



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO INSERIDOS NO SEIO DAS FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO

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

Por

Ana Sofia Nunes da Silva

Setembro, 2012



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS DEPENDENTES NO AUTOUIDADO INSERIDOS NO SEIO DAS FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO

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

Por

Ana Sofia Nunes da Silva

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

**Coorientação:** Mestre Paulo Parente, Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto

Setembro, 2012

Dedico o trabalho a todos aqueles que me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos...

*"A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporciono apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração."*

Madre Teresa de Calcutá, Sofrimento



## Agradecimentos

Esta longa caminhada só foi possível com a vossa ajuda...

Ao Professor Doutor Abel Paiva por tudo aquilo que nos ensinou sobre Enfermagem e por nos ter conduzido na realização deste estudo.

Ao Professor Doutor Filipe Pereira agradeço a sua orientação, a sua partilha de conhecimento, espírito crítico e interminável disponibilidade e dedicação.

Ao Professor Paulo Parente que coorientou na realização deste trabalho, obrigada pela sua compreensão.

À Professora Doutora Margarida Vieira pelo apoio e compreensão.

Aos meus colegas de mestrado, Carmen, Daniel, Helena e Rosa, pelos bons momentos passados, pela partilha de experiências e emoções que me fizeram viver.

Ao Jorge, que está presente em todos os momentos da minha vida, com uma palavra amiga, dedicação e com um sorriso encantador.

Aos meus pais, pelas pessoas maravilhosas que são e pelo vosso amor absoluto.

À minha irmã, por seres única e encantadora.

A toda a minha família, pelo espírito de união que a caracteriza.

Às magníficas, Gisela, Tânia, Liliana e Cátia, pelos momentos de animação e de força para continuar. E em especial à Telma por toda a ajuda: és bondosa e uma amiga muito presente.

A todas as famílias que participaram no estudo!

Muito obrigada!

## Resumo

A investigação apresentada nesta dissertação situa-se no domínio da avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado. Na abordagem ao tema, condição de saúde, importa referir as alterações no domínio do autocuidado, assim como o compromisso dos processos corporais.

O objetivo principal do estudo era avaliar a condição de saúde, em termos de enfermagem, dos indivíduos dependentes no autocuidado, inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto.

A metodologia adotada enquadra-se num perfil quantitativo, do tipo exploratório e descritivo. Como método de recolha de dados recorreu-se ao formulário. Este instrumento foi elaborado de raiz pela equipa de investigação, com base na revisão da literatura, e a sua aplicação foi realizada "porta-a-porta", num único momento, entre os meses de Julho e Setembro de 2009. A amostra foi definida através de uma abordagem do tipo probabilístico, aleatório e estratificado por freguesia.

Foram inquiridas 2445 famílias, e identificadas 241 que integravam pessoas dependentes no autocuidado no domicílio. Destas, 157 aceitaram participar no estudo.

Os resultados demonstram que os dependentes no autocuidado são genericamente idosos, na sua maioria mulheres e viúvos.

Quanto ao nível de dependência, apresentavam altos níveis de dependência no autocuidado e a forma de instalação da dependência, na grande maioria, foi de forma gradual. Como principal causa de dependência, encontramos o envelhecimento.

De encontro com o propósito principal desta investigação – a condição de saúde das pessoas dependentes –, foi possível verificar que os principais compromissos evidenciados pelos dependentes se situavam no âmbito dos compromissos do movimento articular, da orientação e memória. A ocorrência de quedas também teve significado.

A análise dos resultados aponta para uma necessidade de existirem mais estudos de investigação na dimensão da condição de saúde do dependente no autocuidado, que possam contribuir para o aumento da qualidade da prestação de cuidados.

**Palavras-chave:** autocuidado, dependência, condição de saúde, complicações

## **Abstract**

The research presented in this dissertation is situated in the area of the evaluation of health status on self-care dependent individuals. Addressing the issue health condition, should be noted the changes in the field of self-care as well as the commitment of body processes.

The main objective of this study was to evaluate the health condition, in terms of nursing, of individuals dependent on self-care, inserted in classic families in the municipality of Porto.

The methodology adopted is based on a study of quantitative profile, of exploratory and descriptive type. As method of data collection was used a form, drawn up from scratch by the research team, based on a literature review, and its implementation was carried out “door to door”, in a single moment, between July and September of 2009. The sample was defined using a probabilistic approach, randomized and stratified by community areas.

The survey was made to 2445 families, and there were identified 241 which had people with dependency on self-care at their homes. Of those, 157 agreed to participate in the study.

The results show that the dependents in self-care are generally elderly people, mostly women and widows.

Regarding the level of dependency on self-care, results showed high levels of dependency, and the way the dependency settled, in the vast majority, was gradual. Aging was found as the main cause of dependency.

Meeting with the main purpose of this research – the health condition of dependent people – it was possible to verify that the main commitments evidenced by dependents were within the scope of the commitments of the joint movement, memory and orientation. The occurrence of falls also had meaning.

The analysis of the results points out the need for more research studies on the dimension of health condition in self-care dependents, which could contribute to the increasing of the quality of care.

