitir que as medidas obtidas, relativamente à perceção da autoeficácia dos MFPC no exercício do seu papel, são oriundas de um instrumento válido.

#### 4.1.2 Fidelidade do instrumento

A fidelidade determina a precisão e a consistência dos resultados providenciados pelos instrumentos de medida (Almeida e Freire, 2008; Fortin, 2009; Polit e Beck, 2011). A fidelidade pode ser considerada relativamente à estabilidade dos resultados, isto é, a capacidade do instrumento revelar em momentos diferentes, os mesmos resultados, no mesmo caso (teste-reteste). Todavia, tal como defendemos na delimitação da problemática, a perceção da autoeficácia dos MFPC é algo mutável, pelo que se constitui, também, como um indicador do processo de assunção do exercício do papel (Cf. Meleis et al, 2000). Por outro lado, as medidas “teste-reteste” só são adequadas para constructos estáveis ao longo do tempo; o que não é o caso.

A consistência interna, ou seja, a homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, é uma avaliação da fidelidade dos instrumentos que são utilizados numa lógica de colheita de dados transversal. A verificação da consistência interna assenta no postulado da uni-dimensão do instrumento, ou seja, na medição de

um só conceito (Almeida e Freire, 2008; Fortin, 2009; Polit, 2011). A técnica mais utilizada para estimar a consistência interna dos instrumentos de medida é o *Alfa* ( $\alpha$ ) de *Cronbach*.

*O Alfa de Cronbach é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica* (Pestana e Gageiro, 2008:527, 528).

O *Alfa* ( $\alpha$ ) de *Cronbach* varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1 foi o valor de  $\alpha$ , mais consistentes são os itens da escala. Assim sendo, mais precisos são os valores (avaliações ou medidas) obtidos com o instrumento. Pelo contrário, se o  $\alpha$  de *Cronbach* apresentar um valor inferior a 0,6, a consistência interna é considerada inadmissível (Almeida e Freire, 2008; Pestana e Gageiro, 2008).

À semelhança do que fizemos para a análise fatorial, neste nosso estudo específico e para efeitos de avaliação da consistência interna do instrumento de medida, utilizamos os valores (globais) computados para cada uma das (sub)escalas.

Segundo Pestana e Gageiro (2008:529) para analisarmos a consistência interna é necessário conhecer *a característica de cada item quanto à sua média e desvio padrão (...) e correlação dos itens...*

**Tabela 2. Medidas de estatística descritiva dos scores globais de PAE dos MFPC, em cada um dos domínios do autocuidado**

<i>Instrumento avaliação PAE do MFPC</i>	<i>N.º de casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>Score global da PAE do MFPC face à dependência do familiar para tomar banho</i>	163	3,57	0,61	1,00	4,00
<i>Score global da PAE do MFPC face à dependência do familiar para vestir-se e despir-se</i>	153	3,67	0,51	1,00	4,00
<i>Score global da PAE do MFPC face à dependência do familiar para alimentar-se</i>	155	3,62	0,52	1,93	4,00
<i>Score global da PAE do MFPC face à dependência do familiar para o uso do sanitário</i>	132	3,59	0,56	1,93	4,00
<i>Score global da PAE do MFPC face à dependência do familiar para virar-se</i>	96	3,28	0,76	1,75	4,00
<i>Score global da PAE do MFPC face à dependência do familiar para transferir-se</i>	87	3,40	0,64	2,00	4,00
<i>Score global da PAE do MFPC face à dependência do familiar para andar</i>	129	3,50	0,69	1,00	4,00
<i>Score global da PAE do MFPC face à dependência do familiar para tomar a medicação</i>	143	3,41	0,64	1,62	4,00

É de referir que para a análise da consistência interna foram incluídos apenas os casos com os oito scores computados. Todos os casos com “não respostas” foram excluídos da análise. O valor de  $\alpha$  de *Cronbach* computado foi baseado, assim, em oito “novos itens”.

Com base nestes procedimentos, o valor de  $\alpha$  de *Cronbach* apurado foi 0,957 (Anexo 12). O resultado do coeficiente *alfa* varia entre 0,00 e 1,00 (Fortin, 2009), considerando-se maior fidelidade quanto mais próximo de 1. Segundo Pestana e Gageiro (2008), um  $\alpha$  de *Cronbach* de 0,957 significa que a consistência interna é muito boa. Contudo, Almeida e Freire (2008:186) referem que *acima de 0,90 dever-se-á ponderar se não justifica uma redução no número de itens ou se estes não são demasiado homogêneos na sua formulação*. O objetivo deste estudo, em concreto, não é proceder ao processo de refinamento do instrumento, dimensão que fica para um estudo mais alargado que está em curso.

A consistência interna também pode ser apreciada considerando a correlação interitens (Fortin, 2009). A correlação interitens define-se como *o grau de relação entre cada enunciado individual de uma escala de medida e o score total da mesma medida* (Fortin, 2009:351). O *coeficiente de correlação expressa numericamente tanto a intensidade como a direção da correlação linear* (Levin e Fox, 2008:334). A correlação interitens foi medida através do coeficiente de *r* de *Pearson*. O coeficiente de *r* de *Pearson* varia entre -1 e 1. Quando o coeficiente é igual a 1 significa que as duas variáveis têm uma correlação perfeita positiva, e assim quando uma aumenta a outra também. Quando o coeficiente é igual a -1 significa que existe uma relação linear negativa perfeita para ambas (Pestana e Gageiro, 2008:181). Os valores de correlação de *Pearson*, considerando os autores Pestana e Gageiro (2008:181), podem ser classificados da seguinte forma:

**Quadro III – Intensidade das correlações (adaptado de Pestana e Gageiro, 2008)**

<i>r</i>	Correlação
<0,2	Muito baixa
0,2 – 0,39	Baixa
0,4 – 0,69	Moderada
0,7-0,89	Alta
0,9-1	Muito alta

No Anexo 12, apresentamos os valores obtidos de correlação de  $r$  de *Pearson* entre os oito itens considerados na avaliação da PAE do MFPC face à dependência no autocuidado. Analisando a tabela, constatamos que a correlação interitens é sempre positiva. Quer isto dizer que, quando o MFPC se percebe muito competente face a uma das dependências no autocuidado, o mesmo tende a acontecer para as restantes dependências no autocuidado. Além disto, as correlações, entre a generalidade dos “itens” ou valores computados (para sermos mais precisos), assumem uma associação linear alta ou muito forte. Este achado permite-nos afirmar que o instrumento de avaliação da PAE do MFPC face à dependência no autocuidado apresenta níveis elevados de consistência interna.

Os valores muito elevados de correlação entre diferentes “itens” que foram apurados podem sugerir redundância; contudo, antes de pensarmos em redundância devemos ponderar a validade de conteúdo e, porque não dizê-lo, a validade clínica dos aspetos em apreço.

A precisão do instrumento de avaliação da PAE dos familiares cuidadores, no exercício das atividades de tomar conta do dependente, também poderia ser vista na lógica dos principais “processos de cuidar” propostos por Schumacher e colaboradoras (2000). Na realidade, tal como descrito no Anexo 13, quando procedemos à análise da consistência interna do instrumento por via de uma estratégia de agregação que tome por referencial os referidos “processos de cuidar”, continuamos a verificar um valor de coeficiente  $\alpha$  de *Cronbach* bastante robusto (0,978) e valores muito elevados de correlação entre os diferentes “itens” que representam os processos de cuidar.

Entretanto, vários estudos têm vindo a ser feitos com base nas (sub)escalas de avaliação da PAE dos MFPC. O estudo de Leão (2012), desenvolvido na ESEP, com prestadores de cuidados que tomavam conta de dependentes logo após a alta hospitalar do familiar dependente, revelou valores de consistência interna de cada uma das (sub)escalas (específicas) do instrumento, também, na ordem de 0,95 e 0,97.

Por tudo aquilo que fomos discutindo e explanando a respeito da validade e fidelidade do instrumento de avaliação da PAE dos familiares cuidadores de dependentes, acreditamos estar em condições de afirmar que os dados que obtivemos, e em que se fundamenta o nosso estudo, são válidos, robustos e precisos.

## 4.2 Caracterização da amostra

Como referimos no início deste capítulo, foram identificados e avaliados com propriedade, quanto ao tipo e nível de dependência nos vários domínios do autocuidado, 163 pessoas. A partir deste número, foi-nos possível identificar e entrevistar cerca de 138 membros da família prestadores de cuidados, destes, 125 assumiam o papel de cuidador principal.

Assim, começamos por caracterizar as pessoas dependentes e, após, os seus familiares cuidadores.

### 4.2.1 Caracterização das pessoas dependentes no autocuidado

Esta caracterização das pessoas dependentes no autocuidado visa compreender quem são as pessoas que os membros da família prestadores de cuidados cuidam. Tal como constatado em outros estudos (Santos, 2005; Petronilho, 2007; Figueiredo, 2007; Ricarte, 2009), as pessoas dependentes no autocuidado eram, na sua maioria, mulheres (69,3%) (Tabela 3).

**Tabela 3. Caraterização dos dependentes quanto ao sexo**

Sexo	N (%)
Masculino	50 (30,7%)
Feminino	113 (69,3%)
<b>Total</b>	<b>163 (100%)</b>

A idade dos dependentes no autocuidado variava entre os 22 e os 99 anos, com uma média de 78,44 anos e um desvio padrão de 13,957 anos (Tabela 4).

**Tabela 4. Caracterização dos dependentes quanto à idade**

Média	Desvio Padrão	Mín – Max
78,44	13,96	22 – 99

Os 79 anos eram são o valor da idade que mais se repetia na amostra (moda). Já o valor que apresentava tantas observações à sua esquerda como à sua direita (mediana) era 81 anos. Portanto, metade das pessoas dependentes tinham mais de 81 anos.

Analisando a distribuição dos dependentes em função do estado civil (Tabela 5), verificamos que, na sua maioria, os dependentes eram viúvos (51,6%), seguindo-se os casados ou vivendo em união de facto (32,1%). Os dependentes solteiros (14,5%) e os divorciados (1,9%) eram aqueles que se encontravam com menor frequência.

**Tabela 5. Caracterização dos dependentes por estado civil**

Estado Civil	N (%)
Casado/União de facto	51 (32,1%)
Divorciado	3 (1,9%)
Solteiro	23 (14,5%)
Viúvo	82 (51,6%)
<b>Total</b>	<b>159 (100%)</b>

Quanto à nacionalidade, como seria natural, a que predominava era a portuguesa (99,4%), apenas um (0,6%) dos entrevistados era de nacionalidade estrangeira (ucraniana).

As pessoas dependentes no autocuidado apresentavam níveis de escolaridade que podem ser considerados baixos. O nível de escolaridade mais frequente era o 1.º ciclo do ensino básico (46,1%). Acresce que 40,8% dos dependentes não tinham qualquer formação escolar (Tabela 6).

**Tabela 6. Caracterização dos familiares dependentes, quanto ao nível de escolaridade**

Nível de escolaridade	N (%)
Nenhum	62 (40,8)
1º Ciclo	70 (46,1)
2º Ciclo	4 (2,6)
3º Ciclo	4 (2,6)
Ensino secundário	7 (4,6%)
Ensino superior	5 (3,6)
<b>Total</b>	<b>152 (100)</b>

No que diz respeito à profissão exercida, as pessoas dependentes eram sobretudo pensionistas e reformados (83,7%) (Tabela 7).

**Tabela 7. Caracterização dos familiares dependentes quanto à profissão**

<b>Profissão</b>	<b>N (%)</b>
Quadro Superior	1 (0,6)
Trabalhador profissional nível intermédio	1(0,6)
Operário	2 (1,3)
Trabalhador não qualificado	4 (2,6)
Doméstica	13 (8,5)
Pensionista/Reformado	128 (83,7)
Outro	4 (2,6)
<b>Total</b>	<b>153 (100)</b>

A instalação da dependência foi gradual em 70,3% dos casos e em 29,7% tratou-se de um acontecimento súbito (Tabela 8).

**Tabela 8. Caracterização dos dependentes quanto à forma de instalação da dependência**

<b>Instalação da dependência</b>	<b>N (%)</b>
Súbita	46 (29,7%)
Gradual	109 (70,3%)
<b>Total</b>	<b>155 (100%)</b>

O tempo de dependência variou entre 0,17 e 50 anos, com uma média de 6,03 anos e desvio padrão de 7,32 (Tabela 9).

**Tabela 9. Caracterização dos dependentes quanto ao tempo de dependência (em anos)**

<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mín – Máx</b>
6,03	7,32	0,17 – 50

Quando consideramos as causas ou motivos de dependência (Tabela 10), verifica-se que o envelhecimento surge como a causa mais frequente (17,2%), seguida da doença crónica (15,3%), da doença aguda (12,3%) e dos acidentes (3,1%).

**Tabela 10. Caracterização dos dependentes quanto aos motivos de dependência**

Causa de dependência	N (%)
Envelhecimento	28 (17,2%)
Doença crónica	25 (15,3%)
Doença aguda	20 (12,3%)
Acidente	5 (3,1%)
Outra	3 (1,8%)
Mais que uma causa	82 (50,3%)

Na maioria dos casos, a causa da dependência não era exclusiva; ou seja: a dependência no autocuidado resultava de diferentes associações entre as causas referidas anteriormente.

**Tabela 11. Caracterização dos dependentes quanto ao recurso aos serviços de saúde**

	Média	Desvio Padrão	Min – Max
N.º de internamentos no último ano	0,46	0,78	0 – 5
N.º de episódios de recursos ao SU, no último ano	1,16	1,55	0 – 7

No que diz respeito ao recurso aos serviços de urgência, as pessoas dependentes, no último ano, tinham acedido aos mesmos cerca de 182 vezes. Salientamos o facto de existirem dependentes que, no último ano, não tinham recorrido nenhuma vez aos serviços de saúde, enquanto outros o tinham feito cerca sete vezes. Em média, os dependentes recorreram à urgência cerca de 1,16 vezes (com um desvio padrão de 1,55). Relativamente ao número de internamentos no último ano, variaram entre os zero e o máximo de cinco, com uma média de 0,46 e um desvio padrão de 0,78 (Tabela 11).

Analisando o consumo de medicamentos por parte dos dependentes, a grande maioria (96,9%) tomava algum tipo de medicamento. Este consumo era, em média, de 5,15 medicamentos por dia, atingindo um máximo de 17 fármacos diferentes (Tabela 12).

**Tabela 12. Caracterização dos dependentes quanto ao consumo de medicamentos**

	Média	Desvio Padrão	Min – Max
Variedade de fármacos	5,15	3,014	0 – 17
N.º de fármacos nas tomas/dia	7,06	4,601	0 – 28

Quando consideramos o número de fármacos por toma, a média situava-se nos 7,06 fármacos por dia.

Em suma, podemos afirmar que, em traços gerais, os familiares dependentes eram, essencialmente:

- mulheres;
- viúvas, casadas ou vivendo em união de facto;
- com baixos níveis de escolaridade;
- com instalação gradual da dependência;
- com cerca de quatro anos de tempo de dependência;
- dependentes devido ao envelhecimento e à doença crónica.

Caracterizados os dependentes quanto às principais variáveis de atributo, importa considerar o seu tipo e nível de dependência. Para este efeito, recorreremos aos dados disponíveis no estudo de Silva (2011) que decorreu em paralelo ao nosso, no quadro do projeto alargado em que estivemos inseridos.

Para caracterizarmos o nível de dependência de cada um dos casos, no âmbito dos vários domínios específicos do autocuidado (“tomar banho”, “alimentar-se”, “usar o sanitário”...), procedemos à análise do conjunto dos itens / indicadores mais específicos, que compõem cada um daqueles domínios do autocuidado. A avaliação da dependência no autocuidado foi feita com base em (sub)escalas, válidas e consistentes, tal como os estudos de Duque (2009) e Silva (2011) demonstram.

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”) concretiza-se através de um conjunto de indicadores, cada um deles avaliado de acordo com a seguinte escala:

- *dependente não participa (score 1)* – cliente totalmente dependente, que não é capaz de realizar a atividade em análise;

- *necessita de ajuda de pessoa (score 2)* – cliente que realiza (inicia e/ou completa) a atividade em análise, necessariamente com ajuda de uma pessoa;
- *necessita de equipamento (score 3)* – cliente que é capaz de realizar a atividade 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 atividade em análise.

Para exemplificar e aumentar o potencial de compreensão do leitor sobre o que comporta cada uma das escalas utilizadas, começamos por expor os resultados específicos relativos ao autocuidado “alimentar-se”.

**Tabela 13. Caracterização do nível de dependência do familiar face ao alimentar-se (tabela explicativa do processo de computação dos níveis globais de dependência em cada domínio do autocuidado)**

<b>Alimentar-se</b>	<b>Dependente, não participa n (%)</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa n (%)</b>	<b>Necessita de equipamento n (%)</b>	<b>Completamente independente n (%)</b>	<b>N</b>
Prepara os alimentos para ingestão	96(61,5)	16(10,3)	0	44(28,2)	156
Abre recipientes	49(31,0)	8(5,1)	0	101(63,9)	158
Utiliza utensílios	30(18,9)	8(5,0)	0	121(76,1)	159
Coloca o alimento nos utensílios	27(17,0)	11(6,9)	1(0,6)	120(75,5)	159
Pega no copo ou chávena	25(15,6)	8(5,0)	1(0,6)	126(78,8)	160
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	25(15,6)	8(5,0)	0	127(79,4)	169
Leva os alimentos à boca com recipiente	26(16,3)	8(5,0)	0	126(78,8)	160
Leva os alimentos à boca com os utensílios	28(17,5)	8(5,0)	1(0,6)	123(76,9)	160
Bebe por copo ou chávena	24(15,0)	10(6,3)	1(0,6)	125(78,1)	160
Coloca os alimentos na boca	27(16,9)	8(5,0)	0	125(78,1)	160
Conclui uma refeição	26(16,3)	12(7,5)	0	122(76,3)	169
<b>Alimentar-se global</b>	<b>25(15,5)</b>	<b>92(57,1)</b>		<b>44(27,3)</b>	<b>161</b>

A escala de avaliação da dependência para “alimentar-se” inclui onze 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 “alimentar-se”. O *score* específico em cada um dos indicadores incluídos na escala elucida-nos acerca do tipo e do nível de dependência dos casos. A Tabela 13 ilustra o processo realizado.

A partir do nível de dependência em cada atividade relativa ao alimentar-se, avançamos na computação do “nível global de dependência para alimentar-se”. Assim, com base nos valores (*scores*) relativos a cada um dos itens / indicadores da escala de avaliação da dependência para alimentar-se, calculámos, para cada um dos casos, o nível global de dependência para alimentar-se. 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” uma nova variável com o nível global de dependência para alimentar-se. Este processo 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*” – casos que não foram categorizados de acordo com as alíneas anteriores; aqueles que só “*Necessitam de equipamento*”; ou seja, apresentam em todos os itens algum nível de dependência (*scores* > 2) podendo, em alguns dos itens, ter *score* 4.
- “*necessita de ajuda de pessoa*” – os restantes casos; ou seja, os 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*”.

A tabela 14 faz a síntese da caracterização da dependência dos familiares que eram cuidados pelos MFPC; nos quais se centrou o nosso estudo.

Conforme se depreende da consulta da tabela, avançamos para a computação de uma variável que denominámos como “nível global de dependência” no autocuidado. Este nível global corresponde a um *score* agregado, numa escala ordinal. Para este efeito, utilizámos os mesmos princípios a que recorremos para calcular o nível global de dependência em cada um dos diferentes domínios estudados.

**Tabela 14. Caracterização dos familiares dependentes quanto ao nível global de dependência nos diferentes domínios do autocuidado**

<b>Tipo de autocuidado</b>	<b>Dependente, não participa score 1 n (%)</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa score 2 n (%)</b>	<b>Necessita de equipamento score 3 n (%)</b>	<b>Completamente independente score 4 n (%)</b>	<b>N</b>
Tomar banho	46(28,6)	68(42,2)	2(1,2)	45(28,0)	161
Vestir-se e despir-se	39(24,2)	68(42,2)	2(1,2)	52(32,3)	161
Alimentar-se	25(15,5)	92(57,1)		44(27,3)	161
Usar o sanitário	32 (20,0)	39(24,4)	4(2,5)	85(53,1)	160
Virar-se	25(15,5)	13(8,1)		123(76,4)	161
Transferir-se	28(17,6)	22(13,8)	18(11,3)	91(57,2)	159
Andar	26(16,8)	59(38,1)	44(28,4)	26(16,8)	155
Tomar a medicação	34(21,5)	75(47,5)	2(1,3)	47(29,7)	158
Usar cadeira de rodas	16(72,7)	5(22,7)	1(4,5)		22
Arranjar-se	34(21,3)	81(50,6)		45(28,1)	160
Elevar-se	28(17,4)	22(13,7)	20(12,4)	91(56,5)	161
<b>Nível de dependência global</b>	<b>18 (11,1)</b>	<b>129 (79,6)</b>	<b>14 (8,6)</b>	<b>2 (0,7)</b>	<b>163</b>

Os valores apurados para o “nível global de dependência no autocuidado” são bastante ilustrativos. Assim, podemos constatar que, globalmente, cerca de 90% dos casos estudados “necessitam de ajuda de uma pessoa” (familiar cuidador ou profissional), para realizarem algumas das atividades de autocuidado. Para além disso, cerca de um em cada dez casos é completamente dependente em todos os domínios do autocuidado. Pelo exposto, percebemos a necessidade de apoio por parte dos MFPC, pelo que se justifica avaliar a sua perceção de autoeficácia no exercício do papel de cuidadores informais.

#### 4.2.2 Caracterização dos membros da família prestadores de cuidados

A nossa amostra de membros da família prestadores de cuidados foi constituída por 138 MFPC, em que 125 eram cuidadores principais. Conforme se depreende da consulta das tabelas seguintes, pelos dados relativos a algumas das variáveis que foram utilizadas para caracterizar os MFPC nem sempre foi possível obter respostas válidas de todos os participantes no estudo. Este facto, baseado na existência de valores distintos de respostas nulas nas diferentes questões (*missing values*) deve ser tido em conta na leitura das tabelas.

A maioria dos MFPC era do sexo feminino (82,5%), como se constata na Tabela 15.

**Tabela 15. Caracterização dos MFPC quanto ao sexo**

Sexo	N (%)
Masculino	24 (17,5)
Feminino	113 (82,5)
<b>Total</b>	<b>137 (100)</b>

O papel de prestador de cuidados, na nossa amostra, era desempenhado, na maioria das famílias, por filhos ou filhas (40,9%), seguido dos cônjuges (22,6%) (Tabela 16).

**Tabela 16. Caracterização dos MFPC quanto à relação de parentesco**

Relação de Parentesco	N (%)
Marido/Esposa	31 (22,6)
Pai/Mãe	7 (5,1)
Filho/Filha	56 (40,9)
Irmão/Irmã	10 (7,3)
Afinidade	13 (9,5)
Sem grau de parentesco	11 (8,0)
Outro parentesco	9 (6,6)
<b>Total</b>	<b>137 (100)</b>

A idade dos MFPC variava entre os 21 e os 89 anos, com uma média de 59,13 anos e um desvio padrão de 13,64 (Tabela 17).

**Tabela 17. Caracterização dos MFPC quanto à idade**

Média	Desvio Padrão	Min. – Máx.
59,13	13,64	21 – 89

Analisando a distribuição dos MFPC em função do estado civil (Tabela 18), verificamos que, na sua maioria, os MFPC eram casados ou viviam em união de facto (76,5%), seguindo-se os solteiros (15,9%). Os MFPC divorciados (4,5%) e os viúvos (1,9%) eram em menor número, factos que alinham com o perfil típico dos cuidadores familiares disponível na literatura (Schumacher et al, 2000; Schumacher et al, 2006; Martins, 2006; Lage, 2007; Petronilho, 2007).

**Tabela 18. Caracterização dos MFPC quanto ao estado civil**

Estado Civil	N (%)
Casado/União de facto	101 (76,5)
Divorciado	6 (4,5)
Solteiro	21 (15,9)
Viúvo	4 (3,0)
<b>Total</b>	<b>132 (100)</b>

Quanto à nacionalidade dos MFPC, a que predominou foi a Portuguesa (97,7%), apenas três (2,3%) dos entrevistados eram de nacionalidade estrangeira (Americana, Brasileira e Russa).