**Keywords:** self-care, dependency, health condition, complications.

## Abreviaturas e Siglas

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

AVD' s – Atividades de Vida diárias

BGRI – Base Geográfica de Referenciação de Informação

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cf. - conforme

cit. – citado

DGS – Direcção Geral da Saúde

Dto. – Direito

ed. – edição

Esq. – Esquerdo

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN – International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

Máx. – Máximo

MFPC – Membro da família prestador de cuidados

Min. – Mínimo

NOC – Nursing Sensitive Outcomes Classification

N – Número de elementos da amostra

n.º – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

PD – Pessoa Dependente

PMC – Pessoas com mobilidade condicionada

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

SIG – Sistema de Informação Geográfico

SU – Serviço de Urgência

vs. – Versus

% – Percentagem

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis de caracterização sociodemográfica do dependente.....	40 -
Tabela 2 – Variáveis de caracterização da dependência .....	41 -
Tabela 3 – Variáveis de caracterização da utilização dos serviços de saúde pelo dependente.....	41 -
Tabela 4 – Variáveis de caracterização do MFPC.....	42 -
Tabela 5 – Variáveis de caracterização da família .....	43 -
Tabela 6 - Número de formulários a realizar / Número de formulários realizados durante a recolha de dados, por freguesia.....	54 -
Tabela 7 - Distribuição das famílias com dependentes por freguesia .....	56 -
Tabela 8 - Caracterização das famílias quanto ao número de membros .....	57 -
Tabela 9 - Caracterização das famílias quanto ao rendimento mensal .....	58 -
Tabela 10 - Caracterização do tipo de alojamento das famílias .....	59 -
Tabela 11 - Caracterização sociodemográfico dos dependentes .....	61 -
Tabela 12 - Caracterização dos dependentes quanto à idade.....	62 -
Tabela 13 - Caracterização dos dependentes quanto à forma de instalação da dependência .....	63 -
Tabela 14 - Caracterização dos dependentes quanto ao tempo de dependência (em anos) .....	63 -
Tabela 15 - Caracterização dos dependentes quanto à causa da dependência.....	64 -
Tabela 16 - Caracterização dos dependentes quanto ao recurso aos serviços de saúde (no último ano) .....	64 -
Tabela 17 - Caracterização dos dependentes quanto ao consumo de fármacos .....	65 -
Tabela 18 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Alimentar- se” .....	67 -
Tabela 19 - Caracterização dos dependentes quanto ao nível global de dependência nos diferentes domínios do autocuidado .....	69 -
Tabela 20 – Indicadores dos compromissos do <i>status</i> do volume de líquidos.....	72 -
Tabela 21 - Indicadores dos compromissos do <i>status</i> nutricional.....	73 -
Tabela 22 - Indicadores dos compromissos do movimento articular .....	75 -
Tabela 23 - Indicadores dos compromissos da integridade dos tecidos corporais .....	76 -
Tabela 24 - Indicadores do compromisso dos processos respiratórios .....	78 -
Tabela 25 - Indicadores dos compromissos do padrão geral de higiene e asseio .....	80 -
Tabela 26 - Indicadores dos compromissos do vestuário .....	81 -
Tabela 27 - Indicadores dos compromissos dos processos do sistema nervoso .....	83 -

Tabela 28 - Síntese da condição de saúde dos dependentes inseridos nas famílias clássicas do concelho do Porto .....	- 84 -
Tabela 29 - Resultados da prova exata de Fisher, relativamente ao compromisso do status do volume de líquidos - desidratação em função do motivo de dependência: doença crónica	- 86 -
Tabela 30 - Resultados da prova exata de Fisher, relativamente ao compromisso do status nutricional em função do motivo de dependência do DF: envelhecimento.....	- 86 -
Tabela 31 - Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente ao compromisso do movimento articulare em função do motivo de dependência do DF: envelhecimento.....	- 87 -
Tabela 32 - Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente ao compromisso do movimento articular em função do motivo de dependência do DF: acidente .....	- 87 -
Tabela 33 - Resultados da prova exata de Fisher, relativamente ao compromisso do padrão geral de higiene e asseio, em função do motivo de dependência do DF: acidente.....	- 88 -
Tabela 34 - Resultados da prova exata de Fisher, relativamente ao compromisso do padrão geral de higiene e asseio - vestuário deficiente, em função do motivo de dependência do DF: acidente.....	- 88 -
Tabela 35 - Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente ao compromisso do movimento articular em função do motivo de dependência do DF: doença aguda .....	- 89 -
Tabela 36 – Distribuição dos casos com evidências de compromissos na condição de saúde pelos níveis de dependência no autocuidado.....	- 93 -

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro I – Visão geral do estudo .....	- 20 -
Quadro II - Variáveis centrais em estudo - Caraterização da condição de saúde do dependente no autocuidado .....	- 45 -



# Índice

1	Introdução-----	15 -
1.1	Justificação do estudo .....	- 17 -
1.2	Visão geral do estudo .....	- 20 -
2	Problemática e conceitos centrais-----	22 -
2.1	Da dependência no autocuidado .....	- 22 -
2.2	Da dependência no autocuidado e dos indicadores da condição de saúde da pessoa com dependência .....	- 33 -
3	Metodologia-----	36 -
3.1	Finalidade do estudo .....	- 37 -
3.1.1	Objetivo de investigação-----	37 -
3.2	Tipo de estudo.....	- 37 -
3.2.1	Variáveis do estudo-----	38 -
3.2.1.1	Operacionalização das variáveis em estudo-----	39 -
3.3	População e amostra.....	- 45 -
3.3.1	Critérios de inclusão e exclusão -----	46 -
3.3.2	Plano de amostragem -----	46 -
3.3.3	Considerações éticas-----	48 -
3.4	Procedimentos de recolha e tratamento dos dados .....	- 50 -
3.5	Recursos de apoio à investigação .....	- 52 -
4	Apresentação e discussão dos resultados -----	53 -
4.1	Caraterização da amostra.....	- 57 -
4.1.1	Caraterização das famílias e dos membros da família prestadores de cuidados-----	57 -
4.1.2	Caraterização dos dependentes -----	60 -
4.2	A condição de saúde das pessoas dependentes .....	- 71 -
4.2.1	A condição de saúde das pessoas dependentes-----	71 -
4.2.1.1	Compromissos do <i>status</i> do volume de líquidos – desidratação-----	72 -
4.2.1.2	Compromissos do <i>status</i> nutricional -----	73 -

4.2.1.3	Compromissos do movimento articular -----	74 -
4.2.1.4	Compromissos da integridade dos tecidos corporais-----	76 -
4.2.1.5	Compromissos do padrão de eliminação intestinal-----	77 -
4.2.1.6	Compromissos dos processos respiratórios -----	78 -
4.2.1.7	Compromissos do padrão geral de higiene e asseio -----	79 -
4.2.1.8	Quedas-----	81 -
4.2.1.9	Compromissos dos processos do sistema nervoso – orientação e memória- -----	82 -
4.2.1.10	Síntese -----	83 -
4.2.2	Exploração da influência das variáveis de atributo do dependente sobre a sua condição de saúde -----	84 -
5	Conclusões -----	94 -
6	Referências Bibliográficas-----	97 -
7	ANEXOS -----	107 -

# 1 Introdução

O presente relatório decorre de um estudo de investigação que realizamos, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Avançada, no Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Porto. Assim, este documento pretende dar conta do percurso de investigação realizado e deixar mais evidentes algumas das principais competências que desenvolvemos, a propósito da oportunidade que tivemos.

A investigação em Enfermagem é um processo sistemático e rigoroso que procura melhorar o conhecimento disciplinar, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, das famílias e das comunidades (ICN, 1999). É reconhecida a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas e assertivas que possibilitem a prestação dos melhores cuidados aos utentes, que afirmem e consolidem o saber disciplinar e, ao mesmo tempo, clarifiquem os fundamentos sobre os quais se estabelece a prática clínica de enfermagem, que, indiscutivelmente, se reveste de grande relevância social.

Deste modo, ao investigarmos, esperamos contribuir para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Segundo Amendoeira, (2006), “...para que a disciplina de enfermagem exista, é necessário que esteja organizada em torno de um domínio, enquanto território com fronteiras teóricas e práticas...”(p.20), o que comprova a importância da investigação.

A área do autocuidado assume grande relevância para a disciplina de Enfermagem. O autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades, que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 1995). É entendido, mesmo, como um dos conceitos centrais que nos permitem delimitar o *core* da disciplina e profissão (Pereira, 2007), constituindo um domínio do saber com uma importância crucial para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Com efeito, aumentar o conhecimento disponível acerca de fenómenos relativos à problemática do autocuidado ou que dele (autocuidado) derivam, é essencial para a disciplina (Silva, 2007). Foi neste contexto que tivemos oportunidade de integrar um

grupo de pesquisa, coordenado pelo professor Paulo Parente da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP); grupo que, globalmente esteve focado no estudo da incidência dependência no autocuidado, no seio das famílias clássicas do concelho do Porto e o processo de tomar conta por parte do membro da família prestador de cuidados (MFPC). Para a realização deste estudo, foi criado um grupo de investigação, de cinco mestrados, sob orientação de docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Neste enquadramento, cada um dos cinco mestrados abordou um tema específico.

No quadro do “macroprojecto” a que nos referimos, uma das dimensões que interessava conhecer com maior profundidade prendia-se com a “condição de saúde” dos dependentes que estivessem integrados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto. A condição de saúde, nos termos que foram definidos, como veremos oportunamente, refere-se à existência de compromissos ou “problemas” em domínios como as úlceras de pressão, amplitude articular ou processo respiratório. Quer isto significar, a existência de “complicações” ao nível dos processos corporais (cf. ICN, 2011) que, de acordo com a literatura, tendem a estar associadas a quadros de dependência no autocuidado. A presente dissertação assenta na perspetiva teórica da “teoria das transições” com importância para a enfermagem, proposta por Meleis e colaboradoras (2000), podendo a “condição de saúde” ser entendida, fundamentalmente, à luz do conceito dos “padrões de resposta” dos clientes dependentes e dos “indicadores” do perfil de cuidados de que beneficiam, quer sejam assegurados pelos familiares cuidadores, quer pelos serviços de saúde..

Em termos metodológicos, o nosso estudo específico inscreve-se numa perspetiva descritiva e exploratória, de perfil quantitativo e de base populacional, com base numa amostra probabilística.

O relatório aqui apresentado encontra-se estruturado em cinco capítulos. Este primeiro capítulo reporta a introdução. Abordamos, num segundo capítulo, a problemática e os conceitos centrais que suportam o estudo. No capítulo seguinte – o terceiro – expomos o enquadramento metodológico da investigação realizada. No quarto capítulo, fazemos a apresentação e a discussão dos resultados obtidos. E por fim, apresentamos as conclusões e as sugestões mais pertinentes, naquilo que corresponde ao quinto capítulo.

## 1.1 Justificação do estudo

O envelhecimento é um fenómeno universal, encarado com alguma expectativa e apreensão, pela humanidade (Imagínario, 2004). Os avanços científicos e novas tecnologias, aliadas à saúde, proporcionaram a redução da taxa de mortalidade e, conseqüentemente, o envelhecimento populacional, daí que tendencialmente hajam cada vez mais idosos afetados por incapacidades, dependência e doenças crónicas. Segundo a mesma autora, uma das aspirações da sociedade, é o envelhecimento da população, uma vez que estas desenvolvem incessantemente esforços para prolongar a vida, e também por outro lado, um desafio em manter e oferecer condições apropriadas à população idosa, para que possam ter uma ótima qualidade de vida.

As transformações demográficas ocorridas nos últimos anos mostram uma tendência para o envelhecimento da população portuguesa, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002). A sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico – transversal às sociedades ditas desenvolvidas – consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade. Neste contexto, um dos eixos estruturantes dos serviços de saúde para as próximas décadas terá que assentar numa visão integrada e integradora da prestação de cuidados de saúde e, porque não dizê-lo, de enfermagem, a clientes cada vez mais idosos e com limitações na sua autonomia.

A mudança no perfil demográfico português, associado às desigualdades socioeconómicas, merece uma grande atenção dos órgãos públicos e da sociedade em geral, na medida em que os idosos necessitam de ações que preservem a sua saúde e o bem-estar físico, mental e social, bem como, a autonomia e a dignidade. O nível de bem-estar da população dependente no autocuidado pode ser mensurado a partir de variáveis como o seu “nível de dependência / autonomia” e “intensidade dos compromissos corporais”. É neste paradigma que situamos o estudo aqui relatado.