O nível de escolaridade dos MFPC era baixo, provavelmente em razão do seu perfil etário. Dos MFPC, 48,6 % tinham, apenas, o 1.º ciclo do ensino básico e 9,8% não tinha mesmo qualquer formação escolar (Tabela 19).

**Tabela 19. Caracterização dos MFPC quanto ao nível de escolaridade**

Nível de escolaridade	N (%)
Nenhum	13 (9,8)
1.º Ciclo	64 (48,5)
2.º Ciclo	9 (6,8)
3.º Ciclo	17 (12,9)
Ensino Secundário	13 (9,8)
Ensino Superior	16 (12,1)
<b>Total</b>	<b>132 (100)</b>

No que diz respeito à profissão exercida, as pessoas entrevistadas que desempenhavam o papel de MFPC eram, como seria expectável, pensionistas e reformadas (40,4%), domésticas (16,2%) ou desempregados (15,4%) (Tabela 20).

Os dados apurados indicam que os MFPC que exerciam o papel de tomar conta de um familiar dependente eram aqueles que não desempenhavam nenhuma profissão, ou melhor, eram os que estavam “mais disponíveis”.

**Tabela 20. Caracterização dos MFPC quanto à profissão**

Profissão	N (%)
Quadro superior	2 (1,5)
Especialista das profissões. intelectuais e científicas	6 (4,4)
Técnicos e profissionais de nível intermédio	5 (3,7)
Pessoal administrativo	2 (1,5)
Pessoal dos serviços e vendedores	2 (1,5)
Trabalhadores não qualificados	18 (13,2)
Doméstica	22 (16,2)
Desempregado	21 (15,4)
Pensionista/Reformado	55 (40,4)
Estudante	3 (2,2)
<b>Total</b>	<b>136(100)</b>

Em 78,2% dos casos, o MFPC coabitava com o familiar dependente no autocuidado (Tabela 21).

**Tabela 21. Caracterização dos MFPC quanto à coabitação com o familiar dependente**

Coabitação com o familiar dependente	N (%)
Sim	86 (78,2)
Não	24 (21,8)
Total	110 (100)

Em síntese, podemos dizer que os MFPC que constituíram a nossa amostra eram:

- mulheres;
- casadas ou em união de facto;
- filhas ou esposa do dependente;
- com baixo nível de escolaridade;
- pensionistas, reformadas ou desempregadas;
- coabitavam com o dependente.

Pelo exposto, podemos afirmar que o perfil dominante do MFPC no nosso estudo vai de encontro ao perfil encontrado na literatura (Schumacher et al, 2000; Schumacher et al, 2006; Martins, 2006; Lage, 2007; Petronilho, 2007).

### 4.3 A percepção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de dependentes

O conceito central do nosso estudo foi a percepção de autoeficácia (PAE) dos membros da família prestadores de cuidados (MFPC). Neste ponto do relatório procedemos à apresentação e discussão dos dados que se referem a esta realidade. Salientamos que os dados que serão discutidos correspondem à avaliação da PAE dos MFPC que assumem o papel enquanto cuidadores primários ou principais, que no nosso formulário, são caracterizados como tendo o perfil 1. Apesar de existirem 125 MFPC que exerciam o papel de cuidador principal, apenas em 111 casos foi possível avaliar a sua PAE. Numa primeira fase, a nossa discussão toma por referência os vários domínios da dependência no autocuidado do familiar dependente e, após, os principais aspetos do cuidar descritos por Schumacher e colaboradoras (2000), que nos serviram com fundamento teórico. Relembramos que o instrumento de avaliação da PAE do MFPC foi construído e desenvolvido considerando os oito principais domínios de dependência no autocuidado, em que os familiares dependentes e cuidados pelos MFPC foram avaliados.

O instrumento de avaliação da PAE incluiu, como vimos, oito (sub)escalas, cada uma delas com cerca de 10 – 15 itens. Cada um destes corresponde a um indicador que foi avaliado, se adequado ao tipo e ao nível de dependência do familiar de quem o MFPC tomava conta.

No caso particular da avaliação da percepção de autoeficácia dos MFPC, como já fizemos alusão anteriormente, foi utilizada uma escala de Likert de 4 pontos, em que 1 é incompetente, 2 *pouco competente*, 3 *medianamente competente* e 4 *muito competente*. Já tivemos oportunidade de esclarecer que, numa primeira fase, procedemos à computação (para cada uma das escalas da PAE) de um *score* (médio) quantitativo, para cada um dos casos em estudo. Este *score* médio resultou do cálculo da média, ignorando os nulos, dos itens de cada uma das (sub)escalas de PAE, tal como está descrito na Tabela 1 a respeito da percepção da autoeficácia do MFPC para lidar com a dependência do familiar para “tomar banho”.

O *score* médio de 2,75 que utilizamos como exemplo aponta para um MFPC que, face à dependência do seu familiar para tomar banho, se percebe como

“medianamente competente”. A partir deste *score* médio (para cada caso), foi-nos possível avançar para uma estratégia de reconversão dos valores obtidos para uma escala ordinal. Assim, com base em quatro intervalos equidistantes, definidos teoricamente, decidimos que os *scores* médios entre 1 (valor mínimo) e 1,75 (1+0,75) inclusive corresponderiam à ordem “incompetente”; de 1,75 a 2,5 inclusive corresponderiam ao nível “pouco competente”; de 2,5 a 3,25 inclusive teríamos o nível “mediamente competente”; e, de 3,25 a 4 (valor máximo) o nível “muito competente”. Temos por certo que um MFPC que, por exemplo, em relação à percepção da sua eficácia para assistir o familiar dependente no autocuidado tomar banho tenha um *score* de 1,3 não é, em rigor, completamente “incompetente”. Porém, os quatro níveis ordinais que utilizámos permitem-nos ter uma noção mais global e com base na mesma escala que foi utilizada originalmente. No entanto, esta avaliação perde algum “rigor” ou pormenor, facto de que temos consciência.

Todos os procedimentos realizados, tendo por referência os vários domínios de dependência no autocuidado, também foram possíveis tendo presente os principais processos de cuidar descritos por Schumacher e colaboradoras (2000).

Depois de termos vindo a clarificar os procedimentos utilizados na avaliação da PAE dos familiares cuidadores, fica claro que, para cada caso, para além do *score* médio de PAE (em função de cada domínio do autocuidado) – variável quantitativa –, temos, também, a sua caracterização numa escala ordinal agregada. Tendo presente os mesmos princípios e lógica de agregação, também computamos um *score* global de PAE geral dos MFPC. Para o efeito, considerámos todos os “itens válidos” das diferentes (sub)escalas utilizadas, o que nos dá uma síntese da percepção global da autoeficácia. Ora, a apresentação e a discussão dos resultados relativos à percepção de autoeficácia dos MFPC recorrem a estas “variáveis” que foram, entretanto, computadas.

#### 4.3.1 Percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar nos vários domínios do autocuidado

Apresentamos e discutimos, agora, a percepção da autoeficácia dos MFPC considerando cada um dos domínios do autocuidado estudados (“tomar banho”, “vestir-se e despir-se”, “alimentar-se”, “uso de sanitário”, “virar-se”, “transferir-se”, “andar” e

“tomar medicação”). Iremos analisar a percepção de autoeficácia global dos MFPC em cada um dos domínios, os itens que reuniram os níveis mais baixos de PAE (considerando o somatório dos MFPC que se julgaram incompetentes e pouco competentes), os indicadores em que os MFPC se avaliaram como mais competentes e os cuidados em que foi evidente a baixa casuísta obtida.

#### 4.3.1.1 Percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “tomar banho”

Em termos globais, os MFPC percecionam-se como muito competentes (89,5%) para tomar conta do familiar dependente no “tomar banho”. Porém, ao analisarmos a Tabela 22, verificamos que existem alguns indicadores específicos em que os MFPC revelam níveis mais baixos de percepção da sua autoeficácia.

**Tabela 22. Percepção da autoeficácia dos MFPC face à dependência do familiar para “tomar banho”**

PAE do MFPC face à dependência do familiar para tomar banho – Itens em análise	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Mediamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total N
Pentear o cabelo ao seu familiar	0	0	2 (4,0)	48 (96)	50
Determinar o horário, a forma e o local de higiene do seu familiar	0	0	3 (5,3)	54 (94,7)	57
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	0	1 (1,3)	6 (8,9)	72 (91,1)	79
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	0	2 (3,8)	3 (5,7)	48 (90,6)	53
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene	0	0	5 (9,6)	47 (90,4)	52
Lavar os dentes do seu familiar	0	0	5 (13,2)	33 (86,6)	38
Dar banho ao seu familiar	0	0	9 (14,5)	53 (85,5)	62
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	0	2 (5,1)	5 (12,8)	32 (82,1)	39
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	0	1 (3,7)	4 (14,8)	22 (81,55)	27
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde	0	0	3 (18,8)	13 (81,3)	16
Cortar as unhas do seu familiar	2 (3,6)	5 (8,9)	5 (8,9)	44 (78,6)	56
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local de cuidados de higiene	0	3 (12)	3 (12)	19 (76)	25
Barbear o seu familiar	0	1 (5,3)	4 (21,1)	14 (73,7)	19
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	0	0	4 (30,8)	9 (69,2)	13
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	0	4 (20)	3 (15)	13 (65)	20
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	3 (10,3)	9 (31,0)	4 (13,8)	13 (44,8)	29
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO TOMAR BANHO</b>	<b>0</b>	<b>1 (1,2)</b>	<b>8 (9,3)</b>	<b>77 (89,5)</b>	<b>86</b>

Os indicadores específicos em que os MFPC revelam níveis de PAE mais baixos dizem respeito a *escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar*

(10,3% incompetentes e 31,0% pouco competentes), a *garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho* (20% pouco competentes) e ainda, a *promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene* (12% pouco competentes).

Ao considerarmos as dimensões do cuidar propostas por Schumacher e colaboradoras (2000) que estão implícitas nestes itens, verificamos que é no “aceder a recursos” e no “trabalhar com a pessoa cuidada” que os MFPC se percebem como menos competentes. Ora, desde logo, podemos admitir que é nestes domínios que será adequado apostar em termos de desenvolvimento das competências dos MFPC.

Os itens ou cuidados específicos em que os MFPC se percebem como mais competentes (muito competentes) são: *pentear o cabelo ao seu familiar* (96%); *determinar o horário, a forma e o local de higiene do seu familiar* (94,7%); *perceber a necessidade de cuidados de higiene ao seu familiar* (91,1%); *modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar* (90,6%); e, *cumprir o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene ao seu familiar* (90,6%). Os processos de cuidar descritos por Schumacher e colaboradoras (2000) onde se inscrevem estes cuidados são o “providenciar cuidados”, o “decidir”, o “monitorizar”, o “ajustar” e o “agir”.

É importante destacar que aspetos como *negociar alterações aos cuidados...* ou *avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde*, apesar de terem valores percentuais elevados no que se refere à percepção da autoeficácia dos MFPC, têm uma casuística bastante reduzida. Esta situação pode apontar para o facto de se tratar de itens que não fazem parte da definição/entendimento que muitos dos MFPC têm acerca do seu papel de prestadores de cuidados (Schumacher et al, 2006). Neste caso, não consideramos que o número reduzido de casos com respostas válidas possa ser, desde logo, explicado com base na não aplicabilidade do item.

#### 4.3.1.2 Percepção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar no “vestir-se e despir-se”

Os MFPC, na sua generalidade, percecionam-se como muito competentes (91,0%) para tomar conta do familiar dependente no “vestir-se e despir-se”. Contudo, ao examinarmos a Tabela 23, verificamos a existência de indicadores específicos em que os MFPC apresentam níveis mais baixos de percepção da sua autoeficácia (considerando o somatório dos MFPC que julgaram incompetentes e pouco competentes).

Os cuidados específicos em que os MFPC revelam níveis mais baixos de PAE dizem respeito a *escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar* (11,1% incompetentes e 72,2% pouco competentes), a *garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para vestir* (28,6% pouco competentes) e ainda a *promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado* (4,0% incompetentes e 12% pouco competentes).

**Tabela 23. Percepção de autoeficácia dos MFPC face à dependência do familiar para “vestir-se e despir-se”**

PAE do MFPC face à dependência do familiar para vestir-se e despir-se – Itens em análise	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Perceber se a roupa/ calçado do seu familiar estão adequados à temperatura ambiente	0	0	4 (5,4)	70 (94,6)	74
Escolher o vestuário do familiar	0	1 (1,8)	2 (3,6)	53 (94,6)	56
Perceber se a roupa/ calçado do seu familiar estão adequados ao tamanho	0	0	4 (5,5)	69 (94,5)	73
Vestir e calçar o seu familiar	0	2 (3,4)	3 (5,2)	53 (91,4)	58
Alterar o vestuário do seu familiar relativamente àquilo que é habitual (p. ex. Em função da temp. Ambiente)	0	0	5 (9,8)	46 (90,2)	51
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	1 (1,9)	4 (7,4)	1 (1,9)	48 (88,9)	54
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	0	1 (3,7)	4 (14,8)	22 (81,5)	25
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado	1 (4,0)	3 (12)	2 (8,0)	19 (76)	25
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	0	4 (28,6)	2 (14,3)	8 (57,1)	14
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	2(11,1)	13(72,2)	0	3(16,7)	14
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO VESTIR-SE E DESPIR-SE</b>	<b>0</b>	<b>1 (1,3)</b>	<b>6 (7,7)</b>	<b>71 (91,0)</b>	<b>80</b>

Quando analisamos as dimensões do cuidar propostas por Schumacher e colaboradoras (2000) intrínsecas a estes indicadores, constatamos que é no “aceder a recursos” e no “trabalhar com a pessoa cuidada” que os MFPC se percecionam como menos competentes. Os cuidadores competentes sabem quando assumir um papel mais

ativo no cuidar, percebendo quando a pessoa cuidada se encontra demasiado doente/cansada para o fazer e precisa de alguém para o substituir (Cf. *Ibidem*). Importa também referir que, segundo Schumacher (1996), as pessoas que normalmente são referenciadas como as recetoras de cuidados, muitas vezes, resistem vigorosamente à ajuda de outros e desejam fortemente manter o seu autocuidado e sentido de *personal agency*. No nosso estudo as pessoas cuidadas resistirão aos incentivos ou à promoção da sua participação? Ou, por outro lado, os cuidadores não as consideram enquanto pessoas com sentido de *personal agency* e portanto não trabalham com elas? Admitimos que é nas dimensões do “aceder a recursos” e no “trabalhar com a pessoa cuidada” que poderá ser adequado apostar em termos de desenvolvimento das competências dos MFP, tal como constatamos na PAE dos MFPC face à dependência do familiar no “tomar banho” (Tabela 22).

Por outro lado, os indicadores específicos em que os MFPC se percebem como muito competente são: *perceber se a roupa/calçado do seu familiar estão adequados à temperatura ambiente* (94,6%); *escolher o vestuário do seu familiar* (94,6%); *perceber se a roupa ou calçado do seu familiar estão adequados ao tamanho* (94,5%); *vestir e calçar o seu familiar* (91,4%). Os processos de cuidar descritos por Schumacher e colaboradoras (2000) onde se inscrevem estes cuidados são o “monitorizar”, o “decidir” e o “providenciar cuidados”.

Os itens *garantir ajuda de profissionais para...* ou *escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar* destacam-se, para além da casuística reduzida, por serem os cuidados para os quais os MFPC apresentam mais baixos níveis de percepção de eficácia. Estes dados reforçam a possibilidade destes indicadores não se incluírem na definição/entendimento que os MFPC têm acerca do seu papel de prestadores de cuidados (Schumacher et al, 2006). Esta realidade reforça a ideia de que se trata de aspetos importantes a considerar, em termos do desenvolvimento das competências dos MFPC. O número reduzido de casos com respostas válidas, não deverá ser explicado, à partida, com base na não aplicabilidade do item.

#### 4.3.1.3 Percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “alimentar-se”

Na sua globalidade, os MFPC percebem-se como muito competentes (82,9%) para tomar conta do familiar dependente no “alimentar-se”. Observando a Tabela 24, verificamos que existem itens específicos em que os MFPC revelam níveis mais baixos de percepção da sua autoeficácia.

**Tabela 24. Percepção de autoeficácia dos MFPC face à dependência do familiar para “alimentar-se”**

<b>PAE do MFPC face à dependência do familiar para alimentar-se – Itens em análise</b>	<b>Incompetente n (%)</b>	<b>Pouco competente n (%)</b>	<b>Mediamente competente n (%)</b>	<b>Muito competente n (%)</b>	<b>Total N</b>
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	0	0	5 (9,8)	46 (90,2)	51
Incentivar o seu familiar a participar a comer/beber sozinho	0	4 (8,9)	2 (4,4)	39 (86,7)	45
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	0	2 (3,8)	6 (11,5)	44 (84,6)	46
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para as refeições do seu familiar	0	1 (2,2)	7 (15,2)	38 (82,6)	46
Modificar o horário, a forma tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do familiar	0	3 (6,5)	6 (13,0)	37 (80,4)	46
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	0	1 (2,0)	9 (18,0)	40 (80,0)	50
Posicionar o seu familiar para as refeições	0	2 (7,4)	4 (14,8)	21 (77,8)	27
Dar de comer/ beber ao seu familiar	0	3 (7,1)	7 (16,7)	32 (76,2)	42
Detetar sinais de desnutrição	0	9 (11,7)	10 (13,0)	58 (75,3)	77
Perceber se a pessoa ingere de forma segura os alimentos ou líquidos	0	1 (1,8)	14 (25,5)	40 (72,7)	55
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições	0	4 (19,0)	2 (9,5)	15 (71,4)	21
Detetar sinais de desidratação	1 (1,3)	12 (15,8)	11 (14,5)	5 (68,4)	29
Garantir ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	0	4 (18,2)	3 (13,6)	15 (68,2)	22
Garantir ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	1 (7,7)	3 (23,1)	2 (15,4)	7 (53,9)	13
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	1 (7,1)	9 (64,3)	1 (7,1)	3 (21,4)	14
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO ALIMENTAR-SE</b>	<b>0</b>	<b>3 (3,7)</b>	<b>11 (13,4)</b>	<b>68 (82,9)</b>	<b>82</b>

Os indicadores específicos nos quais os MFPC apresentam níveis de PAE mais baixos são o *escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar* (7,1% incompetentes e 64,3% pouco competentes), o *garantir ajuda de profissionais para lidar com as limitações para o seu familiar se alimentar* (7,7% incompetentes e 23,1% pouco competentes), o *promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições* (19,0% pouco competentes), o *garantir ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar* (18,2% pouco competentes) e o *detetar sinais de desidratação* (1,3% incompetentes e 15,8% pouco competentes).

Ao considerarmos os processos do cuidar de Schumacher e colaboradoras (2000) implícitos nestes indicadores, verificamos que é no “aceder a recursos”, no “trabalhar com a pessoa cuidada” e no “monitorizar” que os MFPC se percebem como menos competentes. Face a isto, os enfermeiros devem ter como foco o desenvolvimento das competências dos MFPC nestes processos específicos.

Os cuidados específicos em que os MFPC se percebem como mais competentes (muito competentes) dizem respeito a *perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar* (90,2%), a *incentivar o seu familiar a participar a comer/beber sozinho* (86,7%) e a *perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar* (84,6%). Os processos do cuidar de Schumacher e colaboradoras (2000) onde se inscrevem estes indicadores são o “monitorizar” e o “trabalhar com a pessoa cuidada”. É curioso constatar que, nesta avaliação, os processos de “monitorizar” e de “trabalhar com a pessoa cuidada” apresentam, concomitantemente, itens em que os MFPC se percebem como mais e menos competentes.

É de relevar itens como *escolher equipamentos adaptativos para lidar com...*, *garantir ajuda de profissionais para lidar com...* e *promover a participação do seu familiar...* que, para além de serem os cuidados nos quais os MFPC apresentam mais baixos níveis de percepção de eficácia, são também os que exibem casuística mais reduzida. Mais uma vez, isto pode apontar para a falta de consciencialização dos MFPC acerca do seu papel de prestadores de cuidados (Schumacher et al, 2006), já que o número reduzido de casos com respostas válidas, não nos parece que possa ser explicado apenas com base na não aplicabilidade do item.

#### 4.3.1.4 *Perceção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “uso do sanitário”*

Em termos globais os MFPC avaliam-se como muito competentes (81,8%) para tomar conta do familiar dependente no “uso do sanitário” (Tabela 25).

**Tabela 25. Percepção de autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para “uso do sanitário”**

<b>PAE do MFPC face à dependência do familiar para Uso de Sanitário – Itens em análise</b>	<b>Incompetente n (%)</b>	<b>Pouco competente n (%)</b>	<b>Mediamente competente n (%)</b>	<b>Muito competente n (%)</b>	<b>Total N</b>
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/ evacuar	1 (3,7)	2 (7,4)	0	24 (88,9)	27
Detetar se a pele perineal se encontra limpa e seca	0	2 (3,6)	7 (12,5)	47 (83,9)	56
Trocar a fralda ao seu familiar	1 (2,7)	1 (2,7)	5 (13,5)	30 (81,1)	37
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar	0	5 (12,5)	3 (7,5)	32 (80)	40
Lavar a região perineal ao seu familiar	0	2 (4,7)	8 (18,6)	33 (76,7)	42
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para urinar/ evacuar	0	4 (26,7)	1 (6,7)	10 (66,7)	15
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar	0	2 (40,0)	0	3 (60)	5
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar	0	3 (21,4)	3 (21,4)	8 (57,1)	14
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar	0	4 (44,4)	0	5 (55,6)	9
Modificar o horário e o local utilizados pelo seu familiar para urinar/evacuar, relativamente aquilo que é habitual	0	4 (44,4)	0	5 (55,6)	9
Cumprir o horário, e o local dos estabelecidos para o seu familiar urinar/evacuar	0	4 (36,4)	1 (9,1)	6 (54,5)	11
Colocar o seu familiar na sanita	2 (10,5)	3 (15,8)	5 (26,3)	9 (47,4)	19
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar	0	5 (45,5)	2 (18,2)	4 (36,4)	11
Trocar o coletor urinário ao seu familiar	2 (50)	1 (25)	0	1 (25)	4
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	0	11 (91,7)	0	1 (8,3)	12
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO USO DO SANITÁRIO</b>	<b>0</b>	<b>6 (9,1)</b>	<b>6 (9,1)</b>	<b>54 (81,8)</b>	<b>66</b>

Apesar dos MFPC se julgarem muito competentes, ao observarmos a Tabela 25, verificamos, mais uma vez, a existência de itens específicos em que os MFPC evidenciam níveis mais baixos de percepção de autoeficácia.

Os indicadores específicos em que os MFPC revelam níveis de PAE mais baixos são *escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar* (91,7% pouco competentes), *garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar* (45,5% pouco competentes), *promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar* (44,4% pouco competentes) e *modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar, relativamente aquilo que é habitual* (44,4% pouco competentes). Estes dados mantêm o “aceder a recursos” e o “trabalhar com a pessoa cuidada” como os processos de cuidar onde os MFPC se percebem menos competentes. Este facto concorre para a importância de se apostar nestes processos para efeito do desenvolvimento de competências dos MFPC. Nesta avaliação específica, o “ajustar” surge entre os processos implícitos aos itens em que os MFPC evidenciaram mais baixa PAE.

Os itens específicos em que os MFPC se percebem como muito competentes são: *incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/evacuar* (88,9%) e *detetar se a pele perineal se encontra limpa e seca* (83,9%). Os processos do cuidar de Schumacher e colaboradoras (2000) evidentes nestes itens são o “trabalhar com a pessoa cuidada” e o “monitorizar”. Assim, o “trabalhar com a pessoa cuidada” apresenta-se novamente entre os processos que reúnem os indicadores com maiores e menores níveis de PAE. É interessante perceber que os MFPC percebem-se mais competentes para *incentivar a...* do que a *promover a participação do seu familiar nas decisões...*

Observando a tabela, verificamos que dez dos quinze indicadores específicos de avaliação da percepção de autoeficácia dos MFPC face à dependência do familiar no “uso do sanitário” têm uma casuística bastante reduzida. O que pode, novamente, indicar que estes itens não se enquadram na definição/entendimento dos MFPC acerca do seu papel de prestadores de cuidados (Schumacher et al, 2006). O número reduzido de casos com respostas válidas não nos parece que possa ser explicado apenas com base na não aplicabilidade do item.