Segundo dados da Comissão Europeia, prevê-se que, até 2050, o número de pessoas com mais de 65 anos na União Europeia (UE) cresça 70% e o número de pessoas com mais de 80 anos aumente 170%. Sendo que alguns dos principais desafios do século serão, como já referimos, satisfazer a maior procura de cuidados de saúde (essencialmente, de enfermagem), adaptar os sistemas de saúde à nova realidade e manter viáveis e sustentáveis estes sistemas, numa sociedade com, cada vez, menos população ativa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no final do século XX, substituiu o conceito de envelhecimento saudável pelo de envelhecimento ativo, reforçando a importância da melhoria das oportunidades de saúde, de participação e de segurança. A OMS (2002) definia envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Surgia, assim, um novo paradigma na velhice que identificava as pessoas mais velhas como membros integrados na sociedade em que vivem. Desta forma, o envelhecimento ativo visa a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das atividades básicas de vida diária (ABVD), quer ao nível das atividades instrumentais de vida diária (AIVD); bem como a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e da saúde.

Dentro da mesma visão, a Direção Geral da Saúde (DGS) emitiu, em 2004, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Este programa – a ser aplicado pelos profissionais da rede de centros de saúde, da rede hospitalar e da rede de cuidados continuados – visava contribuir para a generalização e a prática do conceito de envelhecimento ativo nas pessoas com mais de 65 anos de idade, assim como para a atuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência.

O envelhecimento da população e o aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes acarretam perdas físicas, mentais e sociais, assim como recursos, conduzindo para um certo grau de dependência na realização das atividades de autocuidado.

A evolução do envelhecimento e da dependência no autocuidado, em Portugal, tem vindo a aproximar-se da média europeia. Portugal apresenta uma estrutura demográfica tendencialmente mais envelhecida do que a média dos 25 países da UE. A população idosa, com 65 ou mais anos, residente em Portugal é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total<sup>1</sup>. Na última década o número de idosos cresceu cerca de 19% (INE, 2011).

Ao definir "envelhecimento com dependência", destaca-se a questão da prevalência de patologias crónicas nesse grupo etário. Sendo uma das situações mais dramáticas que o ser humano encara. A doença crónica é definida como uma doença de longo tempo, progressiva e que interfere a nível físico, psicológico e social do indivíduo (Gordon, 2002).

A incidência de doenças crónicas aumenta com a idade, embora que a prevalência destas doenças acentua-se com a idade, há que atender que só cerca de 45% dos indivíduos mais velhos e com doença crónica sofrem limitações na sua atividade em consequência das mesmas, como refere Simões (2006).

Vários estudos têm mostrado que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento e que o uso de serviços preventivos, a eliminação de fatores de risco e a adoção de hábitos de vida saudável são importantes determinantes para o envelhecimento saudável.

Nesta perspetiva, é fundamental que os profissionais da saúde assumam o compromisso de dedicarem à população idosa atenção em saúde, de modo a elegerem os aspetos para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável e, conseqüentemente, a programarem os meios necessários à prevenção do desenvolvimento de doenças crónicas ou à limitação das consequências de agravamentos e de complicações.

A existência de quadros de dependência no autocuidado, associados a condições caracterizadas por problemas ou complicações (ex.: úlceras de pressão, anquiloses ou compromissos da deglutição), constituem quadros complexos, quer para os próprios dependentes, quer para as famílias que deles cuidam.

O cuidar de uma pessoa dependente no seio da família é, na realidade, um processo complexo que se repercute na dinâmica do sistema familiar, especialmente e, tal como referiu Petronilho (2007), quando “na maioria das situações, estes, face ao impacto, não estão preparados para dar resposta adequada às necessidades dos familiares doentes, estando estes, no contexto familiar, em simultâneo, a viver também um processo de transição com a necessidade de exercício de um novo papel”.

De acordo com Meleis (2010), esta área de intervenção torna-se um desafio para os enfermeiros, na medida em que facilitar e promover o cuidado competente a estes clientes são decisivos para a saúde das populações.

É, assim, importante que os enfermeiros estudem e aumentem o seu conhecimento sobre os clientes dependentes no autocuidado, nomeadamente a sua condição de saúde, para que possam proceder à elaboração de abordagens terapêuticas mais pertinentes, quer junto do próprio indivíduo dependente, quer junto dos seus familiares cuidadores. Alicerçados nos aspetos metodológicos que adotámos, entendemos adequado destacar que a realização de estudos de base populacional, que vão muito

para além do universo dos clientes internados, ou mesmo dos utilizadores regulares dos serviços de saúde, poderá ser, para além de “novo”, um contributo para um conhecimento mais profundo das necessidades em cuidados de saúde da população, constituindo informação que poderá assistir os processos de planeamento em saúde.

## 1.2 Visão geral do estudo

O desenvolvimento do estudo decorreu em duas fases, no quadro do macroprojecto em que estivemos inseridos. Numa primeira fase, foi realizada uma extensa revisão da literatura, por parte da equipa de cerca de 15 investigadores, quanto à problemática em estudo.

<b>Visão Geral do Estudo</b>		
	Fase I	Fase II
<b>Desenho</b>	Enquadramento teórico Desenvolvimento do instrumento de colheita de dados	Colheita de dados Tratamento de dados Análise de dados Elaboração do relatório do estudo
<b>Objetivos</b>	Avaliar a condição de saúde, em termos de enfermagem, dos indivíduos dependentes no autocuidado, inseridos no domicílio das famílias clássicas, do concelho do Porto	
<b>Contexto</b>	Concelho do Porto	
<b>Pergunta de investigação</b>	Qual é a condição de saúde, em termos de enfermagem, dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos nas famílias clássicas do Porto?	
<b>Metodologia</b>	Estudo exploratório e descritivo, de natureza quantitativa	
<b>População e amostra (s)</b>	Famílias clássicas do concelho do Porto. Amostra probabilística, aleatória e estratificada (por freguesia)	

Quadro I – Visão geral do estudo



Após a revisão da literatura, evoluiu-se para o desenvolvimento do instrumento (alargado) de colheita de dados; o qual adotou, como veremos adiante, a estrutura de um formulário. Numa segunda fase, foi realizada a recolha dos dados porta-a-porta, com o intuito de responder aos objetivos de cada um dos estudos por si e do macroprojecto, como um todo.