#### 4.3.1.5 *Percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “virar-se”*

Em termos globais, os MFPC percebem-se como muito competentes (67,3%) para tomar conta do familiar dependente no “virar-se”. Contudo, ao analisarmos a Tabela 26, constatamos que existem alguns indicadores específicos em que os MFPC revelam níveis mais baixos de percepção da sua autoeficácia.

Os itens específicos em que os MFPC se avaliam com níveis mais baixos de PAE são os seguintes: *escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar* (16,7 % incompetentes e 75% pouco competentes), *executar exercícios articulares ao seu familiar* (25% incompetentes e 43,8% incompetente) e *cumprir o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar* (41,2%).

**Tabela 26. Perceção de autoeficácia dos MFPC face à dependência do familiar para “virar-se”**

<b>PAE do MFPC face à dependência do familiar para Virar-se – Itens em análise</b>	<b>Incompetente n (%)</b>	<b>Pouco competente n (%)</b>	<b>Mediamente competente n (%)</b>	<b>Muito competente n (%)</b>	<b>Total N</b>
Incentivar o seu familiar a posicionar-se	0	0	5 (23,8)	16 (76,2)	21
Detetar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências)	0	11 (22,0)	5 (10,0)	34 (68,0)	50
Sentar o seu familiar	0	2 (8,7)	6 (26,1)	15 (65,2)	23
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para se posicionar	0	5 (31,3)	1 (6,3)	10 (62,5)	16
Detetar sinais de rigidez articular	0	11 (26,2)	5 (11,9)	26 (61,9)	42
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)	1 (4,2)	4 (16,7)	5 (20,8)	14 (58,3)	24
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipo(s) do(s) posicionamento(s)	0	3 (33,3)	1 (11,1)	5 (55,6)	9
Massajar os pontos de pressão do seu familiar	0	7 (24,1)	7 (24,1)	15 (51,7)	29
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição	0	3 (9,4)	13 (40,6)	16 (50,0)	32
Definir os posicionamentos adequados/inadequados	0	6 (25)	7 (29,2)	11 (45,8)	24
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos	0	5 (21,7)	8 (34,8)	10 (43,5)	23
Cumprir o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar	0	7 (41,2)	3 (17,6)	7 (41,2)	17
Modificar o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento	1 (6,7)	5 (33,3)	3 (20,0)	6 (40,0)	15
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	1 (10,0)	3 (30,0)	3 (30,0)	3 (30)	10
Executar exercícios articulares ao seu familiar	4 (25,0)	7 (43,8)	2 (12,5)	3 (18,8)	16
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	2 (16,7)	9 (75)	0	1 (8,3)	12
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO VIRAR-SE</b>	<b>0</b>	<b>8 (14,5)</b>	<b>10 (18,2)</b>	<b>37 (67,3)</b>	<b>55</b>

Frisamos que os baixos níveis de PAE foram analisados considerando os somatórios dos MFPC que se julgaram incompetentes e pouco competentes. Estes indicadores, quando integrados nos processos de cuidar de Schumacher e colaboradoras (2000) inserem-se no “aceder a recursos”, no “providenciar cuidados” e no “agir”. Petronilho (2007) num estudo realizado com MFPC, antes da alta hospitalar do seu familiar dependente e um mês após esta, concluiu que apenas um número diminuto de cuidadores demonstraram conhecimentos para prevenir rigidez articular / pé equino. Este facto poderá ser um dos motivos da baixa perceção de autoeficácia dos MFPC no nosso estudo, pois, tal como referido anteriormente, a construção da perceção de autoeficácia recorre à aprendizagem vicariante e a situações repetidas de sucesso. Os baixos níveis de PAE dos MFPC nestes cuidados sugerem que seja necessário apostar no desenvolvimento das competências dos MFPC nestes domínios, tal como o verificado na investigação de Petronilho (2007).

Os cuidados específicos em que os MFPC se julgam como muito competentes dizem respeito a *incentivar o seu familiar a posicionar-se* (76,2%) e a *detetar sinais*

*precoces de úlceras de pressão* (68,0%). Estes cuidados, quando enquadrados nos processos de cuidar de Schumacher e colaboradoras (2000) inserem-se no “trabalhar com a pessoa cuidada” e no “monitorizar”.

Tal como detetamos na avaliação da PAE dos MFPC face à dependência do familiar para o “uso: sanitário”, na avaliação que realizamos da PAE dos MFPC face à dependência do familiar no “virar-se”, em 15 indicadores específicos, há 12 que têm uma casuística reduzida, apesar de alguns destes indicadores da PAE dos MFPC terem valores percentuais elevados. Apontamos, mais uma vez, para o facto destes indicadores não fazerem parte da definição/entendimento que muitos MFPC têm acerca do seu papel de prestadores de cuidados (Schumacher et al, 2006).

#### 4.3.1.6 *Perceção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “transferir-se”*

Os MFPC, na sua generalidade, percecionam-se como muito competentes (75%) para tomar conta do seu familiar dependente no “transferir-se”. Ao analisarmos a Tabela 27, constatamos que existem itens específicos em que os MFPC apresentam níveis mais baixos de perceção de autoeficácia.

**Tabela 27. Perceção de autoeficácia dos MFPC face à dependência do familiar para “transferir-se”**

<i>PAE do MFPC face à dependência do familiar para transferir-se – Itens em análise</i>	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Mediamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total N
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	0	3 (8,6)	3 (8,6)	29 (82,9)	35
Incentivar o seu familiar a transferir-se	0	2 (8,7)	3 (13,0)	18 (78,3)	23
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	0	4 (15,4)	4 (15,4)	18 (69,2)	26
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	0	7 (38,9%)	2 (11,1)	9 (50,0)	18
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	0	6 (30,0%)	5 (25,0)	9 (45,0)	20
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	0	6 (37,5%)	4 (25,0)	6 (37,5)	16
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	1(9,1)	6 (54,5)	2 (18,2)	2 (18,2)	11
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	1 (7,7)	11 (84,6)	0	1 (7,7)	13
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	0	3 (37,5)	2 (25)	3 (37,5)	8
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	0	3 (8,6)	3 (8,6)	29 (82,9)	35
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO TRANSFERIR-SE</b>	<b>0</b>	<b>6(15,0)</b>	<b>4 (10,0)</b>	<b>30 (75)</b>	<b>40</b>

Os indicadores específicos que se destacam por terem os níveis mais baixos de PAE dos MFPC são *escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir* (7,7% incompetentes e 84,6% pouco competentes), *garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir* (9,1% incompetentes e 54,5% pouco competentes), *alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa* (37,5% pouco competentes) e *garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir* (38,9% pouco competentes).

Os processos de cuidar de Schumacher e colaboradoras (2000) que se encontram representados nestes indicadores dos domínios em que os MFPC se percebem menos competentes são o “aceder a recursos” e o “ajustar”. Neste sentido, é nestes processos que os enfermeiros poderão apostar em termos de desenvolvimento das competências dos MFPC, quando se deparam com cuidadores que tomam conta de familiares dependentes no transferir-se.

Os itens específicos em que os MFPC se percebem como mais competentes (muito competentes) dizem respeito a *perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir* (82,9%) e *incentivar o seu familiar a transferir-se* (78,3%). Os processos de cuidar descritos por Schumacher e colaboradoras (2000) onde se inscrevem estes cuidados são o “monitorizar” e o “trabalhar com a pessoa cuidada”.

É importante destacar que indicadores como *garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com...*, *alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar...*, *garantir a ajuda de profissionais para lidar com...*, *escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar...* e *promover a participação do seu familiar nas decisões sobre...* têm uma casuística muito reduzida. Isto poderá, mais uma vez, indicar que estes cuidados não se enquadram na definição/entendimento que muitos MFPC têm acerca do seu papel de prestadores de cuidados (Schumacher, 2000). Aqui, também não nos parece que o número reduzido de casos com respostas válidas possa ser, desde logo, explicado apenas com base na não aplicabilidade do item.

#### 4.3.1.7 Percepção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “andar”

Em termos gerais os MFPC percebem-se como muito competentes (80,3%) para tomar conta do familiar dependente no “andar”. Apesar disto, há alguns indicadores específicos em que os MFPC se avaliam com níveis mais baixos de percepção de autoeficácia (Tabela 28).

**Tabela 28. Percepção de autoeficácia dos MFPC face à dependência do familiar dependente no “andar”**

PAE do MFPC face à dependência do familiar para andar – Itens em análise	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Mediamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total N
Incentivar o seu familiar a andar	2 (5,0)	0	4 (10,0)	34 (85,0)	40
Assistir o seu familiar a andar	0	0	8 (21,6%)	29 (78,4)	37
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	0	2 (3,8)	5 (9,4)	40 (72,7)	47
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e local de deambulação	0	1 (8,3)	3 (25,0)	8 (66,7)	12
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	0	3 (20)	3 (20)	9 (60)	15
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar deambular	2 (8,0)	7 (28)	4 (28)	12 (48)	25
Alterar o horário, a duração e o local estabelecido para o seu familiar deambular	0	3 (27,3)	3 (27,3)	5 (45,5)	11
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	1 (10,0)	5 (50,0)	0	4 (40)	10
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	0	2 (15,4)	5 (38,5)	6 (38,5)	13
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular	0	3 (27,3)	3 (27,3)	5 (45,)	11
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO ANDAR</b>	<b>1 (1,6)</b>	<b>4 (6,6)</b>	<b>7 (11,5)</b>	<b>49 (80,3)</b>	<b>61</b>

Os indicadores específicos em que os MFPC revelam níveis mais baixos dizem respeito a *garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar* (10,0% incompetentes e 50,0% pouco competentes), a *escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar deambular* (8,0% incompetentes e 28% pouco competentes), *cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular* (27,3% pouco competentes) e *alterar o horário, a duração e o local estabelecido para o seu familiar deambular* (27,3% pouco competentes). Ao considerarmos as dimensões do cuidar propostas por Schumacher e colaboradoras (2000) que estão implícitas nestes itens, verificamos que é no “aceder a recursos”, no “agir” e no “ajustar” que os MFPC se percebem como menos competentes. Assim, neste particular, podemos assumir que é sobre estes domínios que os enfermeiros poderão investir no desenvolvimento das competências dos MFPC.

Os indicadores específicos em que os MFPC se percebem como mais competentes (muito competentes) são o *incentivar o seu familiar a andar* (85%) e o *assistir o seu familiar a andar* (78,4%). Estes itens inserem-se nos processos, descritos por Schumacher e colaboradoras (2000) “trabalhar com a pessoa cuidada” e “providenciar cuidados”.

Destacamos o facto de existirem seis itens, dos dez definidos para a avaliação da PAE dos MFPC face à dependência no “andar”, com casuística bastante reduzida, como por exemplo, *determinar o horário, a duração e o local da deambulação..., promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha....* O que, mais uma vez, nos pode sugerir que estes cuidados não fazem parte da definição/entendimento que muitos dos MFPC têm sobre o seu papel de prestador de cuidados (Schumacher et al, 2006). Os dependentes avaliados face à dependência a este nível necessitavam na sua maioria (38,1%) de ajuda de pessoas. Assim, não nos parece que o número reduzido de casos com respostas válidas nos indicadores da avaliação da PAE possa ser explicado apenas com base na não aplicabilidade do item.

#### 4.3.1.8 Perceção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados face à dependência do familiar para “tomar a medicação”

Ao considerarmos a PAE dos MFPC face à dependência do familiar para “tomar a medicação”, os MFPC, globalmente, consideram-se muito competentes (76,7%). Contudo, há cuidados específicos em que os MFPC se avaliam com níveis mais baixos de perceção de autoeficácia (Tabela 29).

Os indicadores específicos em que os MFPC apresentam níveis mais baixos de PAE são *escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação* (12,5% incompetentes e 62,5% pouco competentes); *ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS* (4,2% incompetentes e 37,5% pouco competentes), *promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, dose e utilização de medicação em SOS* (18,8% incompetentes e 31,3% pouco competentes) e *garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação* (5,0% incompetentes e 30,0% pouco competentes).

**Tabela 29. Percepção de autoeficácia dos MFPC face à dependência do familiar para “tomar medicação”**

PAE do MFPC face à dependência do familiar para Tomar medicação – Itens em análise	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Supervisionar as tomas de medicação do seu familiar	0	0	5 (8,5)	54 (91,5)	59
Incentivar o seu familiar a preparar a medicação	1 (3,2)	1 (3,2)	3 (9,7)	26 (83,9)	31
Administrar a medicação ao seu familiar	0	1 (1,9)	9 (17,3)	42 (80,8)	52
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar	0	2 (6,0)	10 (20,0)	37 (74)	49
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	2 (9,5)	6 (28,6)	0	13 (61,9)	21
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/ efeito secundário da medicação	2 (4,1)	14 (28,6)	5 (10,2)	28 (57,1)	49
Detetar efeitos secundários da medicação	4 (6,0)	13 (19,4)	12 (17,9)	38 (56,7)	67
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	1 (5,0)	6 (30,0)	3 (15,0)	10 (50,0)	20
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar	2 (7,1)	9 (32,1)	4 (14,3)	13 (46,4)	28
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	1 (4,2)	9 (37,5)	3 (12,5)	11 (45,8)	24
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	2 (3,8)	14 (26,4)	13 (24,5)	24 (45,3)	53
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, dose e utilização de medicação em SOS	3 (18,8)	5 (31,3)	1 (6,3)	7 (43,8)	16
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	2 (12,5)	10 (62,5)	1 (6,3)	3 (18,8)	16
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO TOMAR MEDICAÇÃO</b>	<b>0</b>	<b>11 (15,1)</b>	<b>6 (8,2)</b>	<b>56 (76,7)</b>	<b>73</b>

À luz das dimensões de cuidar descritas por Schumacher e colaboradoras (2000), constatamos que é no “aceder a recursos”, no “ajustar” e no “trabalhar com a pessoa cuidada ” que os MFPC se percecionam como menos competentes.

Os itens específicos em que os MFPC que se avaliam como mais competentes (muito competentes) são *supervisionar as tomas de medicação do seu familiar* (91,5%), *administrar a medicação ao seu familiar* (80,8%) e *incentivar o seu familiar a preparar a medicação* (83,9%). Os processos de cuidados propostos por Schumacher e colaboradoras (2000) onde se enquadram estes cuidados são o “monitorizar”, o “providenciar cuidados” e o “trabalhar com a pessoa cuidada”. Segundo Henriques (2006) um dos fatores que condiciona, sobremaneira, os comportamentos de gestão de regime medicamentoso, por parte dos idosos, é a incapacidade física para autoadministrar os medicamentos. Nos dependentes analisados, 21,5% não participam ao nível do “tomar da medicação” e 47,5% necessitam de ajuda de pessoas, daí é interessante constatar que os itens em que os MFPC se percecionam como mais competentes estejam diretamente ligados ao cumprimento do regime medicamentoso.

É importante referir que aspetos como *garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com...* e *garantir a ajuda de profissionais para lidar com...*, apesar de terem valores percentuais elevados, no que concerne à percepção de autoeficácia dos MFPC, têm uma casuística bastante reduzida, o que pode apontar para o facto de serem itens que não fazem parte da definição/entendimento que muitos MFPC têm acerca do seu papel de prestadores de cuidados (Schumacher et al, 2006). Aqui, novamente, não nos parece que o número reduzido de casos com respostas válidas possa ser explicado apenas com base na não aplicabilidade do item.

Após a descrição da percepção de autoeficácia dos MFPC, em função dos vários domínios do autocuidado estudados, podemos sintetizar os nossos achados tendo em conta os níveis globais de PAE dos MFPC. É o que faremos de seguida.

A Tabela 30 dá conta dos níveis globais de PAE dos familiares cuidadores face à dependência do familiar de quem tomam conta.

**Tabela 30. Caracterização dos MFPC relativamente à PAE Global face aos diferentes domínios de dependência do familiar**

PAE do MFPC face à dependência do familiar – Níveis globais agregados por domínio do autocuidado (variável ordinal)	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Mediamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total N
Percepção (global) da autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar no “vestir/despir”	0	1 (1,3)	6 (7,7)	71 (91,0)	80
Percepção (global) da autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar no “tomar banho”	0	1 (1,2)	8 (9,3)	77 (89,5)	86
Percepção (global) da autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar no “uso do sanitário”	0	6(9,1)	6(9,1)	54(81,8)	66
Percepção (global) da autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar no “alimentar-se”	0	3(3,7)	11(13,4)	68 (82,9)	82
Percepção (global) da autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar no “andar”	1(1,6)	4(6,6)	7(11,5)	49(80,3)	61
Percepção (global) da autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar no “tomar medicação”	0	11(15,1)	6(8,2)	56(76,7)	73
Percepção (global) da autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar no “transferir-se”	0	6(15,0)	4(10,0)	30(75)	40
Percepção (global) da autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar no “virar-se”	0	8(14,5)	10(18,2)	37(67,3)	55

Globalmente, os MFPC percecionam-se como muito competentes para tomar conta do familiar dependente, nos diferentes domínios do autocuidado.

Os nossos achados vão ao encontro do estudo de Lage (2007) e ao estudo de Leão (2012). Lage (2007) efetuou um estudo do impacto do cuidado no cuidador informal, avaliando com uma pergunta dicotómica (sim/não) o “sentido de competência” dos

familiares cuidadores. No seu trabalho, 87,2% das mulheres cuidadoras e 77,8% dos homens cuidadores consideraram-se competentes.

No estudo de Leão (2012), que utilizou os mesmos instrumentos que nós utilizámos, o autor percebeu que os MFPC se sentiam como “muito competentes”. Todavia, os domínios em que essa competência percebida era menor estavam relacionados com a dependência do familiar para se posicionar ou virar na cama, o tomar banho, o uso do sanitário e transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama. Os nossos resultados revelam que é no âmbito do transferir, do uso do sanitário, do virar o dependente e do gerir a sua medicação que os MFPC se sentem “menos competentes”. No estudo de Lage (2007), os cuidadores reportaram dificuldades ao nível da mobilização dos familiares dependentes. Petronilho (2007) afirma que os cuidadores que participaram no seu estudo apresentavam défices significativos ao nível dos conhecimentos para lidarem com a necessidade de posicionamento dos seus familiares.

Na realidade, os domínios do autocuidado em que os nossos participantes se percecionam como menos competentes apontam para a ideia de familiares “grandes dependentes”; “acamados” mesmo, em muitas situações. Ora, de acordo com Andrade e colaboradores (2009:195), *à medida que o grau de dependência aumenta, o cuidador vai tendo consciência da degeneração da pessoa cuidada e sentindo-se inseguro, gerando um sentimento de impotência* ou, se quisermos, de menor percepção da autoeficácia para “tomar conta” (Cf. ICN, 2011).

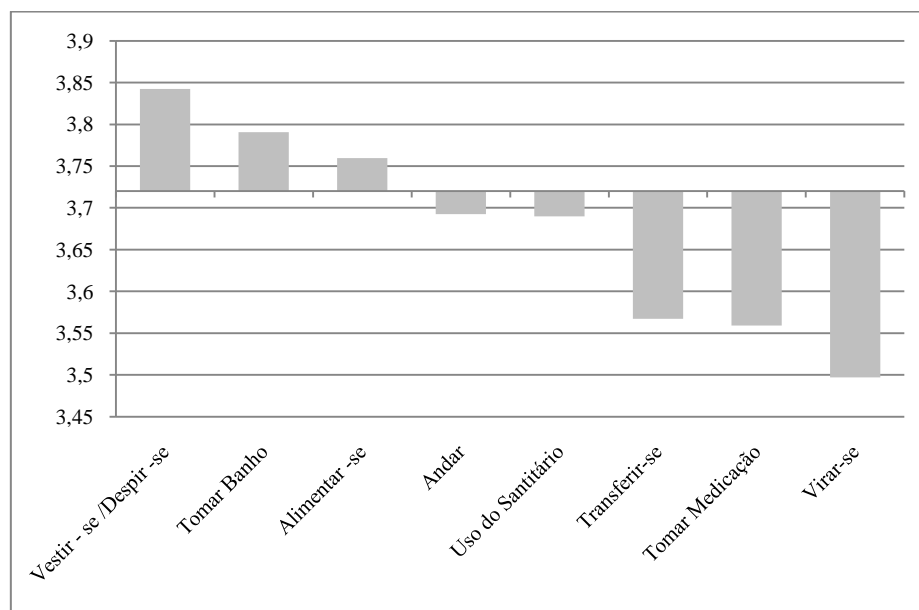
Na nossa investigação, como já tivemos oportunidade de referir, utilizamos duas medidas globais da PAE; uma numa escala ordinal e outra numa escala quantitativa. Considerando os valores globais da percepção da autoeficácia, medidos numa escala quantitativa contínua (Anexo 14), mantém-se, como é natural a mesma tendência. Tendo por base os *scores* obtidos para cada variável da PAE do MFPC face à dependência do seu familiar no autocuidado, obtivemos o valor/*score* global de PAE dos MFPC. Este corresponde à média, ignorando os nulos, de todos os itens válidos avaliados para cada caso em estudo. Assim, numa tentativa de clarificarmos os domínios em que os MFPC se percecionam mais competentes, utilizamos o valor/*score* da PAE Geral para compararmos os diferentes valores obtidos nas diversas (sub)escalas da avaliação da PAE do MFPC, que apresentamos na tabela seguinte.

**Tabela 31. Valores médios dos níveis globais de PAE dos MFPC face a cada em cada um dos domínios do autocuidado, tendo por referência o valor médio geral da PAE**

<b>Perceção da Autoeficácia do MFPC: tipo de autocuidado</b>	<b>Valor médio</b>
Vestir-se / despir-se	3,84
Tomar banho	3,79
Alimentar-se	3,76
<b>PAE Geral</b>	<b>3,73</b>
Andar	3,69
Uso de sanitário	3,69
Transferir-se	3,57
Tomar medicação	3,56
Virar-se	3,50

A Tabela 31 exhibe os domínios em que os MFPC se percebem mais competentes e, por oposição, “menos competentes”. Analisando-a, percebemos que os MFPC percebem-se mais competentes para cuidar do familiar dependente no vestir-se / despir-se, no tomar banho e no alimentar, o que fica um pouco distante dos achados de Lage (2007), em que as maiores dificuldades percebidas pelos MFPC eram os cuidados inerentes à higiene e conforto das pessoas cuidadas. Segundo Bandura (1997), o facto de os MFPC apresentarem uma elevada percepção de autoeficácia faz com que eles congreguem esforços para atingir o resultado esperado, apesar das possíveis dificuldades que possam existir. Este aspeto é muito importante uma vez que a “dificuldade percebida” e a “percepção de autoeficácia” não são sinónimos. Com efeito, à luz da Teoria social cognitiva de Bandura (1986; 1997), um indivíduo pode sentir grande dificuldade na realização de uma tarefa, mas ter a percepção de que, mesmo assim, a realiza de uma forma competente.

A figura 1, claramente, explicita os dados da Tabela 23, assumindo um “corte” proporcionado pelo valor/score da “PAE geral” (que serve de referência relativamente aos outros *scores*).

**FIGURA 1: Comparação da percepção de autoeficácia dos MFPC, face a cada tipo de autocuidado**

Nesta perspetiva, faz-se notar que os domínios da dependência que devem ser alvo prioritário das “terapêuticas de enfermagem” são o “virar-se”, o “tomar a medicação”, o “transferir-se”, o “uso do sanitário” e o “andar”.

Até aqui estivemos a discutir os resultados da PAE dos familiares cuidadores face à dependência nos vários domínios do autocuidado. Contudo, na matriz estrutural que esteve na base da definição dos conteúdos das (sub)escalas de avaliação da PAE dos membros da família prestadores de cuidados radicam oito principais “processos de cuidar” (Schumacher et al, 2000).

Neste contexto, julgamos adequado empreender uma análise à PAE dos familiares cuidadores, tomando por referencial aqueles oito processos de cuidar. Os procedimentos que utilizámos para falar em níveis globais de PAE dos cuidadores para, por exemplo, “monitorizar / interpretar” as alterações na condição do familiar dependente foram os mesmos que descrevemos anteriormente.

A Tabela 32 descreve os níveis globais de PAE dos membros da família cuidadores, em função dos principais processos de cuidar descritos por Schumacher e colaboradoras (2000). No Anexo 15 damos conta dos resultados apurados nos indicadores específicos que agregam os diferentes processos de cuidar.

Os MFPC percebem-se, globalmente, como muito competentes para cuidar do seu familiar em todos os diferentes processos de cuidar descritos por Schumacher e colaboradoras (2000). Esta realidade vai de encontro aos dados obtidos na PAE dos MFPC, nos diferentes domínios do autocuidado.

**Tabela 32. Caracterização dos MFPC relativamente à PAE global nos diferentes processos de cuidar**

<b>PAE do MFPC nos processos de cuidar do familiar dependente – Níveis globais agregados (variável ordinal)</b>	<b>Incompetente n (%)</b>	<b>Pouco competente n (%)</b>	<b>Mediamente competente n (%)</b>	<b>Muito competente n (%)</b>	<b>Total N</b>
Perceção (global) da autoeficácia do MFPC para “trabalhar com a pessoa cuidada”	2(2,5)	4(5,0)	4(5,0)	70(87,5)	80
Perceção (global) da autoeficácia do MFPC para “providenciar cuidados”	0	3(3,0)	13(13,0)	84(84,0)	100
Perceção (global) da autoeficácia do MFPC para “monitorizar / interpretar”	0	1 (0,9)	17 (15,6)	91 (83,5)	109
Perceção (global) da autoeficácia do MFPC para “negociar com o sistema de saúde”	0	0	3(17,6)	14(82,4)	17
Perceção (global) da autoeficácia do MFPC para “agir”	0	5(6,5)	9(11,7)	63(81,8)	77
Perceção (global) da autoeficácia do MFPC para “decidir”	1(1,1)	6(6,7)	10(11,2)	72(80,9)	89
Perceção (global) da autoeficácia do MFPC para “ajustar”	0	7(9,2)	8(10,5)	61(80,3)	76
Perceção (global) da autoeficácia do MFPC para “aceder a recursos”	3(4,2)	14(19,7)	4(5,6)	50(70,4)	71

O “aceder a recursos”, o “ajustar”, o “decidir” e o “agir” são os processos de cuidar em que os MFPC se percebem menos competentes. Reconhecendo que em todas as avaliações da PAE dos MFPC face à dependência do familiar, os indicadores com menor PAE estavam integrados no “aceder a recursos” era esperado que o nível global deste processo de cuidar fosse aquele em que os MFPC se percecionassem menos competentes.

Considerando a escala quantitativa contínua que, também, elaboramos para avaliar a PAE dos MFPC nos processos de cuidar do familiar dependente (efetuada segundo o mesmo processo da mensuração da PAE dos MFPC face à dependência do familiar, descrita anteriormente), os valores que obtivemos seguem a mesma tendência (Anexo 15). Daí, tentámos apurar as possíveis distinções existentes na PAE dos MFPC entre os diferentes processos de cuidar (Tabela 33), utilizando o valor/score da PAE geral para os compararmos.

Analisando a tabela, o “negociar com o sistema de saúde” destaca-se por ser o processo em que os MFPC se percebem mais competentes. Porém, há que ressaltar a baixa casuísta que este (sub)escala apresenta.

**Tabela 33. Valores médios dos níveis globais de PAE dos MFPC face a cada em cada um dos processos de cuidar, tendo por referência o valor médio geral da PAE**

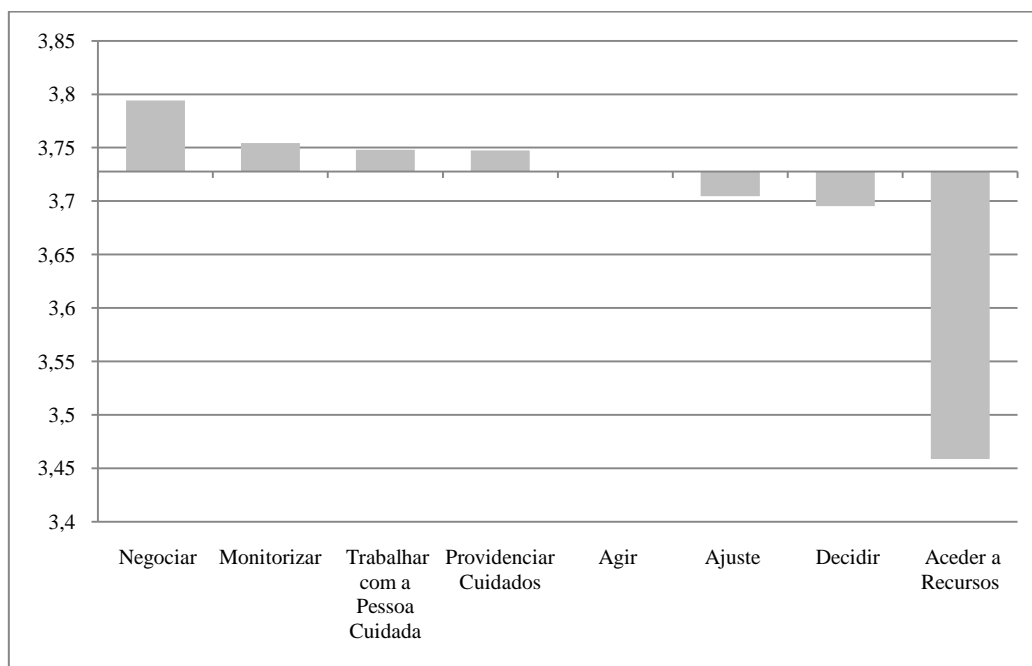
Perceção da Autoeficácia do MFPC: Processos de cuidar	Valor médio
Negociar	3,79
Monitorizar	3,75
Trabalhar com a pessoa cuidada	3,75
Providenciar cuidados	3,75
Agir	3,73
<b>PAE Geral</b>	<b>3,73</b>
Ajuste	3,70
Decidir	3,70
Aceder a recursos	3,46

Assim, percebemos que os MFPC se percebem como mais competentes a “monitorizar a pessoa cuidada”, a “trabalhar com a pessoa cuidada” e a “providenciar cuidados”. É interessante verificar que o processo de cuidar “trabalhar com a pessoa cuidada” assume um valor médio superior ao da “PAE geral”, isto porque aquando da análise dos domínios da dependência, o item *Promover o seu familiar a...* apresentava, de uma forma geral, baixos níveis de PAE ou de respostas válidas.

A figura 2 permite-nos, de forma inequívoca perceber em que processos de cuidar referidos por Schumacher e colaboradoras (2000) os MFPC se percebem mais e menos competentes, utilizando (novamente) o valor/score da “PAE Geral” como uma linha de referência (“corte”).

O processo de cuidar em que os MFPC se percebem menos competentes é claramente, e como seria esperado, o “aceder a recursos”.

Márquez-González e colaboradores (2009) afirmam que a perceção de autoeficácia relaciona-se positivamente com a procura de ajuda. No nosso estudo os itens *Garantir a ajuda de profissionais para lidar com a dependência do seu familiar no...* e *Escolher equipamentos adaptativos para...* foram, de forma transversal a todas a(s) (sub)escala(s), aqueles em que os MFPC se percebiam como menos competentes.

**FIGURA 2: Comparação da percepção de autoeficácia dos MFPC, face a cada processo de cuidar**

Os MFPC que compunham a nossa amostra, quando questionados relativamente a estes itens, esboçavam ar de espanto e surpresa, afirmando algo do tipo: *Eu nem sabia que isso existia...*, o que sugere o seu desconhecimento relativamente aos recursos existentes ao nível da comunidade, tanto ao nível dos recursos materiais como dos profissionais. Petronilho (2007), numa investigação realizada com dependentes e os seus MFPC no momento da alta e um mês após o regresso a casa, verificou que o apoio recebido era, na sua totalidade, fornecido pelos familiares. Quando existia apoio formal, nomeadamente, dos enfermeiros, era porque os cuidadores o solicitavam. Num estudo realizado de 1991 a 1995, no Brasil, com adultos dependentes, 40% dos familiares cuidadores referiram precisar de apoios e orientações, apesar de não os receberem (Karsch, 1998 cit. por Caldas, 2003). Se os MFPC se percecionam pouco competentes para aceder aos recursos existentes, importa que os enfermeiros estejam despertos para advogar e orientar os MFPC e os seus familiares dependentes para os mesmos (recursos). Ou seja, os enfermeiros têm que, no plano das suas terapêuticas, identificar os casos em que existem pessoas dependentes e MFPC e intervir no sentido de facilitar as transições vivenciadas. Wu e colaboradores (2007) afirmam que as intervenções específicas de educação podem melhorar a autoeficácia. Portanto, as terapêuticas de enfermagem que podem promover a autoeficácia dos MFPC prendem-se, muitas vezes,

com as ações do tipo “orientar”, “advogar” e “informar”. Segundo Schumacher e colaboradoras (2000), os familiares cuidadores menos competentes (ou que se percebem como tal) são mais passivos, utilizam menos recursos e não procuram os recursos numa rede alargada. Acabam, assim, por utilizar tendencialmente os recursos que têm mais próximos de si, mesmo quando estes recursos não vão de encontro às necessidades. Importa, sobretudo, que os enfermeiros trabalhem, em conjunto com os MFPC, no domínio do acesso aos recursos, de modo a que estes possam melhorar a percepção de autoeficácia. Segundo Meleis e colaboradoras (2000), o acesso aos recursos e o nível de preparação e de conhecimento dos clientes sobre o mesmo são um condicionamento importante das transições com relevância para a enfermagem.

Após a descrição da PAE dos MFPC nos diferentes domínios da dependência do seu familiar e de uma breve síntese dos dados apurados na avaliação da PAE dos MFPC relativamente aos processos de cuidar descritos por Schumacher e colaboradoras (2000), faz-nos sentido avançar para a descrição e discussão da percepção da autoeficácia geral dos MFPC.

#### 4.3.2 Nível global de percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados

Até aqui procedemos à descrição da PAE dos familiares cuidadores, tendo em consideração os itens específicos de cada (sub)escala e, para cada uma delas os valores globais. É certo que podemos, sempre, evoluir para uma lógica de leitura dos resultados num nível de agregação ainda mais elevado. Foi isso que fizemos. Esta opção pretendeu dar uma visão global do fenómeno em estudo e lançar as bases para os procedimentos de análise estatística inferencial. Assim, fomos calcular valor global de PAE dos MFPC. Este corresponde à média, ignorando os nulos, de todos os itens válidos avaliados para cada caso em estudo. Na posse deste valor (variável quantitativa contínua), procedemos à sua reconversão numa nova variável do tipo ordinal, obedecendo à mesma regra dos quatro intervalos equidistantes (1-1,75 incompetente; 1,75-2,5 pouco competente; 2,5-3,15 medianamente competente; 3,15-4 muito competente) que já referimos neste relatório. Passamos, assim, a ter um valor da “PAE geral” dos MFPC, numa escala quantitativa, e outro *score* de “PAE geral”, numa escala ordinal. A Tabela 34 apresenta os dados que apurámos relativamente à nossa amostra. Sublinhamos que os dados utilizados corresponderam à avaliação efetuada aos MFPC que assumiam o papel de

cuidadores primários ou principais, associados, no nosso formulário, ao perfil 1 (Anexo 2).

**Tabela 34. Distribuição dos MFPC relativamente à PAE geral**

<i>PAE geral dos MFPC</i>	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Mediamente competente n (%)	Muito competente n (%)
Perceção geral de autoeficácia dos MFPC	0	4 (3,6)	14 (12,6)	93 (83,8)

Assim sendo, verificamos que os MFPC se percecionam como muito competentes (83,8%) para tomar conta de um familiar dependente no autocuidado. Os resultados descritos na tabela anterior alinham, como não podia deixar de ser, com os níveis globais apurados para cada um dos domínios do autocuidado ou os diferentes processos de cuidar.

#### 4.3.3 Apontamentos acerca da definição de cuidar do membro da família prestador de cuidados e a perceção de autoeficácia

Ao longo do processo de recolha de dados e, fundamentalmente, durante a sua análise, fomos apercebendo da existência de vários itens específicos, das diferentes (sub)escalas de avaliação da perceção de autoeficácia dos familiares cuidadores, que tinham um número de respostas válidas bastante reduzido. Como vimos, é certo que um determinado item específico, num caso, também ele particular, possa “não ser aplicável”. Não “faz sentido” questionar um MFPC acerca da sua perceção de autoeficácia para virar o familiar dependente, quando este não é dependente neste aspeto concreto do autocuidado. Todavia, existiam vários indicadores em que a taxa de resposta era muito reduzida.

Os itens que foram considerados como tendo “baixa taxa de resposta” foram aqueles que reuniam um número absoluto de respostas válidas inferior a 20. Este nosso critério radicou no facto de, seguramente, no mínimo, existirem cerca de 40 pessoas com níveis de dependência em todos os domínios do autocuidado que exigiam um familiar cuidador (Cf. Silva, 2011). Por outro lado, o número de MFPC questionados acerca da sua PAE para tomar conta do familiar dependente, excedeu sempre 40 pessoas.

Na nossa opinião as baixas taxas de resposta para alguns itens podem ser interpretadas à luz da Teoria social cognitiva (Bandura, 1986; 1997), da investigação produzida por Schumacher (1995; 1996), Schumacher e colaboradoras (2000; 2006) e, ainda, da Teoria das transições com relevância para a enfermagem, proposta por Meleis e colaboradoras (2000).

Segundo Bandura (1997), existem quatro fontes na construção da autoeficácia: as experiências anteriores bem-sucedidas; as experiências vicariantes; a persuasão verbal; e, aliada a esta, as influências sociais e os estados fisiológicos e afetivos. Será que podemos afirmar que os MFPC não respondem porque ainda não construíram a sua percepção de autoeficácia sobre o assunto? Afirmando-o, implicaria que os familiares cuidadores não tivessem (ainda) tido experiências bem-sucedidas ou experiências vicariantes. Pode isto, também, significar que investigadores, ao questionarem os MFPC, exercem sobre estes algum tipo de influência sobre o juízo das respetivas capacidades ou, quem sabe, sobre a sua autoestima? É evidente que a linha orientadora que a Teoria social cognitiva nos providencia imprime um conjunto de questões para as quais dificilmente teremos, desde já, resposta.

Segundo Schumacher (1996), os padrões mutáveis de autocuidado e de cuidar denotam a natureza regular, mas também dinâmica, do cuidar de um familiar dependente. Isto sugere a existência de regularidades (padrões) e mudanças, tanto no papel da pessoa cuidada como no papel da pessoa que cuida. Assim sendo, relembremos que o desenvolvimento do papel de prestador de cuidados ocorre em interação com a pessoa cuidada e, nessa interação, estão implícitas as características pessoais de cada um (Schumacher, 1995). Com efeito, os cuidados prestados pelos familiares cuidadores de pessoas com a mesma condição de saúde podem divergir, assumindo-se, portanto, padrões de prestação de cuidados diversos. Schumacher e colaboradoras, em 2006, identificam seis qualidades pessoais dos familiares cuidadores que influenciam a forma como estes adquirem e usam os processos cognitivos, comportamentais e interpessoais de cuidar do dependente. Entre estas seis qualidades, destacamos a “definição pessoal de cuidar” do membro da família prestador de cuidados. A definição pessoal de cuidar é a forma como mentalmente os cuidadores constroem a natureza do papel de cuidador, o que parece determinar como os cuidadores dirigem a sua atenção e, essencialmente, a sua ação. Portanto, há alguns MFPC que conceptualizam o cuidar como o processo de

providenciar os cuidados diretos, não atribuindo tanto significado, por exemplo, à gestão do regime terapêutico, à gestão dos recursos, à promoção / preservação da autonomia do dependente ou à negociação com os profissionais de saúde.

Há, deste modo e em algumas circunstâncias, inconsistências entre as (reais) necessidades das pessoas dependentes e os cuidados que lhes são providenciados. Importa considerar que no estudo alargado em que se insere o nosso aqui relatado, esta problemática está a ser estudada com maior profundidade. Martins, num estudo realizado em Portugal (2006: 143) constatou que:

*As atividades que os Cuidadores Informais promoveram junto dos seus familiares (dependentes) foram fazer companhia e ajudar o familiar nas saídas de casa, confeccionar os alimentos e ajudar a dar de comer, administrar e supervisionar a toma de medicamentos, executar atividades domésticas, dar banho, ajudar nas atividades de vestir e higiene pessoal.*

Estes aspetos apontam para uma lógica de prestação de cuidados muito ancorada no providenciar, fundamentalmente, cuidados diretos.

Gonçalves-Pereira e colaboradores (2007) identificaram, aquando do desenvolvimento da versão portuguesa do *Camberwell Assessment of Need for the elderly* a existência de necessidades ao nível das atividades diárias, da saúde física e da alimentação dos idosos (dependentes). Estes autores afirmam que na avaliação que efetuaram (que contemplava o questionamento dos idosos, dos familiares cuidadores e uma avaliação por um profissional de saúde) existiam discrepâncias relativamente aos dados apurados. Isto é, *nem sempre a perspectiva de doentes, cuidadores, técnicos e avaliadores foi inteiramente coincidente* (Gonçalves-Pereira e colaboradores, 2007:7).

Segundo Meleis e colaboradoras (2000), uma das propriedades da transição é a consciencialização; ou seja: para que se inicie a transição para o papel de prestador de cuidados é essencial que o familiar cuidador perceba e reconheça o que muda e está diferente, e que, por isso, exige a sua prestação de cuidados. As baixas frequências de respostas em alguns itens podem apontar para dimensões que os MFPC não consciencializam como parte integrante do seu papel.

Pelo exposto, é fundamental que os enfermeiros mobilizem, em parceria com o MFPC, terapêuticas orientadas para a exploração e o desenvolvimento da respetiva definição pessoal de cuidar do familiar dependente.

#### **4.4 Fatores associados à percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados**

Neste ponto do relatório serão explorados os fatores associados à PAE dos MFPC, considerando, em primeiro lugar, os fatores relativos aos próprios familiares cuidadores e, após, os aspetos relativos ao familiar dependente. A nossa opção, neste ponto do relatório, foi a de fazer especial referência aos aspetos em que os resultados dos procedimentos de estatística inferencial revelaram achados estatisticamente significativos, ao nível de significância convencionado. Os testes utilizados foram aqueles que consideramos adequados à natureza da amostra e das variáveis em análise. Foi considerado, para efeitos dos testes estatísticos, a PAE dos 111 MFPC principais e dos 13 MFPC secundários.

##### 4.4.1 Fatores relativos ao membro da família prestador de cuidados

Ao longo do trabalho exploratório, procedemos à análise de todas as variáveis de atributo relativas aos MFPC e à sua associação com a percepção de autoeficácia. Como referimos, aqui, damos destaque aos resultados mais relevantes e significativos. Assim, de acordo com os resultados apurados, no contexto do nosso estudo, os fatores relativos ao MFPC associados à PAE, para os quais obtivemos resultados com significado estatístico, foram a idade, o sexo e a profissão dos familiares cuidadores.

Através do teste *One-way ANOVA* fomos estudar as diferenças na idade dos MFPC, em função da sua PAE (nível global, operacionalizado num escala ordinal), tal como descrito tabela 35. Utilizamos este teste, pois este *analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si* (Pestana e Gageiro, 2008:274). Neste caso o fator é a PAE global (variável de natureza qualitativa, ordinal).

**Tabela 35. Diferenças na idade dos MFPC, em função da PAE global dos MFPC (Teste *One-way ANOVA*)**

<i>Idade</i>		n	Médias	Desvio padrão	valor <i>p</i>
PAE dos MFPC face à dependência do familiar para alimentar-se ( <i>N</i> =87)	Pouco competente	3	53,00	11,36	0,041
	Medianamente competente	11	64,81	11,51	
	Muito competente	73	56,71	14,19	
PAE dos MFPC para trabalhar com a pessoa cuidada ( <i>N</i> =83)	Incompetente	2	60,50	17,68	0,038
	Pouco competente	4	63,75	14,38	
	Medianamente competente	4	64,50	15,06	
	Muito competente	73	57,00	13,89	

O estudo das diferenças na idade, em função da PAE dos MFPC, através do teste *One-way ANOVA*, revelou-nos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos de MFPC (“incompetentes”, “pouco competentes”, “medianamente competentes” e “muito competentes”). O teste *One-way ANOVA* mostrou-nos que os grupos em análise apresentam diferenças estatisticamente significativas, quanto à idade, no que se reporta à PAE global, face à dependência do familiar para “alimentar-se” ( $p=0,041$ ) e na dimensão do “trabalhar com a pessoa cuidada” ( $p=0,038$ ). É certo que o número de MFPC que podem ser considerados como menos competentes é baixo. Contudo, de acordo com os dados apurados, os MFPC que se percecionam com níveis de PAE mais elevada (muito competentes) tendem a ser os mais jovens, em especial quando comparamos os “medianamente competentes” com os “muito competentes” (Tabela 35).

Segundo Schumacher e colaboradoras (2008), o sexo e a idade dos cuidadores relacionam-se com os resultados alcançados pelos mesmos. A opinião de Schumacher e colaboradoras (2008) também está alicerçada nos resultados de outros estudos (Carey et al, 2004; Nijboer et al, 2000; Gaston-Jojansson et al, 2004; Given et al, 2004; Gaugler et al, 2005; Kurtz et al, 2005), que revelam que a ocorrência de “problemas” com os MFPC é maior em cuidadores mais idosos. Do conjunto de “problemas” elencado destacam-se o *stress* do prestador de cuidados, a sobrecarga de papéis, a depressão e os distúrbios de humor. Assim sendo, não se relaciona propriamente a idade com a percepção de autoeficácia, mas sim com o *stress* do prestador de cuidados. Todavia, somos levados a admitir que os MFPC com níveis mais baixos de PAE tenderão a, por essa razão, experimentar aqueles problemas.

Utilizámos o teste *U de Mann-Whitney* para apurarmos o significado das diferenças na PAE global dos MFPC (variável qualitativa, ordinal), em função do sexo do MFPC (Tabela 36). Este teste é adequado para testar diferenças em variáveis de nível ordinal. Com este teste pretende-se comparar *o centro de localização das duas amostras (independentes) como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes* (Pestana e Gageiro, 2008:446).

**Tabela 36.** Diferenças da PAE Global dos MFPC, em função do sexo do MFPC (Teste *U de Mann-Whitney*)

<i>PAE global dos MFPC face à dependência do familiar para alimentar</i>	n	<i>Mean Rank</i>	<i>valor p</i>
Sexo do Prestador de Cuidados (N=90)	Feminino	47,33	0,009
	Masculino	33,63	

O estudo realizado, através do referido teste, só revelou diferenças com significado estatístico na PAE dos MFPC, em função do sexo, no âmbito do autocuidado “alimentar-se”. O estudo das diferenças na PAE global dos MFPC face à dependência do familiar para “alimentar-se”, em função sexo do MFPC, revelou-nos diferenças estatísticas entre os MFPC do sexo masculino e do sexo feminino. Os *mean rank* apurados mostram que os MFPC do sexo feminino tendem a ter uma PAE mais elevada para alimentar o familiar dependente, quando comparados com os do sexo masculino.

Allen (1994), citado por Schumacher e colaboradoras (2008), afirma que o sexo se encontra relacionado com o nível de envolvimento na prestação de cuidados familiar e que as mulheres são as que mais investem no cuidar de um familiar. Neste contexto, é legítimo admitir que os MFPC mais empreendedores nos cuidados ao familiar dependente tendam a desenvolver níveis mais elevados de perceção de autoeficácia. Na nossa amostra, as mulheres percecionam-se como mais competentes para alimentar a pessoa dependente. Considerando a sua maior envolvimento neste cuidado específico, a perceção de autoeficácia será maior; pois uma das fontes de principal influência da perceção de autoeficácia é a experiência repetida com sucesso, como vimos quando discutimos a forma como se constrói a autoeficácia, de acordo com a perspectiva de Bandura (1997).