Como será discutido adiante, a recolha de dados foi partilhada pela equipa de investigação. Depois, avançámos para o tratamento e análise dos dados e para a redação dos relatórios individuais.

## 2 Problemática e conceitos centrais

A delimitação do contexto problemático em que se situa o estudo torna-se fundamental para a compreensão dos fundamentos teóricos da abordagem utilizada no decorrer da investigação e para a leitura dos resultados.

O estudo aqui reportado situa-se no contexto da condição de saúde dos indivíduos que, sendo dependentes no autocuidado, se inserem no seio das famílias clássicas. É certo que o “estado, condição ou *status* de saúde”, pode ser equacionado de diferentes formas e perspetivas. No nosso caso, dada a natureza disciplinar do curso de mestrado que frequentamos, podemos falar da “condição de saúde” dos dependentes, numa perspetiva de enfermagem. Não nos interessou identificar quais as doenças que acometiam aqueles dependentes; antes um conjunto de aspetos, igualmente relevantes, que se relacionam diretamente com a natureza e contributo singular dos cuidados de enfermagem para a saúde das pessoas.

De acordo com o ICN (2011), *status* refere-se a uma característica ou condição relativa da pessoa. Em termos globais, podemos falar em condições ou *status* fisiológico (ex.: nutricional, respiratório...) e em *status* psicológico. No contexto deste nosso estudo, estivemos muito orientados para aspetos relativos ao estado fisiológico dos clientes dependentes.

Face ao exposto, consideramos prioritário abordar a problemática da dependência no autocuidado, na medida em que o nosso estudo esteve focado na condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado, inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto.

### 2.1 Da dependência no autocuidado

Hoje, não restam dúvidas, para a comunidade profissional e científica de enfermagem, que o autocuidado é um conceito central da disciplina, sendo mesmo concebido como uma das dimensões centrais da delimitação dos seus domínios (Pereira, 2007). O conceito de autocuidado pode ser entendido à luz das “grandes teorias” de enfermagem inscritas na “escola das necessidades” (Kérouac, 1996; Meleis, 2007). Representa um conceito explorado e delimitado, essencialmente, por Dorothea Orem;

sendo certo que, hoje em dia, são, cada vez mais, os investigadores na área da saúde que acabam por ancorar os seus estudos na ideia de “autocuidado”. Para o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2011), o autocuidado, enquanto “ação realizada pelo próprio”, é um dos principais focos de atenção da enfermagem; podendo ser definido como: “tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.” No âmbito desta classificação, amplamente utilizada em Portugal, existem vários domínios mais específicos do autocuidado, como: “alimentar-se”; “cuidar da higiene pessoal”; “lavar-se”; “transferir-se”; “virar-se”; “auto-elevar-se”, entre outros.

De acordo com Orem (2001), a missão da enfermagem é ajudar o indivíduo doente ou saudável a recuperar ou manter (respetivamente) a independência no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde – o autocuidado. Na visão de Orem, o autocuidado refere-se às (múltiplas) atividades que cada pessoa desempenha por si própria para manter a vida, a saúde e o bem-estar. A ideia de dependência ou “autocuidado dependente”, situa-nos nas situações em que a pessoa necessita que outra desempenhe por si as funções ou atividades de autocuidado. Aqui, desde logo, percebemos que, em muitas situações, dada a incapacidade da pessoa para realizar as atividades de autocuidado, é necessário que alguém assuma o “papel de prestador de cuidados” (Meleis et al, 2000; ICN, 2011).

A dependência no autocuidado, vista no quadro da delimitação concetual que adotamos, está muito associada ao envelhecimento. Pela importância que representa nas famílias, sociedade ou sistemas de saúde, pelas implicações no que diz respeito à vertente socioeconómica e, ainda, pelas alterações ao nível pessoal nas sociedades desenvolvidas, o envelhecimento demográfico apresenta-se como uma realidade importante do século XXI (Jacques, 2004; Carrilho, Gonçalves, 2006; Silva, 2006; Carreira, Rodrigues, 2006).

Este incremento da longevidade encontra-se associado à diminuição da mortalidade infantil, bem como ao aumento da esperança de vida, tal como é referido no relatório da OMS (2002) para a Europa em que é possível constatar que as populações estão a envelhecer, não só porque as pessoas vivem mais tempo mas, também, porque nascem cada vez menos crianças.

Deste fenómeno, tal como seria expetável, advêm situações (ou “condições”) derivadas de doença crónica, marcadas pela natural vulnerabilidade associada às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento. Como refere Paúl (2005), o

envelhecimento não é uma doença, mas predispõe à doença pela redução da resistência. O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, caracteriza a doença crónica como “ (...) a *doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada*”.

Conforme refere Petronilho (2008), a evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, a expansão de técnicas sofisticadas e a melhoria das condições socioeconómicas da população, conduziram ao aumento da esperança média de vida; com o conseqüente aumento do número de indivíduos com doenças e / ou em condição de dependência. De acordo com o ICN (2011), a dependência refere-se, em si mesmo, a um juízo acerca de um *status* do indivíduo.

Já em 1998, o Conselho Europeu caracterizava a dependência pela condição na qual se encontram as pessoas que, por motivos ligados à ausência ou perda de capacidade física, psíquica ou intelectual, precisam da assistência ou da ajuda importante de outrem para realizarem os atos habituais de vida. No âmbito da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a dependência (no autocuidado), enquanto uma das principais razões para a sua (da rede) implementação, é definida como: a “...*situação em que se encontra a pessoa a que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas, pós-traumáticas deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária*” (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

É certo que a situação de dependência no autocuidado é um fenómeno complexo, com fortes impactos a vários níveis, nomeadamente social, económico e até político (Araújo, Paul & Martins, 2010). Petronilho (2012) refere que o “*envelhecimento da população e a crescente prevalência das doenças crónicas têm tido um impacto significativo no sistema financeiro, social e da saúde das sociedades.*” (p.11).