O trabalho exploratório que realizámos também nos mostrou a existência de diferenças com significado estatístico nos níveis de perceção de autoeficácia dos MFPC, em função da sua profissão. Foi efetuado o teste de *Kruskal-Wallis*, para testar a

*hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização* (Pestana e Gageiro, 2008:457) para mais de dois grupos, especificamente para os diferentes grupos de profissões dos MFPC.

O estudo das diferenças na PAE global dos MFPC (variável qualitativa, ordinal), em função das profissões do MFPC, através do teste de *Kruskal-Wallis*, revelou-nos diferenças estatisticamente significativas (Anexo 16). Assim, os MFPC que são pensionistas/ reformados, desempregados e domésticas tendem a ter, globalmente, uma maior PAE. Portanto, os MFPC que se percebem como mais competentes são aqueles que profissionalmente apresentam maior “disponibilidade” (de tempo) para o papel. Assim, podemos dizer que, em linha com aquilo que nos é proposto por Bandura (1997), os MFPC que ocupam ou “dedicam” mais tempo à prestação de cuidados tendem a construir níveis mais elevados de PAE.

Após apresentarmos os principais resultados relativos à influência das variáveis de atributo dos MFPC na sua PAE, importa avançar para os fatores inerentes ao familiar dependente e a sua associação com a PAE dos respetivos familiares cuidadores.

#### 4.4.2 Fatores relativos ao familiar dependente

Neste âmbito, também procedemos a uma exploração abrangente das múltiplas variáveis relativas aos dependentes e à sua associação com a PAE dos MFPC. Foram vários os aspetos relativos ao familiar dependente, associados à PAE global dos MFPC (variável qualitativa, ordinal), em que foram encontradas resultados estatisticamente significativos.

Através do teste *One-way ANOVA* estudamos a existência de diferenças no tempo de dependência (anos) do dependente, em função da PAE global do MFPC (variável ordinal). Quer isto dizer, que os grupos em análise foram os MFPC categorizados, quanto à PAE, como: “incompetente”; “pouco competente”; “medianamente competente” e, “muito competente” (Tabela 37). A tabela 37 dá conta dos resultados mais relevantes e com significado. Mais uma vez, em linha com os nossos achados, o número de MFPC com níveis “baixos” de PAE foram escassos, pelo que nos focamos, essencialmente, na discussão dos dados relativos aos grupos com maior casuística.

Quando consultamos a tabela seguinte, podemos verificar que os MFPC “muito competentes” tendem a cuidar de dependentes que experimentam tal condição há mais anos, em especial quando olhamos para o tempo médio de dependência dos dependentes cuidados por MFPC “medianamente competentes”.

**Tabela 37. Diferenças no tempo de dependência (anos) do familiar dependente, em função da PAE global dos MFPC (Teste *One - way ANOVA*)**

<i>Tempo de dependência (anos) familiar dependente</i>		n	Médias	Desvio padrão	valor p
PAE dos MFPC face à dependência do familiar para vestir-se e despir-se ( <i>N=80</i> )	Pouco competente	1	14,00	0	< 0,001
	Medianamente competente	6	4,50	2,07	
	Muito competente	73	5,83	5,46	
PAE dos MFPC face à dependência do familiar para alimentar-se ( <i>N=86</i> )	Pouco competente	3	8,00	5,57	0,017
	Medianamente competente	12	5,50	4,36	
	Muito competente	71	6,21	7,57	
PAE dos MFPC face à dependência do familiar para transferir-se ( <i>N=42</i> )	Pouco competente	6	7,00	3,85	0,046
	Medianamente competente	4	7,50	6,66	
	Muito competente	32	6,40	7,02	
PAE dos MFPC face à dependência do familiar para tomar a medicação ( <i>N=95</i> )	Pouco competente	11	6,09	3,70	0,020
	Medianamente competente	7	5,71	5,44	
	Muito competente	59	6,30	7,80	
PAE geral dos MFPC <sup>1</sup> ( <i>N=114</i> )	Pouco competente	4	8,00	4,24	0,006
	Medianamente Competente	16	4,50	3,81	
	Muito Competente	94	6,86	8,39	

Esta tendência aponta para o facto de a PAE ser algo que se constrói quotidianamente, que exige tempo e consolidação. Por outro lado, situações de dependência mais longas e duradouras podem estar associadas a necessidades de cuidados mais estáveis, em que o imprevisto é menor, na perspetiva dos MFPC. Estes aspetos podem concorrer para o aumento da PAE. A dimensão temporal das transições e o seu carácter evolutivo é algo que Meleis e colaboradoras (2000) destacam.

O teste *One-way ANOVA* mostrou a existência de diferenças estatisticamente significativas no estudo da idade (anos) do dependente, em função da PAE global dos

<sup>1</sup> Relembramos que a PAE geral apresentada neste ponto do relatório é a variável qualitativa, ordinal. Como, anteriormente explicamos foi criada uma variável qualitativa contínua (*score* da PAE geral) que corresponde à média, ignorando os nulos, de todos os itens válidos avaliados para cada caso em estudo. Na posse deste valor (variável quantitativa contínua), procedemos à sua reconversão numa nova variável do tipo ordinal, obedecendo à regra dos quatro intervalos equidistantes (1-1,75 incompetente; 1,75- 2,5 pouco competente; 2,5- 3,15 medianamente competente; 3,15-4 muito competente). Passamos, assim, a ter um valor da “PAE geral” dos MFPC, numa escala quantitativa, e outro *score* de “PAE geral”, numa escala ordinal.

MFPC, mensurada numa escala ordinal (Tabela 38). O número de casos em cada um dos grupos em análise recomenda-nos alguma cautela na leitura dos resultados.

**Tabela 38. Diferenças na idade do familiar dependente, em função da PAE global dos MFPC (Teste *One -Way ANOVA*)**

<i>Idade do familiar dependente</i>		N	Médias	Desvio padrão	valor <i>p</i>
PAE dos MFPC face à dependência do familiar para tomar banho ( <i>N=94</i> )	Pouco competente	1	73,00	0	0,012
	Medianamente competente	9	77,33	8,03	
	Muito competente	84	78,39	15,50	
PAE dos MFPC face à dependência do familiar para usar o sanitário ( <i>N=73</i> )	Pouco competente	6	70,83	18,69	0,022
	Medianamente competente	7	82,15	8,90	
	Muito competente	60	78,28	16,43	
PAE dos MFPC face à dependência do familiar para andar ( <i>N=67</i> )	Incompetente	1	73,00	0	<0,001
	Pouco competente	4	78,500	15,24	
	Medianamente competente	9	75,11	8,96	
	Muito competente	53	80,85	14,37	

Contudo, tendo em consideração os grupos com maior casuística, existe uma tendência para os MFPC com níveis mais elevados de PAE cuidarem de familiares dependentes mais idosos, o que é mais evidente no domínio do “andar”. A maior idade das pessoas dependentes está associada a tempos de dependência mais longos, o que alinha com aquilo a que atrás aludimos.

Através do teste de *Kruskal-Wallis*, fomos estudar as diferenças na PAE global do MFPC (variável ordinal), em função do estado civil do dependente. Apenas no âmbito do autocuidado “transferir-se” os achados revelaram resultados estatisticamente significativos ( $p=0,028$ ) (Tabela 39).

**Tabela 39. Diferenças da PAE global dos MFPC, em função do estado civil do familiar dependente (Teste *Kruskal-Wallis*)**

<i>Estado Civil (N=43)</i>		n	Mean Rank	valor <i>p</i>
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no transferir-se	Viúvo	20	23,05	0,028
	Casado/União de facto	12	15,67	
	Solteiro	9	27,00	
	Divorciado	2	27,00	

Os resultados apurados mostram que os MFPC que cuidam de dependentes casados ou em união de facto têm níveis de PAE mais baixos. Estudos realizados em Portugal (Sequeira, 2011; Rodrigues, 2011), no âmbito da enfermagem, mostram-nos que os

idosos e os dependentes que já estão viúvos ou “sós” tendem a ter uma atitude face ao seu autocuidado e ao envelhecimento mais resignada, sendo, tendencialmente, menos exigentes, face aos cuidados de que beneficiam. Este aspeto pode ajudar-nos a explicar a circunstância dos cuidadores que tomam conta de dependentes “sós” terem níveis de PAE mais elevados. Com efeito, a (menor) exigência dos dependentes face aos cuidados que recebem pode concorrer para a (mais elevada) PAE dos seus cuidadores. Muitas vezes, os dependentes que estão casados são cuidados pelo cônjuge, o que pode determinar uma postura mais exigente face aos cuidados.

Através do teste *U de Mann-Whitney*, fomos estudar as diferenças na PAE global do MFPC (variável qualitativa, ordinal), em função do sexo do familiar dependente. Também aqui só existiam diferenças na PAE dos MFPC no âmbito do autocuidado “transferir-se” ( $p=0,010$ ) (Tabela 40).

**Tabela 40. Diferenças da PAE global dos MFPC, em função do sexo do familiar dependente( Teste *U de Mann-Whitney*)**

<i>Sexo do familiar dependente (N=43)</i>		N	<i>Mean Rank</i>	valor <i>p</i>
PAE global dos MFPC face à dependência do	Feminino	28	24,66	0,010
familiar no transferir-se	Masculino	15	17,03	

Os MFPC que cuidam de uma mulher dependente no transferir-se, tendencialmente, percecionam-se com maior autoeficácia. Também aqui julgamos que a atitude mais resignada das mulheres dependentes, encontrada por Sequeira (2011) e Rodrigues (2011), pode dar elementos para a explicação deste achado.

Foram, também, estudadas as diferenças no número (médio) de fármacos diários, tomados pelos dependentes, tendo em consideração a PAE Global MFPC (variável ordinal), através do teste *One - way ANOVA*. Os dados apurados revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas (Anexo 16) em vários dos domínios da PAE Global dos MFPC. Merece especial destaque o facto de os MFPC que se percecionam como mais competentes cuidarem de familiares que tomam menos medicamentos. O número de fármacos que o dependente toma diariamente pode ser concebido com uma variável que pode concorrer para a complexidade (dificuldade) dos cuidados “exigidos” ao MFPC.

Utilizamos, também, o teste *One way ANOVA* para estudamos as diferenças existentes no número de internamentos do familiar dependente, no último ano, em função da PAE global dos MFPC (variável qualitativa, ordinal) (Tabela 41). Há diferenças com significado estatístico no número de internamentos do familiar dependente, no que se reporta à PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no “virar-se” ou posicionar-se na cama ( $p=0,014$ ). Assim, os MFPC que se percebem como mais competentes para posicionar o seu familiar, tendem a cuidar de pessoas com menor número de internamentos hospitalar.

**Tabela 41. Diferenças no número de internamentos do familiar dependente no último ano, em função da PAE global dos MFPC (Teste *One Way ANOVA*)**

<i>N.º de internamento no último ano</i>		N	Médias	Desvio padrão	valor <i>p</i>
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar para virar-se ( $N=60$ )	Pouco Competente	8	0,63	0,74	0,014
	Medianamente Competente	11	1,45	0,52	
	Muito Competente	41	0,30	0,56	

O número de internamentos hospitalares dos dependentes pode ser entendido, em sentido lato, como um “indicador” importante da sua condição de saúde. Os resultados apurados, no contexto do nosso estudo, correspondem à nossa expectativa inicial, já que quanto mais competentes os MFPC se percebem, mais esforço, mais empenho e maior motivação têm para alcançar os resultados esperado: o melhor cuidado ao familiar dependente. É, neste contexto, que se pode explicar o menor número de internamentos dos dependentes que são cuidados por MFPC “mais competentes”.

O teste *One way ANOVA* foi, ainda, usado para apurarmos as diferenças no número de episódios de recurso ao serviço de urgência (SU), em função da PAE dos MFPC (variável qualitativa, ordinal) (Anexo 16). Foram identificadas diferenças com significado estatístico no número de episódios de recurso ao SU, em vários domínios da PAE dos MFPC. Os nossos resultados, em linha com aquilo que discutimos no parágrafo anterior, indicam que os MFPC com níveis mais elevados de PAE tendem a cuidar de familiares dependentes com menor número de episódios de recurso à urgência. Sabemos que, muitas vezes, o recurso aos SU de dependentes é motivado por fenómenos como: desidratação, infeções respiratórias ou úlceras de pressão infetadas. Estes fenómenos, de alguma forma, traduzem a natureza dos cuidados que são disponibilizados aos dependentes; os quais, muitas vezes, decorrem de níveis de

preparação e de conhecimento dos MFPC muito limitados, bem como da baixa intensidade do acompanhamento profissional (ex.: de enfermagem).

Segundo Schumacher e colaboradoras (2000), quando há dificuldades no cuidar familiar, estas têm frequentemente um impacto negativo no cuidador e na pessoa cuidada. Estas dificuldades conduzem a uma gestão pobre de sintomas e dos efeitos secundários, a internamentos de urgência ou idas à urgência, a atrasos no tratamento, a riscos ao nível da segurança, a *distress* emocional e a conflitos entre o cuidador e a pessoa cuidada acerca da gestão do regime terapêutico. Assim sendo, provavelmente, os MFPC que se percebem como muito competentes são aqueles que experienciam menores dificuldades e daí o menor número de episódios de recurso ao serviço de urgência.

Através do teste *U de Mann-Wihtney*, fomos estudar as diferenças na PAE dos MFPC (variável qualitativa, ordinal), em função da forma de instalação da dependência do familiar dependente (Tabela 42).

Atendendo à Tabela 42, os *mean rank* apurados evidenciam que os MFPC que cuidam de um familiar que ficou dependente de uma forma súbita, percebem-se, na sua generalidade, como mais competentes. Certamente, os familiares quando ficam dependentes de forma repentina desencadeiam uma rutura com os papéis anteriormente desempenhados na família.

**Tabela 42. Diferenças da PAE global dos MFPC, em função da forma de instalação da dependência do familiar dependente (Teste *U de Mann-Whitney*)**

<i>Forma de instalação da dependência do familiar dependente</i>		<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>valor p</i>
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no alimentar-se (N = 87)	Súbita	21	51,00	0,002
	Gradual	66	41,77	
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no andar (N = 66)	Súbita	12	40,50	0,050
	Gradual	54	31,94	
PAE global dos MFPC para monitorizar (N = 117)	Súbita	32	68,50	0,004
	Gradual	85	55,42	
PAE geral dos MFPC (N = 118) <sup>2</sup>	Súbita	32	69,00	0,004
	Gradual	86	55,97	

<sup>2</sup> PAE geral – variável qualitativa, ordinal.

Este facto, propicia uma mudança visível e notória na condição de saúde da pessoa que fica dependente e cria a necessidade premente de consciencialização por parte do membro da família que o cuidará. Trata-se de uma realidade do tipo: é “agora” e “já”. Além disto, as pessoas que ficam dependentes de uma forma súbita devem-no, provavelmente, a um acidente ou incidente crítico que os conduz a uma situação de internamento hospital. Neste, o membro da família (futuro prestador de cuidados) tem, felizmente e cada vez mais, oportunidade de integrar um plano terapêutico (de enfermagem) dirigido ao desenvolvimento da sua consciencialização acerca do “novo” papel e à capacitação para o desempenho do mesmo.

De acordo com Campos (2008:127):

*a transição (familiar) complexa vai-se modificando ao longo do tempo. Há uma tendência para aumentar a consciencialização por parte dos membros da família, quer da pessoa dependente, quer dos prestadores de cuidados acerca da situação, o que facilita o envolvimento da família na situação, e por sua vez a transição.*

A mobilização de terapêuticas de enfermagem dirigidas à consciencialização dos MFPC, ao seu envolvimento no papel e ao desenvolvimento de capacidades, será, assim, um fator decisivo e crucial para a construção da competência de quem cuida em casa de familiares dependentes. Ora, o que queremos com isto dizer é que os cuidados de enfermagem podem fazer grande diferença...

Em linha com aquilo que temos vindo a discutir, é natural que os MFPC que cuidam de familiares que transitaram para a condição de dependência de uma forma mais abrupta, menos associada ao envelhecimento, sejam aqueles que apresentam níveis de autoeficácia mais altos.

Esta assunção está plasmada na tabela seguinte, onde são apresentados os resultados estatisticamente significativos, nas diferenças na PAE dos MFPC (variável qualitativa, ordinal), em função do motivo da dependência do familiar dependente ter sido o envelhecimento.

**Tabela 43. Diferenças da PAE global dos MFPC, em função do motivo da dependência: envelhecimento (Teste U de Mann-Whitney)**

<i>Motivo da dependência: envelhecimento</i>		<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>valor p</i>
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no virar-se (N=58)	Sim	30	25,57	0,024
	Não	28	33,71	
PAE global dos MFPC para aceder a recursos (N=74)	Sim	41	33,22	0,016
	Não	33	42,82	
PAE global dos MFPC para ajustar (N=79)	Sim	49	36,48	0,043
	Não	39	43,62	
PAE global dos MFPC para decidir (N=92)	Sim	49	42,96	0,045
	Não	43	50,53	
PAE global dos MFPC para monitorizar (N=117)	Sim	62	55,25	0,047
	Não	55	63,23	
PAE global dos MFPC para trabalhar com a pessoa cuidada (N=84)	Sim	47	39,93	0,042
	Não	37	45,77	

Contudo, quando olhamos para as diferenças na PAE dos MFPC, em função da dependência do familiar ter como causa um acidente (situação de cariz mais abrupto), os resultados são interessantes (Tabela 44).

Globalmente, podemos dizer que os MFPC com níveis mais elevados de PAE cuidam de familiares que ficaram dependentes por motivos que não os acidentes.

**Tabela 44. Diferenças da PAE Global dos MFPC, em função do motivo da dependência: acidente (Teste U de Mann-Whitney)**

<i>Motivo da dependência: acidente</i>		<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>valor p</i>
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no vestir-se e despir-se (N=78)	Sim	10	31,10	0,011
	Não	68	40,74	
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no alimentar-se (N=81)	Sim	11	29,64	0,009
	Não	70	42,79	
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no transferir-se (N=38)	Sim	7	13,57	0,035
	Não	31	20,84	
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no tomar a medicação (N=74)	Sim	7	24,07	0,018
	Não	67	38,90	
PAE global dos MFPC para agir (N=75)	Sim	8	24,88	0,008
	Não	67	39,57	
PAE global dos MFPC para monitorizar (N=112)	Sim	13	44,65	0,032
	Não	99	58,06	
PAE global dos MFPC para providenciar cuidados (N=99)	Sim	12	36,88	0,007
	Não	87	51,81	
PAE global dos MFPC para trabalhar com a pessoa cuidada (N=80)	Sim	9	31,89	0,031
	Não	71	41,59	

Assim, poderíamos admitir que, quando os MFPC cuidam de dependentes que transitaram para essa condição devido a quadros de doença crónica, tendem a ter níveis mais altos de PAE. Os resultados apurados no nosso estudo não sustentam tal posição (tabela 45).

**Tabela 45. Diferenças da PAE Global dos MFPC, em função do motivo da dependência: doença crónica (Teste *U de Mann Whitney*)**

<i>Motivo da dependência: doença crónica</i>		n	Mean Rank	valor p
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no andar (N=62)	Sim	35	28,54	0,044
	Não	27	35,33	
PAE global dos MFPC para decidir (N=91)	Sim	50	41,28	0,007
	Não	41	51,76	
PAE global dos MFPC para monitorizar a pessoa cuidada (N=116)	Sim	56	51,89	0,002
	Não	60	64,67	
PAE geral dos MFPC (N=118) <sup>3</sup>	Sim	57	52,97	0,002
	Não	61	65,60	

Pelo que fomos expondo ao longo dos últimos parágrafos, percebemos que, no nosso estudo, os MFPC com níveis mais elevados de PAE são aqueles que cuidam de familiares que se tornaram dependentes de uma forma súbita, mas que na raiz dessa instalação súbita da dependência não estão acidentes ou doenças crónicas.

Em síntese, relativamente aos fatores inerentes aos familiares dependentes e à sua influência na PAE dos MFPC, podemos dizer que os MFPC que se percecionam como mais competentes cuidam de familiares que são dependentes há mais tempo, mas que tomam menos medicamentos diariamente. A PAE dos MFPC tende a ser mais elevada naqueles que cuidam de um dependente que transitou para essa condição de uma forma “súbita”. Contudo, na génese da instalação da dependência não estão os acidentes ou as doenças crónicas.

O facto dos níveis mais elevados de PAE dos MFPC estarem associados a quadros de instalação da dependência de forma súbita pode decorrer da circunstância de, por esse motivo, os familiares cuidadores terem beneficiado de terapêuticas de enfermagem dirigidas à sua capacitação. Isto poderá acontecer porque, muitas vezes, fruto da instalação súbita da dependência ocorre um episódio de internamento hospitalar. Quando os cuidados a serem assegurados pelos familiares cuidadores são menos

<sup>3</sup> PAE geral – variável qualitativa, ordinal.

complexos, por exemplo, porque os dependentes tomam menos medicamentos, os MFPC tendem a ter maior percepção de autoeficácia.

A dependência foi um aspeto central da caracterização dos familiares cuidados pelos MFPC. O que o estudo da correlação (através do *Rho Spearman*) mostra é que existe uma correlação moderada (0,339) e positiva entre o valor geral da PAE (mensurada a nível ordinal) com o valor geral ou global da dependência (também mensurada a nível ordinal). Quer isto dizer que os MFPC que tomam conta de pessoas mais independentes (ou menos dependentes) tendem a ter valores de PAE mais elevados.

**Tabela 46. Correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o nível de dependência do familiar, (Correlação de Spearman)**

		PAE
Dependência	$r_s, Spearman$	0,039
	valor $p$	<0,001

O mesmo é dizer: os MFPC que cuidam de familiares mais dependentes são aqueles com níveis de PAE mais reduzidos. O que era para nós expectável. Os familiares mais dependentes apresentam maiores necessidades ao nível do autocuidado. Face a isto, é indiscutível que o exercício do papel de MFPC nestes casos é mais complexo, havendo maior quantidade de tarefas e de cuidados a desempenhar (Campos, 2008).

Os indivíduos com baixa percepção de autoeficácia abordam as tarefas e as dificuldades como ameaças a serem evitadas, o que aumenta o *stress* e aumenta a sua vulnerabilidade. Além disto, a PAE, como vimos anteriormente, influencia as decisões relativas à escolha de determinada ação, o esforço aplicado, a perseverança face aos obstáculos e às falhas, a resiliência face à adversidade, a quantidade de *stress* e a depressão que os indivíduos experienciam face às exigências dos contextos e o nível de realização pessoal que eles percebem (Bandura, 1997). Se os MFPC que cuidam de familiares mais dependentes são os que têm menor convicção de que são capazes de executar com êxito os comportamentos requeridos para produzir as consequências desejadas, é fundamental e imperativa a intervenção dos enfermeiros neste âmbito.

Cabe aos enfermeiros facilitarem o processo de transição para o papel de MFPC para que estes atinjam uma transição saudável. A avaliação da percepção de autoeficácia,

enquanto padrão de resposta desta transição, pode ajudar a estabelecer os grupos prioritários de intervenção e a definir as melhores estratégias de ação

## 5 Conclusões

O processo de envelhecimento da população (mais relevante nos países desenvolvidos), o desenvolvimento científico e técnico na área da saúde e o aumento do número de anos de vida das pessoas, que traz consigo uma expansão das doenças crónicas, conduz a um acréscimo no número de dependentes no autocuidado, nomeadamente daqueles que permanecem integrados no seio das respetivas famílias. Assim, não só aumenta o número de membros da família a tomarem conta de familiares dependentes como cresce a sua importância enquanto prestadores de cuidados.

Há um grande interesse e ênfase atribuídos ao desenvolvimento do papel de membro da família prestador de cuidados. Em particular nos cuidados que são prestados, o quão bem eles são realizados e, ainda, no processo de aquisição das competências por parte dos MFPC (Shoenfelder et al, 2000; Schumacher et al, 2000; Shyu, 2000; Paun et al, 2004). O exercício do papel do membro da família prestador de cuidados é um fenómeno do interesse da profissão e da disciplina de enfermagem, num quadro global de uma “Enfermagem avançada” (Silva, 2007).

A nossa investigação focou-se no exercício do papel de membro da família prestador de cuidados (MFPC), procurando conhecer o respetivo nível da perceção de autoeficácia (PAE). A autoeficácia consiste na convicção de que se é capaz de executar com êxito os comportamentos requeridos para produzir as consequências desejadas (Bandura, 1995). Pajares e Urdan (2006) referem que a perceção de autoeficácia é um juízo relativo às próprias competências.