Se é verdade que a dependência é dominante numa faixa etária superior, uma vez que o envelhecimento favorece o aparecimento de doenças crónicas que levam à dependência, é igualmente verdade que este fenómeno pode ocorrer em situações

agudas, tais como acidentes de viação ou laborais e que é, ainda, possível que o mesma ocorra de forma transitória, ou seja, não é um fenómeno estático, pode evoluir ou regredir. A comprovar o anteriormente mencionado, Roper, Logan e Tierney (1995) e Figueiredo (2007) referem que a dependência pode instalar-se em qualquer altura da vida; muito embora o envelhecimento favoreça mais tal acontecimento.

O perfil de envelhecimento da sociedade e, essencialmente, o aumento do número de pessoas dependentes, implica a organização dos sistemas de saúde, de maneira a dar resposta mais competentes às necessidades inerentes à referida condição. Muitas das vezes, e como assume a DGS, esta resposta é assegurada pela família. A família surge, nestes casos, como o “ *pivot de toda a prestação de cuidados*” (Petronilho, 2007) às pessoas dependentes no autocuidado.

No presente estudo, o conceito de família utilizado radica naquilo que é proposto pelo INE. Este instituto define as famílias clássicas como um “ *conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. São incluídos na família clássica o(a)s empregados domésticos internos, desde que não se desloquem todas ou quase todas as semanas à residência da respetiva família*” (INE, 1994).

A família é a instituição social mais antiga. Tem como uma das suas principais funções a garantia de assistência aos seus membros. É considerada a unidade fundamental da sociedade; a primeira instituição onde o individuo se integra e desenvolve. Contudo, a família tem sofrido, ao longo dos tempos, transformações muito significativas na sua estrutura e composição, como consequência das transformações sociodemográficas, económicas e políticas. A família tem como objetivos principais, como referimos atrás, proporcionar bem-estar e ser o agente principal da continuidade de cuidados e do desenvolvimento dos seus membros. É neste cenário que se justifica estudar a condição de saúde das pessoas dependentes, integradas no seio das famílias clássicas.

As transformações na estrutura das famílias, como já mencionado anteriormente, levam a que o número de elementos disponíveis para cuidar do membro em situação de dependência seja cada vez menor. Isto está relacionado, não só, com a alteração do papel social da mulher, mas também com aumento dos divórcio e com a diminuição do tamanho do agregado familiar (Imaginário, 2004; Figueiredo, 2007).

De uma forma geral, a responsabilidade da prestação de cuidados é, de acordo com Lage (2007), atribuída a um cuidador principal, e não à família no seu todo: *“cuidar um familiar não é, geralmente, uma atividade partilhada. Dentro da família, a prestação de cuidados não se reparte equitativamente entre os seus membros, uma vez que existe um cuidador principal (...)”* (p. 137).

No contexto da disciplina e profissão de enfermagem, este cuidador principal é designado como “membro da família prestador de cuidados”, que Lage (2007) caracteriza como o “eixo da assistência familiar” e que, para o Conselho Internacional de Enfermagem, *“é responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família”* (ICN, 2011).

Assumir o papel de membro da família prestador de cuidados, de acordo com a definição do ICN (2011), corresponde a *“interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente”*. Na perspetiva de Meleis e colaboradas (2000), a assunção do papel de membro da família prestador de cuidados traduz uma transição do tipo situacional, com extrema relevância para a enfermagem.

A prestação de cuidados é uma função intrínseca ao ser humano e à sua atividade social. O ato de “tomar conta” (cf. ICN, 2011) é algo que se insere na esfera do providenciar cuidados, quando alguém significativo necessita de auxílio no autocuidado, devido a uma situação de doença, aguda ou crónica, ou pela fragilidade associada ao envelhecimento. Ajudar os familiares cuidadores a assumirem o papel de prestadores de cuidados é um dos focos de atenção decisivos para o avanço da qualidade dos cuidados de enfermagem (Pereira, 2009).

Ao longo da vida, o ser humano atravessa momentos em que a sua capacidade para a realização do autocuidado e para a satisfação das necessidades básicas se encontra comprometida. A dependência no autocuidado é, atualmente, uma realidade crescente nos panoramas sociais. A transição para o papel de membro da família prestador de cuidados não pode ser dissociada da condição (duradoira) de dependência no autocuidado de um familiar.

Para o ICN (2011), como já fizemos referência, o autocuidado representa uma atividade executada pelo próprio que visa: *“tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”* (p.46).

Neste contexto, e tendo em conta o caráter complexo e multidimensional do autocuidado (cf. Orem, 2001), Petronilho (2007) menciona que a capacidade para o autocuidado encontra-se diretamente relacionada com diferentes fatores, nomeadamente, fatores intrínsecos ao indivíduo, tais como a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, a condição de saúde, a orientação sociocultural, a compatibilidade com as crenças e valores pessoais, a satisfação de vida, as experiências anteriores, a autoestima, a perceção de autoeficácia, a capacidade funcional e cognitiva e, ainda, fatores extrínsecos ao sujeito, tais como, as condições ambientais, os recursos familiares e da comunidade.

Em enfermagem, as conceções de Orem, no que diz respeito ao autocuidado, têm sido amplamente consideradas, uma vez que têm contribuído para o seu desenvolvimento.

Assim, o autocuidado é um processo de saúde e bem-estar dos indivíduos, inato mas, também, aprendido. Ou seja, pretende-se que os indivíduos sejam capazes de dar resposta aos requisitos do autocuidado, com ou sem a ajuda dos profissionais de saúde (Orem, 2001). O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e realizadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do seu bem-estar. Segundo a mesma autora, o autocuidado é essencial para garantir a integridade estrutural e o funcionamento humano e, conseqüentemente, o seu desenvolvimento, sempre que este é efetivamente concretizado.