De acordo com os nossos achados, os MFPC percecionam-se, na sua generalidade, como “muito competentes” no desempenho do respetivo papel. Assumimos que os resultados apurados podem ser “influenciados” por algum efeito da “desejabilidade social” nas respostas dadas pelos familiares cuidadores. Segundo Vilelas (2009:134) *as pessoas inquiridas respondem às questões tendo em conta o socialmente correto e aceite, uma vez que estão perante o investigador*. Temos claro que as questões eram

colocadas por enfermeiros, numa lógica de entrevista “frente a frente”, pelo que será razoável admitir que os MFPC possam “defender a sua autoestima”.

Todavia, conscientes da limitação associada ao facto de, globalmente, os MFPC se percecionarem como “muito competentes”, somos capazes de identificar os domínios em que a PAE dos MFPC é “mais baixa”.

Ao analisarmos o *score* global da PAE dos MFPC face a cada domínio da dependência do familiar, percebemos que há domínios em que os MFPC se julgam menos competentes (tabela 31). Aqui, destaca-se a PAE face à dependência no “virar-se” ou posicionar-se, ao “transferir-se” e ao “uso do sanitário”. Níveis elevados de dependência nestes domínios do autocuidado traduzem cenários de “grande dependência” e grande intensidade de cuidados, por parte dos MFPC. Querirá isto dizer que os MFPC que cuidam de familiares “mais dependentes”, vulgo, “acamados”, na nossa amostra, terão menor PAE? Os dados apurados apontam para esta realidade. De facto, os MFPC que cuidam de familiares com maiores níveis de dependência evidenciam menor PAE. Os MFPC apresentam, também, menor PAE face à dependência do familiar para tomar a medicação. O aumento do número de fármacos implica uma maior complexidade na gestão do regime terapêutico, por parte do familiar cuidador. Esta circunstância tende a propiciar uma maior dificuldade em lidar com os efeitos adversos dos medicamentos e em geri-los. Assim, por princípio, as dificuldades em construir a perceção de autoeficácia serão maiores. Segundo Barg e colaboradores (1998), citados por Schumacher e colaboradoras (2000), 65% dos cuidadores que participavam numa intervenção psicoeducacional referiam dificuldades em observar a pessoa cuidada a ficar mais doente e não saberem o que fazer. Consideramos, então, que é fundamental os enfermeiros identificarem os MFPC que cuidam de dependentes com este perfil, já que os padrões de respostas desenvolvidos por estes MFPC poderão torná-los mais vulneráveis, assim como aos dependentes de quem cuidam.

Analisando a PAE dos MFPC face aos processos de cuidar descritos por Schumacher e colaboradoras (2000), o processo que adquire maior destaque é o “aceder a recursos” (tabela 33). Na realidade, no contexto do nosso estudo, é neste processo de cuidar que os MFPC evidenciaram menor PAE. Os cuidadores familiares menos competentes (ou que se percecionam como tal) são mais passivos, utilizam menos

recursos e não procuram os recursos numa rede alargada (Schumacher et al, 2000; Petronilho, 2007). Meleis e colaboradoras (2000) afirmam que o acesso aos recursos e o nível de preparação e de conhecimento dos clientes sobre os mesmos são um condicionalismo importante das transições com relevância para a enfermagem. Se os MFPC se percecionam pouco competentes para aceder aos recursos existentes, importa que os enfermeiros estejam despertados para advogar e orientar os MFPC e os seus familiares dependentes para o acesso aos mesmos, facilitando, assim, a transição vivenciada. Wu e colaboradores (2007) afirmam que as intervenções específicas de educação podem melhorar a autoeficácia. Portanto, as terapêuticas de enfermagem que podem promover a autoeficácia dos MFPC serão, também, ações do tipo “orientar”, “advogar” e “informar” sobre os recursos necessários à prestação de cuidados a dependentes, em casa.

Os nossos achados podem ajudar-nos a identificar os domínios da competência percebida pelos MFPC onde importará investir, de forma a aumentar a sua PAE. O aumento da PAE dos familiares cuidadores pode ser altamente benéfica, não só, para os próprios, contribuindo para, por exemplo, uma menor frequência de quadros de sobrecarga mas, também, benéfica para os dependentes.

Apesar dos MFPC se percecionarem como muito competentes no desempenho do papel, identificámos muitos indicadores nas (sub)escalas com baixa casuísta. Consideramos que isto poderá ser interpretado à luz da Teoria social cognitiva (Bandura, 1986,1997); da definição pessoal de cuidar (Schumacher et al, 2006) ou da Teoria das transições (Meleis et al, 2000). Em síntese, a baixa frequência nas respostas a alguns itens podem apontar para aspetos que os MFPC não têm definido, ou consciencializado, como fazendo parte do seu papel. Como os MFPC foram inquiridos acerca da sua autoeficácia em relação ao seu papel, é sobre os cuidados que consideram necessários que eles percecionam a sua autoeficácia. A baixa frequência de respostas poderá significar que os itens definidos à partida pelo investigador, supõem aquilo que os enfermeiros consideram que é importante para o cuidar familiar e não aquilo que os MFPC têm em mente quando cuidam. Daí, a importância que assume a mobilização de terapêuticas de enfermagem dirigidas à consciencialização dos MFPC, ao desenvolvimento de capacidades. O que será um fator decisivo e crucial para a construção da competência de quem cuida em casa de familiares dependentes. Ora, o

que queremos com isto dizer é que os cuidados de enfermagem podem fazer grande diferença...

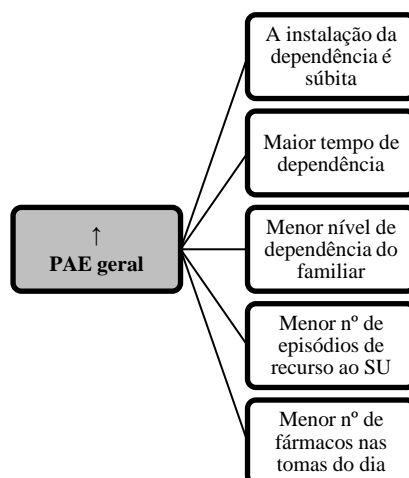
Os MFPC que se percebem mais competentes tendem a cuidar de familiares que ficaram dependentes de uma forma súbita, mas que apresentam o maior número anos de dependência. Tendo por base as teorias que iluminaram esta investigação, consideramos que estes MFPC foram desafiados, de uma forma muito clara, a assumirem o papel e a terem consciência da necessidade de o assumirem. Muitas vezes, este processo inicia-se após um episódio de internamento hospitalar. Este facto que pode concorrer, fruto dos processos de ensino-aprendizagem mobilizados pelos enfermeiros, para experiências repetidas de sucessos e para experiências vicariantes de aprendizagem observacional, que propiciam um aumento das crenças de autoeficácia. A autoeficácia, pode assim, ser concebida como um indicador da resposta dada pelo MFPC à transição que vivencia.

Foi interessante verificar que os dependentes cuidados por MFPC “mais competentes” eram aqueles que menos vezes tinham recorrido, quer ao serviço de urgência, quer a internamentos hospitalares. Por outro lado, os nossos dados foram de encontro à nossa expectativa inicial, uma vez que, os MFPC que cuidavam de pessoas mais dependentes apresentaram níveis mais baixos de PAE.

A figura 3 sintetiza os nossos achados, relativamente aos fatores associados à PAE geral dos MFPC (apenas apresentaram significado estatístico os intrínsecos à pessoa com dependência).

Os nossos dados evidenciam que a percepção de autoeficácia, enquanto indicador do processo de transição para o papel de prestador de cuidados, é influenciada pelas características do familiar dependente. O que vai de encontro ao definido por Schumacher (1995), na medida em que a transição para o papel de MFPC ocorre através da interação entre o MFPC e a pessoa dependente; como resposta e em paralelo com a transição para um quadro de dependência do familiar que passa a necessitar de cuidados.

**FIGURA 3: Principais fatores (relativas à pessoa com dependência) em estudo e a PAE geral dos MFPC**



Assumimos como limitação do nosso relatório a dimensão da discussão dos resultados. Para além das nossas próprias limitações, deparamo-nos com poucos estudos centrados na problemática da autoeficácia dos MFPC.

Outra das limitações prende-se com a colheita presencial de dados na residência dos MFPC, pois admitimos que a maioria dos MFPC se sentiu inibida em responder às questões colocadas. Desta forma, sugerimos que, no futuro, a recolha de dados seja efetuada via telefone ou através da utilização de questionários enviados por correio.

Consideramos que, no futuro, serão necessários mais estudos neste domínio problemático. Tais estudos, para além de expandirem e aprofundarem a base de conhecimento disponível, podem contribuir para o aperfeiçoamento dos instrumentos que utilizámos.

A finalizar, recordamos que o nosso estudo se insere num outro de cariz mais alargado e profundo, o qual poderá dar respostas mais consistentes a questões que deixamos em aberto ou que não discutimos suficientemente. No entanto, a perceção da autoeficácia, enquanto um indicador útil para a monitorização do curso das transições, assume uma grande relevância para a disciplina e a profissão.

## 6 Referências bibliográficas

ALARCÃO, I.; RUA, M. – Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 14, n.º 3. (Jul-Set. 2005), p. 373-382.

ALMEIDA, L.; FREIRE, T. – *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios edições, 2008.

ANDRADE, L. M.; COSTA, M. F. M.; CAETANO, J. A. C.; SOARES, E.; BESERRA, E. P. - A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Vol. 43, n.º 1 (2009), p. 37-43.

BANDURA, A. – Exercise of Human Agency Trough Collective Efficacy. *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 9, n.º 3 (Jun. 2000), p 75-78.

BANDURA, A. – Guide for construction of self-efficacy scales. In PAJARES, F; URDAN, T - *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Santa Clara: Information Age Publishing, 2006. p. 307-337.

BANDURA, A. – *Self-efficacy, the exercise of control*. 1º ed. New York: W.H. Freeman & Company, 1997.

BANDURA, A. – *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

BANDURA, A. – Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*. Vol. 52, n.º 1-26 (Feb. 2001), p. 1-26.

BANDURA, A. – *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall, 1986.

BANDURA, A. – The evolution of social cognitive theory. In SMITH, K. G.; HITT, M. A. – *Great minds in Management*. Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 9-35.

BARROSO, I. – *O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem: estudo sobre as experiências geradoras de aprendizagem, situações e factores geradores de stresse nos estudantes*. Dissertação de Mestrado em Ciência de

Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRÖT – *Basic Epidemiology*. [Em linha] 2ª ed. Geneva: World Health Organization, 2006. [Consult. 02 de Março de 2010]. Disponível em WWW:< URL: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547073\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547073_eng.pdf)>..

BOTERF, G. L. – *Construir as competências individuais e colectivas : resposta a 80 questões*. Porto : Asa Editores, 2005.

CALDAS, C. P. – Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19, n.º 3 (Jun. 2003), p. 773 – 781.

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO – *Rede Social do Porto: Relatório de Pré Diagnóstico 2008*. [Em linha] [Consult. 06 de Outubro de 2010]. Disponível em WWW: <URL:[http://www.cm-porto.pt/users/0/56/PdRSP\\_Relatorio\\_09c0809544420e609217983c1262080f.pdf](http://www.cm-porto.pt/users/0/56/PdRSP_Relatorio_09c0809544420e609217983c1262080f.pdf)>.

CAMPOS, M. J. – *Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado: impacte da acção do enfermeiro no processo de Transição*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, 2008.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2011.

DECRETO-LEI N.º 101/2006 D.R. I Série – A N.º 109 (2006-06-06). [Em linha] [Consult. 1 de Março de 2008]. Disponível em WWW:< URL: <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao.htm>>.

DUQUE, H. J. L. T. – *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, novembro 2009.

FERNANDES, O. – *Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico, no hospital, no curso de licenciatura*. Dissertação de Doutoramento em Ciência de Educação – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2004.

FIGUEIREDO, D. – *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde – Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2007.

FORTIN, MF. – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência, 2009.

FORTINSKY, R.H.; KERCHER, K; BURANT, C. J.– Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging & Mental Health*. Vol. 6, n.º 2 (2002), p. 153-160.

GIL, C. – *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ªed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

GIL, A. C. – *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6.ªed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GONÇALVES-PEREIRA, M.; FERNANDES, L.; LEUSCHNER, A.; BARRETO, J.; FALCÃO, D.; FIRMINO, H.; MATEOS, R.; ORRELL, M. – Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need for the elderly): desenvolvimento e dados preliminares. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 25, n.º 1 (Jan. - Jun. 2007), p. 7-18.

HENDRIX, C. C.; RAY, C.– Informal caregiver training on homecare and cancer symptom management prior to hospital discharge: a feasibility study. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 33, n.º4 (Jul. 2006), p.793-798.

HENRIQUES, M. A. – *Adesão ao regime terapêutico em idosos: Revisão Sistemática (2004 -2006)*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2006.

KAPP, M. – Family Caregivers’s Legal Concerns. *Generations*. Vol. 27 (Jan. 2004), p. 49-55.

KRALIK, D.; VISENTIN, M. N.; VAN LOON, A. – Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 55, n.º 3 (Aug. 2006), p. 320-329.

LAGE, M. I. G. S. – *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de Doutoramento em Ciência de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2007.

LEÃO, A. – *Perceção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados após um internamento do familiar dependente*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012.

LEE, C.; BOBKO, P. – Self-efficacy Beliefs: Comparison of five measures. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 79, n.º 3 (Jun. 1994), p. 364-369.

LEVIN, J.; FOX, J. A. – *Estatística para Ciências Humanas*. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

LWANGA, S. K. ; LEMESHOW, S. - *Sample size determination in health studies*. [Em linha] Geneva, World Health Organization: 1991. [Consult. 02 de Março de 2010]. Disponível em WWW: < URL: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40062?locale=es>>.

MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M.; LOSADA, A.; LÓPEZ, J.; PENACOBÁ, C. – Reliability and Validity of the Spanish Version of the Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy. *Clinical Gerontologist*. Vol. 32, n.º 4 (2009), p. 347-357.

MARTINS, T. – *Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau, 2006.

MAURER, T. J.; ANDREWS, K. D. – Traditional, Lickert, and Simplified Measures of Self-efficacy. *Educational & Psychological Measurement*. Vol. 60, n.º 6 (2000), p. 965-73.

MAURER, T. J.; PIERCE, H. R. – A Comparison of Lickert Scale and Traditional Measures of Self-Efficacy. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 83 n.º 2 (Apr. 1998), p. 324-329.

MELEIS, A. I. – *Theoretical nursing: development and progress*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

MELEIS, A. I. – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MELEIS, A. I.; SAWER, L. M.; IM, E.; MESSIAS, D. K. H.; SCHUMACHER, K. – Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23, n.º 1 (Set. 2000), p. 12-28.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MASS, M. – *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 3.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MOWATT, J.; LANSINGER, H. K. S. – Self-efficacy in caregivers of cognitively impaired elderly people: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 19 (1994), p.105-1113.

NOLAN, M.; READY, J.; GRANT, G. – Developing a typology of family care: implications for nurses and other service providers. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 21, n.º 2 (Feb. 1995), p. 256-265.

NOLAN, M. R.; GRANT, G. –Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 14 (Nov. 1989), p. 950-961.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Active Ageing A Policy Framework. (A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing)* [Em linha] Madrid: 2002. [Consult. 16 de Fevereiro de 2010]. Disponível em URL: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf).

OREM, D. E. – *Nursing, Concepts of Practice*. 5ª ed. St. Louis: Mosby, 1995.

PAJARES, F.; URDAN, T. – *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Santa Clara: Information Age Publishing, 2006.

PAUN, O.; FARRAN, C.; CAROL, J.; PERRAUD, S.; LOUKISSA, D. A. – Successful caregiving of persons with Alzheimer's disease: skill development over time. *Alzheimer's Care Quarterly*. Vol 5, n.º 3 (Jul. - Sep. 2004), p 241-51.

PEREIRA, F. M. S. – *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros – Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2007.

PERRENOUD, P.; THURLER, M. G. - *As Competências para Ensinar no séc. XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

PESTANA, M; GAGEIRO, J. – *Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

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

POLIT, D.; BECK, C. – *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ªed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

PORTUGAL. *Código Penal Português*. [Em linha] [Consult. 05 de Março de 2010]. Disponível em WWW:< URL: <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/portugal.penal.95.pdf>>.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - *Base Geográfica de Referenciação de Informação 2001*. [Em linha] [Consult. 12 de Maio de 2009]. Disponível em URL: <http://mapas.ine.pt/download/metadados/bgri01.html>

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – *Enunciado sobre Consentimento Informado em Enfermagem*. [Em linha] Lisboa: 2007. [Consult. 02 de Março de 2010]. Disponível em URL:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - *Estatísticas demográficas de 2009*. [Em linha] [Consult. 07 de Maio de 2011]. Disponível em URL: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=83385202&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83385202&DESTAQUESmodo=2).

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060*. [Em linha] [Consult. 07 de Maio de 2011]. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=65944632&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt).

RICARTE, L. F. C. S. – *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.

RODRIGUES, L. – *O perfil de autocuidado como factor potencialmente condicionador das transições dos clientes*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011.

SANTOS, A. – *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa 2005.

SCHUMACHER, K. - Family caregiver role acquisition: role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. Vol. 9, n.º 3 (1995), p. 211-226.

SCHUMACHER, K. – Reconceptualizing Family Caregiving: Family Based Illness Care during Chemotherapy. *Research in Nursing & Health*. Vol. 19, n. º4(Aug. 1996), p. 261-271.

SCHUMACHER, K. ; BEIDIER, S. M.; GAMBINO, P. – Transactional Model of Cancer Family Caregiving. *Advances in Nursing Science*. Vol. 29, n.º 3 (Jul. - Set. 2006), p. 271- 286.

SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. - Transitions: a central concept in nursing. In MELEIS, A. -*Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York : Springer Publishing Company, 2010. p. 38-51.

SCHUMACHER, K. ; STEWART, B. J.; ARCHBOLD, P. G. - Conceptualization and Measurement of Doing Family Caregiving Well. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 30, n.º 1 (Mar. 1998), p. 63-70.

SCHUMACHER, K. ; STEWART, B. J.; ARCHBOLD, P. G.; CAPARRO, M.; MUTUALE, F.; AGRAWAL, S. – Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiving outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 35. n.º 1 (2008), p. 49- 56.

SCHUMACHER, K.; STEWART, B. J.; ARCHBOLD, P. G.; DODD, S. L. D. - Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*. Vol. 23, n.º 3 (Jun. 2000), p. 191-203.

SEQUEIRA, C. – *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto, 2007.

SEQUEIRA, E. – *Os perfis de autocuidados dos clientes dependentes estudo exploratório numa unidade de saúde familiar*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, 2011.

SILVA, A. P. – “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Vol. 55, n.º 1-2 (Jan.- Abr. 2007), p. 11-19.

SILVA, A. P. – *Sistemas de Informação em enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2001.

SILVA, R. – *A Dependência no Autocuidado no Seio das Famílias Clássicas do Concelho do Porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Dissertação de Mestrado na especialização de Enfermagem Avançada – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, 2011.

SHOENFELDER, D. P.; SWANSON, E. A.; SPEACHT, J.K.; MASS, M.; JOHNSON, M. - Outcome Indicators for Direct and Indirect Caregiving. *Clinical Nursing Research*. Vol. 9, n. º1 (Feb. 2000), p.47-69.

SHYU, YI. - The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 32, n.º 3 (Set. 2000), p. 619-625.

STEFFEN, A. M.; MCKBIIN, C.; ZEISS, A. M.; THOMPSON, D; BANDURA, A. – The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Reliability and Validity Studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. Vol. 57, n.º 1 (Jan. 2002), p. 74-86.

TAYLOR, D.; BURY, M. - Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 29, n.º 1 (Jan. 2007), p. 27–45.

TUCKMAN, B – *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

VILELAS, J – *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

WU, S.F.; COURTNEY, M.; EDWARDS, H.; McDOWELL, J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M.; CHANG, P. – Self-efficacy, outcomes expectations and self-care behavior in people with type 2 diabetes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 16, n.º 11 (Nov. 2007), p. 250 – 257.

## **ANEXOS**



## **Anexo 1**

**Processos e indicadores de Cuidar Competente definidos por  
Schumacher e colaboradoras (2000)**

<b>Processos</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Monitorizar</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usa especificidade apropriada</li> <li>2. Perceciona mudanças subtis</li> <li>3. Perceciona Indicadores verbais e não-verbais de bem-estar do recetor de cuidados</li> <li>4. Usa instrumentos de monitorização, quando apropriado</li> <li>5. Usa uma vigilância adequada</li> <li>6. Faz observações precisas</li> <li>7. Mantém um registo por escrito, quando apropriado</li> <li>8. Perceciona padrões</li> </ol>
<b>Interpretar</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconhece desvios do percurso clínico normal ou esperado</li> <li>2. Reconhece que algo é "diferente" ou "errado"</li> <li>3. Reconhece a seriedade de um problema</li> <li>4. Procura explicações para os sinais e sintomas inexplicáveis</li> <li>5. Faz perguntas detalhadas com o objetivo de desenvolver uma explicação</li> <li>6. Faz atribuições corretas</li> <li>7. Usa um ponto de referência no sentido de fazer observações</li> <li>8. Considera múltiplas explicações para uma observação</li> </ol>
<b>Tomar decisões</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tem em conta o cuidado e as múltiplas necessidades implícitas à doença</li> <li>2. Analisa as necessidades de cuidados concorrentes inerentes à doença</li> <li>3. Avalia a importância de prioridades concorrentes</li> <li>4. Atende a questões de cuidados múltiplos de uma só vez</li> <li>5. Pensa antecipadamente sobre as possíveis consequências de uma determinada ação</li> </ol>
<b>Agir</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ações recorrentes são tomadas em intervalos efetivos</li> <li>2. Utilização de "lembretes" para as cumprir os tempos</li> <li>3. Ritmos de ações adequados que correspondam com o ritmo da pessoa doente</li> <li>4. Tempos de ação adequados ao ritmo de respostas da pessoa doente à quimioterapia</li> <li>5. Tempos de ação adequados ao ritmo diário de respostas da pessoa doente</li> <li>6. Tempos de ações intermitentes ou únicos de forma adequada</li> <li>7. Consideração das próprias necessidades no tempo de ação</li> <li>8. Organiza várias ações de forma sistemática</li> <li>9. Desenvolve rotinas para gerir tarefas complexas</li> <li>10. Organiza as tarefas de prestação de cuidados inerentes à doença de modo a que a pessoa doente possa estar envolvida, se apropriado</li> <li>11. Usa um sistema para se lembrar quando as ações são adequadas</li> <li>12. Usa diferentes sistemas de rastreamento de ações agendadas e ações que são consideradas como necessárias</li> <li>13. Tem a capacidade de agir sobre várias questões de uma só vez</li> </ol>
<b>Ajustar</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajusta a quantidade de alimentos, medicamentos, descanso, exercícios, etc., até um alcançar um ótimo conforto e gestão de sintoma</li> <li>2. Modifica rotinas de longa data para se adequar à situação de doença</li> <li>3. Modifica ambiente para se adequar à situação de doença</li> <li>4. Tenta várias estratégias até encontrar uma solução para os problemas de prestação de cuidados</li> <li>5. Usa os "erros" como uma oportunidade para a aprendizagem</li> <li>6. Considera o que conduziu a um "erro" e altera o que parece ser a fonte do problema</li> <li>7. Procura por uma alternativa quando uma estratégia de cuidado já não funciona</li> <li>8. Usa a criatividade na resolução de problemas</li> </ol>
<b>Aceder aos recursos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procura recursos com sabedoria; considera uma ampla rede</li> <li>2. Usa conselhos sensatos</li> <li>3. Procura recursos autorizados quando for o caso</li> <li>4. Erradica conselhos erróneos, imprecisos ou inadequados</li> <li>5. Persiste na obtenção de recursos, até encontrar o que é realmente necessário</li> <li>6. Toma a iniciativa na busca de recursos</li> <li>7. Descobre quais são os prestadores de cuidados de saúde mais acessíveis, úteis e conhecedores</li> <li>8. Informa sobre as suas próprias necessidades</li> </ol>
<b>Providenciar cuidados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Executa procedimentos com segurança</li> <li>2. Executa procedimentos delicadamente</li> <li>3. Presta atenção ao conforto da pessoa doente</li> <li>4. Leva o tempo necessário aos procedimentos para obter os melhores resultados</li> <li>5. Os resultados dos processos são esteticamente agradáveis</li> </ol>
<b>Trabalhar com a pessoa alvo dos cuidados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Percebe quando a assumir um papel mais ativo no cuidado com a doença</li> <li>2. Usa uma abordagem incremental de assunção de tarefas inerentes aos cuidados com a doença, a fim de preservar a capacidade da pessoa doente em agir</li> <li>3. Percebe quando dar um passo atrás</li> <li>4. Usa uma abordagem incremental em recuar a partir de tarefas inerentes aos cuidados com a doença</li> <li>5. Presta cuidados de uma forma que é significativo no contexto da história pessoal do recetor de cuidados e da sua identidade</li> </ol>
<b>Negociar com o sistema de saúde</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avalia o cuidado recebido no sistema de saúde</li> <li>2. Defende os seus interesses e os da pessoa doente quando necessário</li> <li>3. Procura assistência de prestadores de cuidados de saúde de uma forma oportuna</li> </ol>

**Anexo 2**

**Formulário de recolha de dados com a Operacionalização da PAE dos  
MFPC**



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  NãoAceita 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  NãoÁrea útil    m<sup>2</sup>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



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 / semana

Com que frequência lava as mãos e a cara ao seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência lava o cabelo ao seu familiar?   vezes / semana

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- Na cama
- No chuveiro/banheira
- Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- O dependente
- O prestador de cuidados
- O enfermeiro
- Outro

Incentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo de que é capaz?

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

**Assento suspenso para banheira**

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

**Barras de apoio para banho**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S  N

S  N

S  N

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
- Desconhecimento da forma de funcionamento
- Limitações da residência
- Outro

**Cadeira de banho (fixa/ giratória)**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S  N

S  N

S  N

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
- Desconhecimento da forma de funcionamento
- Limitações da residência
- Outro

**Cadeira higiénica**

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

**Elevador de banheira**

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

**Lava cabeças para acamados**

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

**Antiderrapante**

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
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pentear o cabelo ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar os dentes ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortar as unhas ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbear o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retira as roupas da gaveta e do armário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segura as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desabotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa fechos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

 Dependente     Prestador de cuidados     Outro



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**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Calça meias/tira meias**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Calcadeira de cabo longo**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Cordões elásticos**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Extensões para fechos de correr**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber se a roupa / calçado do seu familiar estão adequados à temp. ambiente		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher o vestuário do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p.ex em função da temperatura ambiente)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir e calçar o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respectivo vestuário e o calçado		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**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 perineo	<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****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**Espelho inclinável****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

**AUTOUIDADO: 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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência  Outro

**Adaptador de talheres**

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

**Babete**

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

**Copo adaptado**

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

**Garfo flexível**

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

**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

**AUTOCUIDADO: Uso do sanitário**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Ocupa e desocupa o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tira as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Normalmente, em que local o seu familiar evacua?

 Fralda  Arrastadeira  Sanita  Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

 Fralda  Arrastadeira  Sanita  Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

 Dependente  Prestador de cuidados  OutroLava os genitais ao seu familiar depois das micções/dejecções?  Sempre  Às vezes  NuncaPosiciona o seu familiar no sanitário?  Sempre  Às vezes  NuncaIncentiva o seu familiar a utilizar o sanitário?  Sempre  Às vezes  Nunca**Alteador de sanita**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Arrastadeira**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Barra de apoio de sanitário**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Cadeira sanitária**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Cueca impermeável**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Colector urinário**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Fralda** **Necessário (juízo do enfermeiro)**  S  N **Utilizado**  S  N **Desejado**  S  N

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

---

**Penso absorvente para incontinência** **Necessário (juízo do enfermeiro)**  S  N **Utilizado**  S  N **Desejado**  S  N

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

---

**Penso higiénico** **Necessário (juízo do enfermeiro)**  S  N **Utilizado**  S  N **Desejado**  S  N

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

---

**Resguardo** **Necessário (juízo do enfermeiro)**  S  N **Utilizado**  S  N **Desejado**  S  N

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

---

**Saco de colostomia/ileostomia/urina** **Necessário (juízo do enfermeiro)**  S  N **Utilizado**  S  N **Desejado**  S  N

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

---

**Urino!** **Necessário (juízo do enfermeiro)**  S  N **Utilizado**  S  N **Desejado**  S  N

**Razão da não utilização**

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 da pessoa urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e o local estabelecidos para o seu familiar urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar, relativamente àquilo que é habitual		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar a fralda ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar o colector urinário ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar a região perineal ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar o seu familiar na sanita		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CITQ007Pv2



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****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

S  N  S  N  S  N

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Apoio de cabeça anatómico****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

S  N  S  N  S  N

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Apoio de pés****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

S  N  S  N  S  N

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Barras paralelas e apoios da posição de pé****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

S  N  S  N  S  N

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**AUTOCUIDADO: Virar-se****Move o corpo, virando-o de um lado para o outro**

Dependente não participa  Necessita de ajuda de pessoa  Necessita de equipamento  Completamente independente

Com que frequência posiciona o seu familiar na cama/cadeira?   vezes / dia

**Quem decide o horário da mudança de posição e a posição a adoptar?**

O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Outro

Incentiva o seu familiar a posicionar-se?  Sempre  Às vezes  Nunca

Nas mudanças de posição adopta os decúbitos laterais?  Sempre  Às vezes  Nunca

<b>Grades de apoio / segurança</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Colchão anti-úlceras de pressão</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Cotoveleira</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Coxim</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Transfer de cama (dispositivo para posicionar)</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Imobilizador abdominal</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Luva de imobilização</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Posicionador de perna e pés</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Suporte para as costas</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Dispositivo de prevenção de pé equino</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			

17099

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Detectar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais precoces de rigidez articular		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir os posicionamentos adequados/inadequados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar exercícios articulares ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentar o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a posicionar-se		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTOCUIDADO: Transferir-se****Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão**

Dependente não participa    Necessita de ajuda de pessoa    Necessita de equipamento    Completamente independente

**Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama**

Dependente não participa    Necessita de ajuda de pessoa    Necessita de equipamento    Completamente independente

Com que frequência transfere o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão?   vezes / dia

**Quem decide transferir o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão?**

O dependente    O prestador de cuidados    O enfermeiro    Outro

Incentiva o seu familiar a participar na transferência da cama para a cadeira/ cadeirão?  Sempre    Às vezes    Nunca

**Barra de apoio****Necessário (juízo do enfermeiro)** S    N**Utilizado** S    N**Desejado** S    N**Razão da não utilização**

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

**Cabeceira e pés da cama amovíveis****Necessário (juízo do enfermeiro)** S    N**Utilizado** S    N**Desejado** S    N**Razão da não utilização**

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

**Cama articulada****Necessário (juízo do enfermeiro)** S    N**Utilizado** S    N**Desejado** S    N**Razão da não utilização**

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

**Elevador de transferência****Necessário (juízo do enfermeiro)** S    N**Utilizado** S    N**Desejado** S    N**Razão da não utilização**

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro



17099

13 / 18

**Transfer leito-cadeira**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Disco de rotação**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a transferir-se		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
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  OutroIncentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas?  Sempre  Às vezes  Nunca**Rampa**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Rodas anti-queda**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Plataforma vertical para cadeiras de rodas**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

CIT0007PV2



17099

**AUTOCUIDADO: Andar**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Suporta o próprio corpo na posição de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe e desce degraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula em aclives e declives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias curtas (<100m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre longas distâncias (>500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência assiste o seu familiar na deambulação?   vezes / diaIncentiva o seu familiar a deambular sozinho?  Sempre  Às vezes  Nunca

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

 O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro**Andarilho**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Bengala**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Canadiana(s)**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Prótese**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir o seu familiar a andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



17099

**AUTOCUIDADO: 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

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 fecalomas?  Sempre  Às vezes  Nunca

Com que frequência inspecciona a pele do períneo do seu familiar?  vezes / dia

Com que frequência inspecciona as zonas de proeminências ósseas do seu familiar?  vezes / dia

Com que frequência massaja a pele das proeminências ósseas do seu familiar?  vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar?  vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar?  vezes / dia

Com que frequência desenvolve actividades estimulantes da memória com o seu familiar?  vezes / semana

Costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas (grades, tapetes antiderrapantes,...)?  Sempre  Às vezes  Nunca

Incentiva o seu familiar a tossir quando se apercebe que ele tem secreções?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma aspirar as secreções quando o seu familiar não as consegue eliminar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do seu familiar se altera?

Sempre  Às vezes  Nunca

**RECURSOS COMPLEMENTARES**

<b>Dispositivo de chamada</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Material de instrução e aprendizagem</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Prótese auditiva</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Telefone / telemóvel</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Pinça para alcançar objectos</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Suporte para cartas</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Enfia agulhas</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Outro 1 (especificar)</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<b>Outro 2 (especificar)</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			





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, artifices 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  Estado  Comparticipado (Estado privado)  Privado  Outro

**Quem suporta as despesas da institucionalização?**
**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**

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| Sim                   | Não                   | <input type="radio"/> Fraco nível de apoio de redes formais (equipe de saúde; ss; vd) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Fraco nível de apoio de redes informais (familiares, vizinhos)  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Condições económicas limitadas (não suporta os custos)          |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Outro   |

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| Sim                   | Não                   | <input type="radio"/> Condições de habitação inadequadas (não adaptada ao estado de saúde)  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Alterações da vida social (não fazer actividades que sempre efectuou) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Pouco tempo disponível (emprego, resolução de outros problemas)       |

**Situação que originou a dependência**

- |                       |                       |                                      |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Sim                   | Não                   | <input type="radio"/> Envelhecimento |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Acidente       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Doença aguda   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Doença crónica |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Outra          |

**Instalação da dependência**

- Súbita  
 Gradual

**Tempo de dependência**

--	--	--	--

 Anos
 

--	--	--	--

 Meses

**Actividades em que era mais notória a dependência**

- |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim                   | Não                   | 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"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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 familiar  
 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?

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

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?

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

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 3**

## **Operacionalização das variáveis de atributo do Membro da família prestador de cuidados**

Variáveis	Indicadores
Sexo	Masculino Feminino
Idade	N.º de anos ocorridos entre o nascimento e o dia da entrevista
Estado civil	Casado/ União de facto Divorciado Solteiro Viúvo
Nacionalidade	Portuguesa Não Portuguesa
Nível de escolaridade	Nenhum Ensino Básico -1ºciclo (4anos) Ensino Básico -2ºciclo (6anos) Ensino Básico -3ºciclo (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, artificies e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem Trabalhadores não qualificados Domestico Desempregado Reformado Estudante
Parentesco	Marido/esposa Pai/mãe Filho/filha Irmão/irmã Afinidade Sem grau de parentesco Outro
O Prestador de Cuidados coabita com o Familiar Dependente	Sim Não

**Anexo 4:**

**Operacionalização das variáveis de atributo do Familiar dependente**

Variáveis	Indicadores
Sexo	Masculino Feminino
Idade	N.º de anos ocorridos entre o nascimento e o dia da entrevista
Estado civil	Casado/ União de facto Divorciado Solteiro Viúvo
Nacionalidade	Portuguesa Não Portuguesa
Nível de escolaridade	Nenhum Ensino Básico -1ºciclo (4anos) Ensino Básico -2ºciclo (6anos) Ensino Básico -3ºciclo (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, artifices e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Reformado Outro
Situação que originou a dependência: Envelhecimento Acidente Doença aguda Doença crónica Outra	Sim Não
Instalação da dependência	Súbita Gradual
Tempo de dependência	Anos Meses.
Consumo de medicamentos	Sim Não
Variedade de fármacos	N.º
Fármacos nas tomas/dia	N.º
Internamentos no último ano	Nenhum Um Dois Três Mais de três (especificar)
Episódios de recursos ao SU, no último ano	Nenhum Um Dois Três Mais de três (especificar)

**Anexo 5:**  
**Quadro de Referência do INE das Famílias Clássicas do concelho do**  
**Porto, por freguesia de residência**

Quadro obtido em <http://www.ine.pt>

	<b>Famílias clássicas (N.º) por Local de residência</b>
	<b>Período de referência dos dados</b>
	<b>2001</b>
	<b>N.º</b>
<b>Local de residência</b>	
<b>Porto</b>	100696
<b>Aldoar</b>	4770
<b>Bonfim</b>	11925
<b>Campanha</b>	13786
<b>Cedofeita</b>	10269
<b>Foz do Douro</b>	4388
<b>Lordelo do Ouro</b>	7840
<b>Massarelos</b>	3089
<b>Miragaia</b>	1111
<b>Nevogilde</b>	1892
<b>Paranhos</b>	19294
<b>Ramalde</b>	13735
<b>Santo Ildefonso</b>	4512
<b>São Nicolau</b>	1075
<b>Sé</b>	1880
<b>Vitória</b>	1130

Famílias clássicas (N.º) por Local de residência – Decenal; INE, Recenseamento da População e Habitação

## **Anexo 6**

**Estimativa da distribuição das famílias a entrevistar, por freguesia**

	<b>N.º de famílias total</b>	<b>N.º de famílias da amostra (prevista)</b>
<b>Porto (Total)</b>	<b>100696</b>	<b>2402</b>
Aldoar	4770	114
Bonfim	11925	284
Campanhã	13786	329
Cedofeita	10269	245
Foz do Douro	4388	105
Lordelo do Ouro	7840	187
Massarelos	3089	74
Miragaia	1111	26
Nevogilde	1892	45
Paranhos	19294	460
Ramalde	13735	327
Santo Ildefonso	4512	108
São Nicolau	1075	26
Sé	1880	45
Vitória	1130	27

**Anexo 7:**

**Áreas geográficas por freguesias/ *links* de acesso (Base Geográfica de  
Referenciação de Informação)**



SANTO ILDEFONSO:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!327>

SÃO NICOLAU:

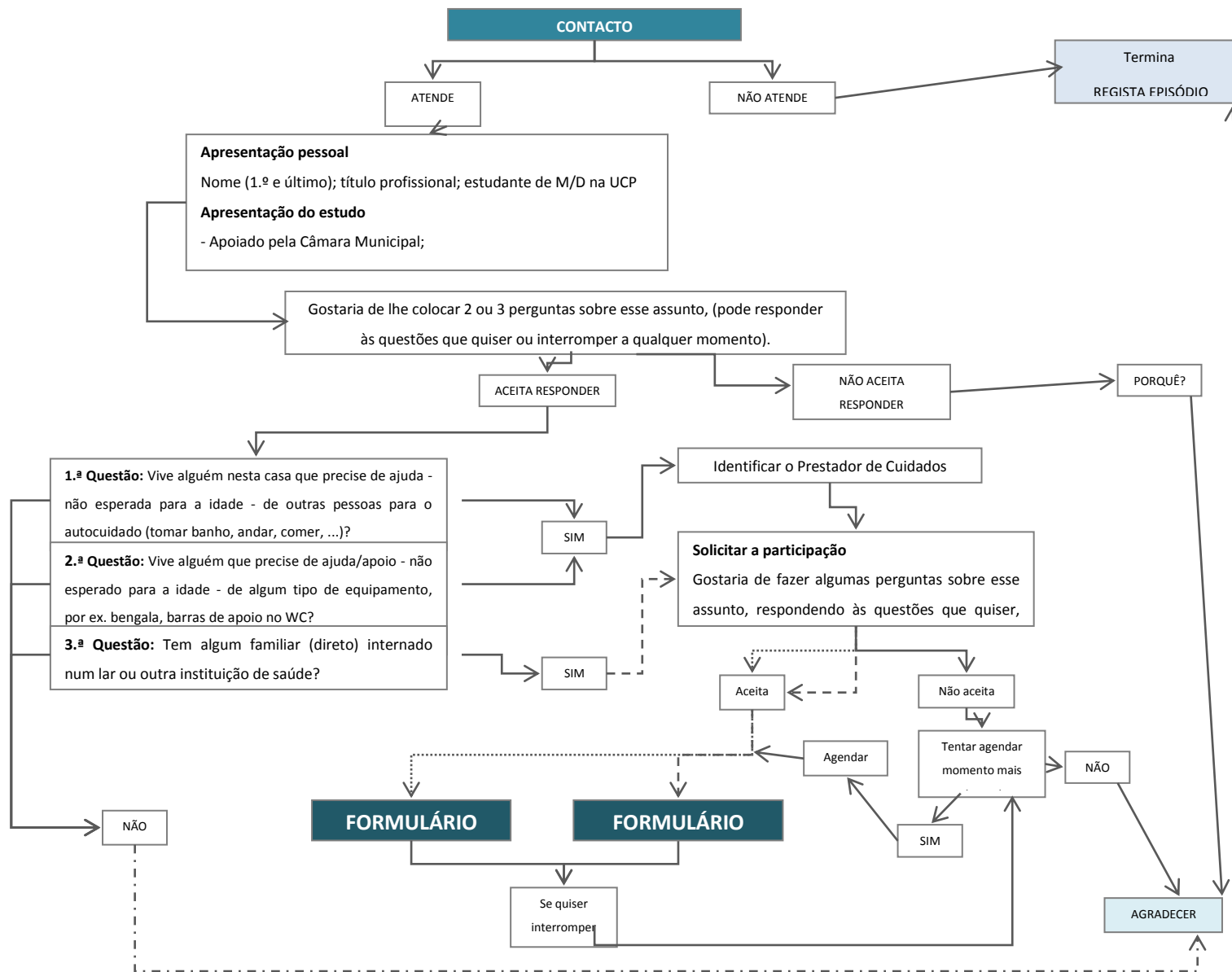
<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!335>

SÉ: <http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!289>

VITÓRIA: <http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!34>

**Anexo 8:**

**Esquema orientador do processo de recolha de dados**



**Anexo 9:**  
**Distribuição dos inquéritos, realizados por freguesia**

<b>Freguesias</b>	<b>Inquéritos realizados (N)</b>	<b>Inquéritos realizados (%)</b>
Aldoar	114	4,7
Bonfim	280	11,5
Campanha	388	15,9
Cedofeita	244	10,0
Foz do Douro	106	4,3
Lordelo do Ouro	182	7,4
Massarelos	73	3,0
Miragaia	26	1,1
Nevogilde	45	1,8
Paranhos	453	18,5
Ramalde	327	13,4
Santo Ildefonso	109	4,5
São Nicolau	26	1,1
Sé	45	1,8
Vitória	27	1,1
<b>Total</b>	<b>2445</b>	<b>100,0</b>

**Anexo 10:**

**Número de Inquéritos a realizar / Número de inquéritos realizados  
durante a recolha de dados**

	Inquéritos a realizar (%)	Inquéritos realizados (%)
Aldoar	114 (4,7%)	114 (4,7%)
Bonfim	284 (11,8%)	284 (11,5%)
Campanha	329 (13,7%)	388 (15,9%)
Cedofeita	245 (10,2%)	244 (10,0%)
Foz do Douro	105 (4,4%)	106 (4,3%)
Lordelo do Ouro	187 (7,8%)	182 (7,4%)
Massarelos	74 (3,1%)	73 (3,0%)
Miragaia	26 (1,1%)	26 (1,1%)
Nevogilde	45 (1,9%)	45 (1,8%)
Paranhos	460 (19,1%)	453 (18,5%)
Ramalde	327 (13,6%)	327 (13,4%)
Santo Ildefonso	108 (4,5%)	109 (4,5%)
São Nicolau	26(1,1%)	26 (1,1%)
Sé	45 (1,9%)	45 (1,8%)
Vitória	27 (1,1%)	27 (1,1%)

**Anexo 11:**  
**Tabela das *Communalities***

### Método de Extração: Componentes Principais

	Inicial	Extração
<i>Score</i> da PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no tomar banho	1,000	0,950
<i>Score</i> PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no vestir-se e despir-se	1,000	0,949
<i>Score</i> PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no alimentar-se	1,000	0,938
<i>Score</i> PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no uso do sanitário	1,000	0,850
<i>Score</i> PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no virar-se	1,000	0,824
<i>Score</i> PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no transferir-se	1,000	0,949
<i>Score</i> PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no andar	1,000	0,608
<i>Score</i> PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no tomar a medicação	1,000	0,861

**Anexo 12:**

**Estatística Alfa de Cronbach do instrumento de avaliação da PAE dos  
MFPC face à dependência do familiar**

PAE do MFPC	N.º de itens	N	$\alpha$ de Cronbach
<b>Dependência do familiar no autocuidado</b>	8	44	0,957
Itens	Alfa de Cronbach se Item eliminado		
1. <i>Score</i> da PAE do MFPC face à dependência no tomar banho	0,954		
2. <i>Score</i> da PAE do MFPC face à dependência no vestir-se e despir-se	0,946		
3. <i>Score</i> da PAE do MFPC face à dependência no alimentar-se	0,942		
4. <i>Score</i> da PAE do MFPC face à dependência no uso do sanitário	0,943		
5. <i>Score</i> da PAE do MFPC face à dependência no virar-se	0,946		
6. <i>Score</i> da PAE do MFPC face à dependência no transferir-se	0,941		
7. <i>Score</i> da PAE do MFPC face à dependência no andar	0,950		
8. <i>Score</i> da PAE do MFPC face à dependência no tomar a medicação	0,953		

Matriz de correlação interitens								
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1,000	0,848	0,742	0,729	0,537	0,690	0,600	0,349
2	0,848	1,000	0,890	0,871	0,667	0,770	0,693	0,492
3	0,742	0,890	1,000	0,914	0,801	0,883	0,770	0,706
4	0,729	0,871	0,914	1,000	0,717	0,858	0,746	0,665
5	0,537	0,667	0,801	0,717	1,000	0,845	0,753	0,847
6	0,690	0,770	0,883	0,858	0,845	1,000	0,789	0,767
7	0,600	0,693	0,770	0,746	0,753	0,789	1,000	0,647
8	0,349	0,492	0,706	0,665	0,847	0,767	0,647	1,000

**Anexo 13:**

**Estatística Alfa de Cronbach do instrumento de avaliação da PAE dos  
MFPC por processos de cuidar**

PAE do MFPC	N.º de itens	N	$\alpha$ de Cronbach
Processos de Cuidar	8	59	0,978

Itens	Alfa de Cronbach se Item eliminado
1. <i>Score</i> da PAE global do MFPC para aceder	0,966
2. <i>Score</i> da PAE global do MFPC para agir	0,966
3. <i>Score</i> da PAE global do MFPC para ajustar	0,965
4. <i>Score</i> da PAE global do MFPC para decidir	0,966
5. <i>Score</i> da PAE global do MFPC para monitorizar	0,966
6. <i>Score</i> da PAE global do MFPC para negociar	0,984
7. <i>Score</i> da PAE global do MFPC para providenciar cuidados	0,966
8. <i>Score</i> da PAE global do MFPC para trabalhar com a pessoa cuidada	0,968

Matriz de correlação interitens									
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1,000	0,894	0,933	0,882	0,906	0,700	0,889	0,889	
2	0,894	1,000	0,940	0,930	0,884	0,657	0,892	0,875	
3	0,933	0,940	1,000	0,959	0,943	0,666	0,937	0,895	
4	0,882	0,930	0,959	1,000	0,943	0,627	0,930	0,912	
5	0,906	0,884	0,943	0,943	1,000	0,731	0,901	0,861	
6	0,700	0,657	0,666	0,627	0,731	1,000	0,623	0,597	
7	0,889	0,892	0,937	0,930	0,901	0,623	1,000	0,880	
8	0,889	0,875	0,895	0,912	0,861	0,597	0,880	1,000	