Em situação de dependência, o enfermeiro surge como o promotor das aptidões da família ou do MFPC, com o objetivo de desenvolver a independência ou autonomia do indivíduo e melhorar as capacidades do cuidador (Silva, 2007).

O conceito de autocuidado abrange as atividades que o indivíduo desenvolve para garantir o bem-estar – em que a capacidade para a sua execução varia com as suas aptidões cognitivas, de perceção e de memória – bem como um conjunto de habilidades e valores que lhe possibilita reconhecer as suas necessidades e que lhe permita ser o seu agente do autocuidado (Orem, 2001).

Como fica evidente, na abordagem ao conceito de autocuidado temos como referência a perspetiva teórica de Dorothea Orem. Neste sentido, é pertinente proceder a um aprofundamento dos referenciais que utilizamos, tendo em conta as três teorias relativas ao autocuidado propostas por Orem: a “teoria do autocuidado”, a “teoria do défice do autocuidado” e a “teoria dos sistemas de enfermagem”.

Na teoria do autocuidado, este é considerado uma função humana reguladora, que vai sendo adquirida ao longo da vida, de forma contínua, dependendo e variando com as necessidades do indivíduo, ou seja não, é, intrinsecamente inata. Contudo, para Orem (2001), o autocuidado é universal, uma vez que não se encontra limitado apenas às atividades de vida diária, mas a todos os aspetos vivenciais; desta forma o indivíduo vai adquirindo aptidões que lhe possibilitam ser autónomo e ser o *agente do autocuidado*.

Orem (2001), define como um dos conceitos centrais desta teoria, a ação do autocuidado que *“é a capacidade adquirida, complexa, para atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar.”*, (p.254). No contexto desta teoria, a autora definiu os requisitos de autocuidado, como ações iniciadas pelos indivíduos com o objetivo de controlar os fatores que afetam o funcionamento e o desenvolvimento humano.

Os requisitos do autocuidado dividem-se em três categorias distintas: os requisitos universais, os requisitos de desenvolvimento e os requisitos de desvio de saúde.

Os requisitos de autocuidado universais consideram que o autocuidado é comum a todos os seres humanos e durante todas as fases do ciclo vital. Incluem: a manutenção de um aporte suficiente de ar, água e alimentos; a promoção de cuidados relacionados com os processos de eliminação; o equilíbrio entre atividade e repouso; a preservação do equilíbrio entre solidão e interação social; a prevenção de riscos que comprometam a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano; e, a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano nos grupos sociais.

Os requisitos de desenvolvimento são aqueles que surgem de acordo com o estágio de desenvolvimento do indivíduo, as condições ambientais que o rodeiam e as alterações súbitas com que os indivíduos se deparam e que podem afetar de forma adversa o desenvolvimento.



Requisitos no desvio de saúde são os que estão presentes quando os indivíduos se encontram em situação doença ou lesão e que, por este motivo, não são capazes de dar resposta às necessidades de autocuidado, resultando em intervenções médicas de diagnóstico e tratamento. No seguimento deste requisito, foi identificado um conjunto de fatores condicionantes básicos, internos ou externos aos indivíduos, que interferem com a capacidade de autocuidado. Tais fatores são a idade, o sexo, o estágio de desenvolvimento, a experiência de vida, o estado de saúde, a orientação sociocultural, o sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e os recursos adequados.

A teoria de enfermagem do défice do autocuidado de Orem, que de acordo com Petronilho (2012) baseia-se numa premissa: “(...) *crença de que o ser humano envolve-se em comunicação e intercâmbio entre si mesmo e o ambiente de forma a manter-se vivo e em funcionamento.*” (Petronilho 2012, (p.17). De acordo com Orem (2001), os adultos, quando saudáveis, são capazes de garantir o seu próprio autocuidado. E quando, por motivos de doença ou incapacidade física ou mental, por lacunas nos recursos ou, ainda, por fatores ambientais, o indivíduo necessita de apoio nas atividades de vida diárias, fica limitado no que pode fazer por si mesmo e, por isso, necessita de ajuda na realização do autocuidado; auxílio esse que, muitas vezes, é proveniente de familiares (MFPC) ou profissionais, dos quais se destacam, dado o seu papel social e a natureza dos cuidados que prestam, os enfermeiros.

A teoria do défice do autocuidado é considerada o elemento central da teorização de Orem (2001), uma vez que expressa o fundamento pelo qual existe a necessidade de ações que permitam promover ou manter a saúde e, conseqüentemente, a necessidade dos cuidados de enfermagem. Segundo Petronilho (2012) o “*défice do autocuidado estabelece a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidado*”, (p.24). E, é nesta sequência que o enfermeiro atua com o intuito de minorar os prejuízos do défice (Orem, 2001), agindo “sobre e com” o dependente e/ou o seu familiar cuidador.

A enfermagem e os cuidados que lhe definem a natureza singular devem manifestar-se sempre que indivíduo não apresente a capacidade para responder às suas necessidades do autocuidado (Orem, 1995). Neste contexto, e como refere Foster & Janssens (1993), a intervenção de enfermagem surge sempre que: “(...) *as habilidades para cuidar sejam menores do que as exigidas para satisfazer uma exigência de autocuidado (...) ou habilidades de autocuidado ou de cuidados dependente excedam ou igualem às exigidas para satisfazer a demanda atual de autocuidado (...)*” (p.92).

Na teoria do autocuidado, Orem explica o que significa autocuidado e discute os vários fatores que afetam a sua provisão. Já na teoria do défice de autocuidado, particulariza a imprescindibilidade da enfermagem no auxílio do indivíduo a providenciar o autocuidado.” (George, 2000).