**Anexo 14:**  
**Médias das Variáveis Intervalares**

	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Min – Max</b>
<i>Score da PAE dos MFPC face à dependência no tomar banho</i>	3,79	86	0,33	2,46 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC face à dependência no vestir-se e despir-se</i>	3,84	78	0,34	2,44 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC face à dependência no alimentar-se</i>	3,76	82	0,45	2,20 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC face à dependência no uso do sanitário</i>	3,69	66	0,54	2,00- 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC face à dependência no virar-se</i>	3,50	55	0,73	1,88 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC face à dependência no transferir-se</i>	3,57	40	0,70	2,00 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC face à dependência no andar</i>	3,69	61	0,63	1,00 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC face à dependência tomar medicação</i>	3,56	73	0,65	1,92 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC para aceder a recursos</i>	3,46	71	0,83	1,50 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC para agir</i>	3,73	77	0,52	2,17 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC para ajustar</i>	3,70	76	0,55	2,17 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC para decidir</i>	3,70	89	0,59	1,00 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC para monitorizar</i>	3,75	109	0,43	2,00 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC para negociar</i>	3,79	17	0,40	3,00 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC para providenciar cuidados</i>	3,75	100	0,43	2,00 - 4,00
<i>Score da PAE dos MFPC para trabalhar com a pessoa cuidada</i>	3,75	80	0,61	1,00 - 4,00
<i>Score da PAE Geral dos MFPC</i>	3,73	111	0,45	2,31 - 4,00

**Anexo 15:**

**Caraterização da PAE dos MFPC, nos diferentes processos de cuidar  
descritos por Schumacher e colaboradoras (2000)**

### Distribuição dos MFPC relativamente à PAE para Monitorizar

<i>PAE do MFPC para monitorizar – Itens em análise</i>	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Perceber se a roupa/ calçado do seu familiar estão adequados à temperatura ambiente	0	0	4 (5,4)	70 (94,6)	74
Perceber se a roupa/ calçado do seu familiar estão adequados ao tamanho	0	0	4 (5,5)	69 (94,5)	73
Supervisionar as tomas de medicação do seu familiar	0	0	5 (8,5)	54 (91,5)	59
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	0	1 (1,3)	6 (8,9)	72 (91,1)	79
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	0	0	5 (9,8)	46 (90,2)	51
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	0	2 (3,8)	6 (11,5)	44 (84,6)	52
Detetar se a pele perineal se encontra limpa e seca	0	2 (3,6)	7 (12,5)	47 (83,9)	56
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	0	3 (8,6)	3 (8,6)	29 (82,9)	35
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar	0	5 (12,5)	3 (7,5)	32 (80)	40
Detetar sinais de desnutrição	0	9 (11,7)	10 (13,0)	58 (75,3)	77
Perceber se a pessoa ingere de forma segura os alimentos ou líquidos	0	1 (1,8)	14 (25,5)	40 (72,7)	55
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	0	2 (3,8)	5 (9,4)	40 (72,7)	47
Detetar sinais de desidratação	1 (1,3)	12 (15,8)	11 (14,5)	52 (68,4)	76
Detetar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências)	0	11 (22,0)	5 (10,0)	34 (68,0)	50
Detetar sinais de rigidez articular	0	11 (26,2)	5 (11,9)	26 (61,9)	42
Detetar efeitos secundários da medicação	4 (6,0)	13 (19,4)	12 (17,9)	38 (56,7)	67
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição	0	3 (9,4)	13 (40,6)	16 (50,0)	32
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	2 (3,8)	14 (26,4)	13 (24,5)	24 (45,3)	53
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC PARA MONITORIZAR</b>	<b>0</b>	<b>1 (0,9)</b>	<b>17 (15,6)</b>	<b>91 (83,5)</b>	<b>109</b>

### Distribuição dos MFPC relativamente à PAE dos MFPC para Decidir sobre os cuidados ao familiar dependente

<i>PAE do MFPC para decidir – Itens em análise</i>	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Determinar o horário, a forma e o local de higiene do seu familiar	0	0	3 (5,3%)	54 (94,7%)	57
Escolher o vestuário do familiar	0	1 (1,8%)	2 (3,6%)	53 (94,6%)	56
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	0	1 (2,0%)	9 (18,0%)	40 (80,0%)	50
Determinar o horário e o local utilizados pelo seu familiar para urinar/evacuar	0	3 (21,4%)	3 (21,4%)	8 (57,1%)	14
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/ efeito secundário da medicação	2 (4,1%)	14 (28,6%)	5 (10,2%)	28 (57,1%)	49
Definir os posicionamentos adequados/inadequados	0	6 (25%)	7 (29,2%)	11 (45,8%)	24
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	0	6 (30,0%)	5 (25,0%)	9 (45,0%)	20
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos	0	5 (21,7%)	8 (34,8%)	10 (43,5%)	23
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	0	2 (15,4%)	5 (38,5%)	6 (38,5%)	12
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC PARA DECIDIR</b>	<b>1(1,1)</b>	<b>6(6,7)</b>	<b>10(11,2)</b>	<b>72(80,9)</b>	<b>89</b>

### Distribuição dos MFPC relativamente à PAE dos MFPC para Agir

<i>PAE do MFPC para agir – Itens em análise</i>	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Mediamente competente n (%)	Muito competente n (%)	TOTAL N
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene	0	0	5 (9,6)	47 (90,4)	52
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para as refeições do seu familiar	0	1 (2,2)	7 (15,2)	38 (82,6)	46
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar	0	2 (6,0)	10 (20,0)	37 (74)	49
Cumprir o horário, e o local dos estabelecidos para o seu familiar urinar/evacuar	0	4 (36,4)	1 (9,1)	6 (54,5)	11
Cumprir o horário e duração e o local estabelecido para o seu familiar deambular	0	3 (27,3)	3 (27,3)	5 (3,1)	11
Cumprir o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar	0	7 (41,2)	3 (17,6)	7 (41,2)	17
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC PARA AGIR</b>	<b>0</b>	<b>5 (6,5)</b>	<b>9 (11,7)</b>	<b>63 (81,8)</b>	<b>77</b>

### Distribuição dos MFPC relativamente à PAE dos MFPC para Ajustar

<i>PAE do MFPC para ajustar – Itens em análise</i>	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Mediamente competente n (%)	Muito competente n (%)	TOTAL N
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	0	2 (3,8)	3 (5,7)	48 (90,6)	53
Alterar o vestuário do seu familiar relativamente àquilo que é habitual (p. ex. em função da temperatura Ambiente)	0	0	5 (9,8)	46 (90,2)	51
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do familiar	0	3 (6,5)	6 (13,0)	37 (80,4)	46
Modificar o horário e o local utilizados pelo seu familiar para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual	0	4 (44,4)	0	5 (55,6)	9
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar	2 (7,1)	9 (32,1)	4 (14,3)	13 (46,4)	28
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	1 (4,2)	9 (37,5)	3 (12,5)	11 (45,8)	24
Alterar o horário, a duração e o local estabelecido para o seu familiar deambular	0	3 (27,3)	3 (27,3)	5 (45,5)	11
Modificar o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento	1 (6,7)	5 (33,3)	3 (20,0)	6 (40,0)	15
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	0	6 (37,5)	4 (25,0)	6 (37,5)	16
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC PARA AJUSTAR</b>	<b>0</b>	<b>7 (9,2%)</b>	<b>8 (10,5%)</b>	<b>61 (80,3%)</b>	<b>76</b>

**Distribuição dos MFPC relativamente à PAE Aceder a recursos**

<b>PAE do MFPC para Aceder a recursos – Itens em análise</b>	<b>Incompetente n (%)</b>	<b>Pouco competente n (%)</b>	<b>Mediamente competente n (%)</b>	<b>Muito competente n (%)</b>	<b>TOTAL N</b>
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	0	1 (3,7)	4 (14,8)	22 (81,55)	27
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	0	1 (3,7)	4(14,8)	22 (81,5)	27
Garantir ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	0	4 (18,2)	3 (13,6)	15 (68,2)	22
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para urinar/ evacuar	0	4 (26,7)	1 (6,7)	10 (66,7)	15
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	0	4 (20)	3 (15)	13 (65)	20
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para se posicionar	0	5 (31,3)	1 (6,3)	10 (62,5)	16
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	2 (9,5)	6 (28,6)	0	13 (61,9)	21
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	0	3 (20)	3 (20)	9 (60)	15
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	0	4 (28,6)	2 (14,3)	8 (57,1)	14
Garantir ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	1 (7,7)	3 (23,1)	2 (15,4)	7 (53,9)	13
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	0	7 (38,9)	2 (11,1)	9 (50,0)	18
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	1 (5,0)	6 (30,0)	3 (15,0)	10 (50,0)	20
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar deambular	2 (8,0)	7 (28)	4 (16)	12 (48)	25
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	3 (10,3)	9 (31,0)	4 (13,8)	13 (44,8)	29
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	3 (10,3)	9 (31,0)	4 (13,8)	13 (44,8)	29
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	1 (10,0)	5 (50,0)	0	4 (40)	10
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar	0	5 (45,5)	2 (18,2)	4 (36,4)	11
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	1 (10,0)	3 (30,0)	3 (30,0)	3 (30)	10
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	1 (7,1)	9 (64,3)	1 (7,1)	3 (21,4)	14
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	2 (12,5)	10 (62,5)	1 (6,3)	3 (18,8)	16
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	1 (9,1)	6 (54,5)	2 (18,2)	2 (18,2)	11
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	2 (11,1)	13 (72,2)	0	3 (16,7)	18
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	0	11 (91,7)	0	1 (8,3)	12
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	2 (16,7)	9 (75)	0	1 (8,3)	12
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	1 (7,7)	11 (84,6)	0	1 (7,7)	13
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC PARA ACEDER A RECURSOS</b>	<b>3 (4,2)</b>	<b>14 (19,7)</b>	<b>4 (5,6)</b>	<b>50 (70,4)</b>	<b>71</b>

### Distribuição dos MFPC relativamente à PAE dos MFPC para Providenciar cuidados

<i>PAE do MFPC para Providenciar cuidados – Itens em análise</i>	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Pentear o cabelo ao seu familiar	0	0	2 (4,0)	48 (96)	50
Vestir e calçar o seu familiar	0	2 (3,4)	3 (5,2)	53 (91,4)	58
Lavar os dentes do seu familiar	0	0	5 (13,2)	33 (86,6)	38
Dar banho ao seu familiar	0	0	9 (14,5)	53 (85,5)	62
Trocar a fralda ao seu familiar	1 (2,7)	1 (2,7)	5 (13,5)	30 (81,1)	37
Administrar a medicação ao seu familiar	0	1 (1,9)	9 (17,3)	42 (80,8)	52
Cortar as unhas do seu familiar	2 (3,6)	5 (8,9)	5 (8,9)	44 (78,6)	56
Assistir o seu familiar a andar	0	0	58 (21,6)	29 (78,4)	37
Posicionar o seu familiar para as refeições	0	2 (7,4)	4 (14,8)	21 (77,8)	27
Lavar a região perineal ao seu familiar	0	2 (4,7)	8 (18,6)	33 (76,7)	43
Barbear o seu familiar	0	1 (5,3)	4 (21,1)	14 (73,7)	19
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	0	4 (15,4)	4 (15,4)	18 (69,2)	26
Sentar o seu familiar	0	2 (8,7)	6 (26,1)	15 (65,2)	23
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar	0	2 (40,0)	0	3 (60)	5
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)	1 (4,2)	4 (16,7)	5 (20,8)	14 (58,3)	24
Massajar os pontos de pressão do seu familiar	0	7 (24,1)	7 (24,1)	15 (51,7)	29
Colocar o seu familiar na sanita	2 (10,5)	3 (15,8)	5 (26,3)	9 (47,4)	19
Trocar o coletor urinário ao seu familiar	2 (50)	1 (25)	0	1 (25)	4
Executar exercícios articulares ao seu familiar	4 (25,0)	7 (43,8)	2 (12,5)	3 (18,8)	16
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC PARA PROVIDENCIAR CUIDADOS</b>	<b>0</b>	<b>3 (3,0)</b>	<b>13 (13,0)</b>	<b>84 (84,0)</b>	<b>100</b>

### Distribuição dos MFPC relativamente à PAE dos MFPC para Trabalhar com a pessoa cuidada

<i>PAE do MFPC para Trabalhar com a Pessoa cuidada – Itens em análise</i>	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/ evacuar	1 (3,7)	2 (7,4)	0	24 (88,9)	27
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	1 (1,9)	4 (7,4)	1 (1,9)	48 (88,9)	54
Incentivar o seu familiar a participar a comer/beber sozinho	0	4 (8,9)	2 (4,4)	39 (86,7)	45
Incentivar o seu familiar a andar	2 (5,0)	0	4 (10,0)	34 (85,0)	50
Incentivar o seu familiar a preparar a medicação	1 (3,2)	1 (3,2)	3 (9,7)	26 (83,9)	31
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	0	2 (5,1)	5 (12,8)	32 (82,1)	39
Incentivar o seu familiar a transferir-se	0	2 (8,7)	3 (13,0)	18 (78,3)	23
Incentivar o seu familiar a posicionar-se	0	0	5 (23,8)	16 (76,2)	21
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado	1 (4,0)	3 (12)	2 (8,0)	19 (76)	25
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local de cuidados de higiene	0	3 (12)	3 (12)	19 (76)	25
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições	0	4 (19,0)	2 (9,5)	15 (71,4)	21
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	0	3 (37,5)	2 (25)	3 (37,5)	8
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipo(s) do(s) posicionamento(s)	0	3 (33,3)	1 (11,1)	5 (55,6)	9
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar	0	4 (44,4)	0	5 (55,6)	9
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, dose e utilização de medicação em SOS	3 (18,8)	5 (31,3)	1 (6,3)	7 (43,8)	16
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC PARA TRABALHAR COM A PESSOA CUIDADA</b>	<b>2 (2,5)</b>	<b>4 (5,0)</b>	<b>4 (5,0)</b>	<b>70 (87,5)</b>	<b>80</b>

**Distribuição dos MFPC relativamente à PAE dos MFPC para Negociar com o sistema de saúde**

<i>PAE do MFPC para Negociar com o sistema de saúde – Itens em análise</i>	<b>Incompetente</b> n (%)	<b>Pouco competente</b> n (%)	<b>Mediamente competente</b> n (%)	<b>Muito competente</b> n (%)	<b>TOTAL</b> N
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde	0	0	3 (18,8)	13 (81,3)	16
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	0	0	4 (30,8)	9 (69,2)	13
<b>PERCEÇÃO (GLOBAL) DA AUTOEFICÁCIA DO MFPC PARA NEGOCIAR COM O SISTEMA DE SAÚDE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3 (17,6)</b>	<b>14 (82,4)</b>	<b>17</b>

**Anexo 16**

**Resultados estadísticos**

**PAE dos MFPC vs. Características MFPC e dos Familiares  
dependentes**

Diferenças da PAE Global do MFPC, em função das profissões dos MFPC (Teste de *Kruskall-Wallis*)

<i>Profissão MFPC</i>	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>valor p</i>
PAE global dos MFPC face à dependência no tomar banho (N=91)	Quadros Superiores	1	51,00
	Especialista prof intelectuais e cient.	2	51,00
	Técnicos e profissionais nível intermédio	4	16,00
	Pessoal administrativo	1	51,00
	Pessoal serviços e vendedores	1	51,00
	Agricultores	1	51,00
	Trabalhadores não qualificados	6	51,00
	Doméstica	20	48,75
	Desempregado	16	42,56
	Pensionista /Reformado	37	47,35
	Estudante	2	51,00
PAE global dos MFPC fce à dependência no vestir-se e despir-se (N=82)	Quadros Superiores	2	24,75
	Especialista prof intelectuais e cient.	3	45,00
	Técnicos e profissionais nível intermédio	2	2,75
	Pessoal administrativo	2	45,00
	Pessoal serviços e vendedores	1	45,00
	Agricultores	2	45,00
	Trabalhadores não qualificados	7	45,00
	Doméstica	17	40,24
	Desempregado	12	45,00
	Pensionista /Reformado	32	42,47
	Estudante	2	45,00
PAE global dos MFPC face à dependência no uso do sanitário (N=70)	Quadros Superiores	1	3,50
	Especialista prof intelectuais e cient.	3	42,00
	Técnicos e profissionais nível intermédio	3	5,67
	Pessoal administrativo	1	42,00
	Pessoal serviços e vendedores	1	42,00
	Agricultores	1	42,00
	Trabalhadores não qualificados	3	42,00
	Doméstica	16	36,00
	Desempregado	10	34,95
	Pensionista /Reformado	30	37,30
	Estudante	1	42,00
PAE global dos MFPC face à dependência no virar-se (N=58)	Quadros Superiores	1	4,50
	Especialista prof intelectuais e cient.	3	27,50
	Técnicos e profissionais nível intermédio	4	15,50
	Pessoal administrativo	1	4,50
	Pessoal serviços e vendedores	1	39,00
	Agricultores	1	39,00
	Trabalhadores não qualificados	3	39,00
	Doméstica	14	24,04
	Desempregado	6	34,83
	Pensionista /Reformado	23	33,83
	Estudante	1	39,00

**Diferenças da PAE Global dos MFPC, em função da profissão dos MFPC (Teste de Kruskal-Wallis)**  
(continuação)

<i>Profissão MFPC</i>	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>valor p</i>		
PAE global dos MFPC face à dependência no andar (N=63)	Quadros Superiores	4	38,50	0,024	
	Especialista prof intelectuais e cient.	5	25,20		
	Técnicos e profissionais nível intermédio	1	9,50		
	Pessoal administrativo	2	24,00		
	Pessoal serviços e vendedores	7	38,50		
	Agricultores	11	21,59		
	Trabalhadores não qualificados	9	34,61		
	Doméstica	22	35,59		
	Desempregado	2	38,50		
	Pensionista /Reformado	63			
	Estudante	4	38,50		
	PAE global dos MFPC para aceder a recursos (N=75)	Quadros Superiores	2		10,50
Especialista prof intelectuais e cient.		3	39,33		
Técnicos e profissionais nível intermédio		5	26,10		
Pessoal administrativo		1	10,50		
Pessoal serviços e vendedores		2	49,00		
Agricultores		1	49,00		
Trabalhadores não qualificados		5	41,30		
Doméstica		16	27,47		
Desempregado		10	42,25		
Pensionista /Reformado		28	44,88		
Estudante		2	49,00		
PAE global dos MFPC para agir(N=80)		Quadros Superiores	1	3,00	28,512
	Especialista prof intelectuais e cient.	4	38,63		
	Técnicos e profissionais nível intermédio	4	16,13		
	Pessoal administrativo	1	10,50		
	Pessoal serviços e vendedores	2	48,00		
	Agricultores	1	48,00		
	Trabalhadores não qualificados	8	48,00		
	Doméstica	17	34,32		
	Desempregado	11	41,18		
	Pensionista /Reformado	30	46,50		
	Estudante	1	48,00		
	PAE global dos MFPC para ajustar (N=80)	Quadros Superiores	1	4,00	
Especialista prof intelectuais e cient.		4	39,38		
Técnicos e profissionais nível intermédio		4	17,13		
Pessoal administrativo		1	48,50		
Pessoal serviços e vendedores		1	48,50		
Agricultores		1	48,50		
Trabalhadores não qualificados		8	48,50		
Doméstica		18	35,89		
Desempregado		14	42,71		
Pensionista /Reformado		26	43,67		
Estudante		2	48,50		

**Diferenças da PAE global do MFPC, em função da profissão do MFPC (Teste de *U de Mann-Whitney*)**  
(continuação)

<i>Profissão MFPC</i>	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<b>Resultado</b>		
			<b>Chi-square</b>	<b>valor <i>p</i></b>	
PAE global dos MFPC para decidir (N=63)	Quadros Superiores	1	13,50	19,527	0,034
	Especialista prof intelectuais e cient.	4	43,25		
	Técnicos e profissionais nível intermédio	5	25,40		
	Pessoal administrativo	1	13,50		
	Pessoal serviços e vendedores	2	56,00		
	Agricultores	1	56,00		
	Trabalhadores não qualificados	9	56,00		
	Doméstica	18	41,83		
	Desempregado	17	50,00		
	Pensionista /Reformado	33	50,21		
	Estudante	2	56,00		

**Diferenças no número de fármacos nas tomas/dia do familiar dependente, em função da PAE global do MFPC (Teste *One-way ANOVA*)**

<i>N.º de fármacos nas tomas/dia</i>	<i>n</i>	<i>Médias</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>valor <i>p</i></i>
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no vestir-se e despir-se (N=78)	1	4,00	0	0,014
	6	10,17	4,17	
	71	7,73	5,09	
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no alimentar-se (N=84)	3	9,33	4,62	0,013
	11	10,09	3,53	
	67	7,76	5,46	
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no uso do sanitário (N=66)	5	10,20	4,71	0,022
	7	10,57	2,63	
	54	7,89	5,49	
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no virar-se (N=56)	8	9,75	3,69	0,007
	11	8,36	3,50	
	37	8,43	6,21	
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar para andar (N=58)	1	12,00	0	0,012
	4	11,00	2,94	
	7	12,43	7,70	
PAE global dos MFPC face à dependência no tomar a medicação (N=73)	46	7,52	4,94	0,037
	10	8,60	3,33	
	7	8,29	2,81	
PAE global dos MFPC para aceder a recursos (N=72)	56	8,35	5,65	0,012
	3	8,67	2,89	
	13	9,15	3,96	
PAE global dos MFPC para agir (N=79)	5	9,40	2,30	0,034
	51	7,47	5,02	
	5	10,00	4,64	
	10	8,20	3,77	0,034
	64	7,73	5,40	

**Diferenças no número de fármacos nas tomadas/dia do familiar dependente, em função da PAE global do MFPC (Teste One-way ANOVA) (continuação)**

<i>N.º de fármacos nas tomadas/dia</i>		<b>n</b>	<b>Médias</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>valor p</b>
PAE global dos MFPC para ajustar (N=77)	Pouco Competente	7	10,42	3,87	0,005
	Medianamente Competente	9	7,11	3,41	
	Muito Competente	61	7,49	5,64	
PAE global dos MFPC para decidir (N=89)	Pouco Competente	7	8,42	2,99	0,030
	Medianamente Competente	10	10,30	3,89	
	Muito Competente	72	7,20	5,34	
PAE global dos MFPC para monitorizar a pessoa dependente (N=66)	Medianamente Competente	16	9,56	3,50	0,006
	Muito Competente	90	7,31	5,17	
PAE global dos MFPC para negociar (N=19)	Medianamente Competente	2	9,00	7,07	0,043
	Muito Competente	17	8,71	5,97	
	Incompetente	2	9,50	3,54	
PAE global dos MFPC para trabalhar com a pessoa cuidada (N=82)	Pouco Competente	4	11,00	5,03	0,011
	Medianamente Competente	4	9,00	3,37	
	Muito Competente	72	7,43	5,34	
	Incompetente	2	9,50	3,54	
PAE Geral dos MFPC (N=107)	Pouco Competente	4	8,75	3,95	0,008
	Medianamente Competente	13	9,62	3,43	
	Muito Competente	90	7,31	5,17	

**Diferenças no número de episódios de recurso ao SU (no último ano) do familiar dependente, em função da PAE global dos MFPC (Teste One-way ANOVA)**

<i>N.º de episódios de recurso ao SU, no último ano, do familiar dependente</i>		<b>n</b>	<b>Médias</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>valor p</b>
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no andar (N=65)	Incompetente	1	3,00	0	0,023
	Pouco Competente	4	3,25	2,75	
	Medianamente Competente	9	1,78	1,92	
	Muito Competente	51	1,12	1,42	
PAE global dos MFPC face à dependência do familiar no tomar a medicação (N=79)	Pouco Competente	11	2,45	2,29	0,018
	Medianamente Competente	7	2,14	1,57	
	Muito Competente	61	1,13	1,65	
PAE global dos MFPC para agir (N=82)	Pouco competente	5	2,00	1,87	0,025
	Medianamente Competente	10	3,10	1,97	
	Muito Competente	67	1,23	1,64	
PAE global dos MFPC para monitorizar a pessoa dependente (N=119)	Pouco Competente	1	4,00	0	0,000
	Medianamente Competente	19	2,42	1,74	
	Muito Competente	99	1,04	1,51	
PAE global dos MFPC para negociar (N=20)	Medianamente Competente	3	2,67	2,52	0,017
	Muito Competente	17	1,35	1,97	
PAE global dos MFPC para providenciar cuidados (N=106)	Pouco competente	3	1,00	1,73	0,011
	Medianamente Competente	13	2,62	1,94	
	Muito Competente	90	1,23	1,59	
PAE geral dos MFPC (N=121)	Pouco Competente	4	0,75	1,50	0,023
	Medianamente Competente	16	3,00	1,59	
	Muito Competente	101	1,03	1,48	