Nesta sequência, a teoria dos sistemas de enfermagem, proposta por Orem (2001), apresenta-se como um meio para harmonizar a incapacidade para o autocuidado presente no indivíduo, através da articulação dos cuidados de enfermagem com as necessidades da pessoa dependente; na medida em que “ *estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem*” (p.147).

O sistema de enfermagem é definido por Orem (1995), como o resultado do conjunto de ligações estabelecidas entre o enfermeiro e o indivíduo com défice no autocuidado.

Baseia-se em três classificações de sistemas de enfermagem, utilizados para definir as necessidades de autocuidado da pessoa que são asseguradas pelos enfermeiros, variando com as necessidades demonstradas. São eles, o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio.

O sistema totalmente compensatório diz respeito às situações em que o indivíduo não tem qualquer papel ativo no autocuidado, estando dependente de outros para a sua sobrevivência, a ação é totalmente efetivada por outrem; podendo ser um MFPC. No sistema parcialmente compensatório, o indivíduo consegue realizar algumas atividades autonomamente. O enfermeiro e, muitas vezes, os familiares cuidadores têm a função de “(...) *compensar as limitações do indivíduo...*”. Neste particular, a ação profissional dos enfermeiros “... *passa por realizar algumas tarefas de autocuidado*”, segundo Petronilho (2012).

Por último, o sistema de apoio-educação é adequado quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, através do apoio e da supervisão dos enfermeiros na execução das medidas de autocuidado, promovendo o exercício do papel de agente (próprio) de autocuidado, favorecendo a competência para a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aprendizagem de conhecimentos e habilidades (Orem, 1995).

O objetivo da intervenção de enfermagem é, em termos gerais,, proporcionar o cuidado à pessoa e fomentar o autocuidado nas ações que ela é capaz de realizar sozinha e intervir no seio da família, que deve ser capaz de cuidar da pessoa com dependência.

No seguimento do anteriormente referido, e após a alteração do estado de saúde e as alterações significativas na capacidade e na competência para o autocuidado, é fulcral que os familiares cuidadores aprendam e sejam ajudados a exercer de forma eficaz o papel de prestadores de cuidados. Petronilho (2007) defende que é necessário evoluir dos modelos tradicionais de exercício da profissão, mais centrados na doença, para modelos centrados na ajuda profissional que os enfermeiros podem proporcionar às pessoas e famílias para lidarem com as transições geradas pelo envelhecimento ou as transições para o exercício do papel de prestador de cuidados. O mesmo autor refere, ainda, que *“(...) o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções psico-educacionais, cognitivas e comportamentais, implicando o planeamento das atividades de aprendizagem que visam aumentar o repertório de conhecimentos e habilidades dos indivíduos face à necessidade de tomar decisões decorrentes das transições.”* (p.13).

As transições são um conceito central para a disciplina de enfermagem (Meleis, 2007). Na abordagem ao conceito de transição ancoramos na perspetiva teórica de Alaf Meleis, de forma a obtermos uma compreensão abrangente do presente estudo. A utilidade desta perspetiva teórica deriva do facto de, quando uma pessoa experimenta algum tipo de compromisso nas suas capacidades de desempenho no autocuidado, experiencia um cenário de transição (do tipo saúde – doença ou desenvolvimental). Para além disso, muitas vezes, o nível de dependência resultante daquela transição, exige que um familiar tenha que assumir o papel de prestador de cuidados; o mesmo é dizer: se veja perante um cenário de transição situacional (Meleis et. al, 2000).

De acordo com Chick & Meleis (2010) transição *“ é a passagem de uma fase de vida ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta”*. (p.25-26).

O conceito de transição é considerado, entre outros, como central para a enfermagem. Os enfermeiros, enquanto cuidadores da pessoa em situação de dependência, presenciam as mudanças inerentes à nova condição de saúde e, por inerência, auxiliam, quando adequado, a pessoa na aprendizagem e na obtenção de novas competências para lidarem com as limitações nas capacidades de desempenho no autocuidado. Muitas vezes, em paralelo, a missão da enfermagem passa, também, por ajudar os familiares a assumirem o papel de prestadores de cuidados. De acordo com Shumacher et al (2000), uma das principais dimensões do exercício do papel de

MFPC passa por prevenir complicações e preservar o familiar dependente nas melhores condições.

Para Meleis e colaboradores (2000), as transições com relevância para a enfermagem estão diretamente relacionadas com alterações no estado de saúde, nos papéis interpretados, nas expectativas de vida e na capacidade e aptidão para a gestão da saúde e dos processos relacionados.

Estas alterações tendem a originar modificações intensas na vida das pessoas, no seu bem-estar e até mesmo na sua saúde. Para Petronilho (2008), *“qualquer momento da vida das pessoas em que ocorrem mudanças, sejam elas previsíveis, como o casamento, a reforma e o nascimento de um filho, ou inesperadas, como a morte, a doença súbita, a guerra e a gravidez não desejada, impõe que a família recorra à sua capacidade auto-organizativa e às suas fontes de suporte de forma a conseguir resolver os problemas.”* (p.30).

As transições são, para Meleis e colaboradores (2000) complexas e multidimensionais, e incluem propriedades como: consciência (implica a tomada de conhecimento da transição vivida), envolvimento demonstrado no processo inerente à transição, mudança, extensão de tempo, pontos e eventos críticos.

Devido às características específicas das transições, a elaboração da estratégia para o cuidado, implica, necessariamente, a compreensão da mesma sob o ponto de vista de quem a vivência (Zagonel, 1999). Desta forma, a enfermagem pretende aumentar a força, o potencial e os recursos dos indivíduos ou incrementar a recuperação de uma ótima condição de saúde, independência / autonomia, conforto, autossatisfação e funcionalidade.

O indivíduo ou cliente, nos termos de Meleis (2007), deve ser visto de forma holística: corpo, mente, emoções, atitudes e razões em relação ao meio ambiente. No contexto da perspetiva teórica proposta por Meleis e colaboradores (2000), importa considerar os múltiplos aspetos que se podem constituir como “indicadores” do processo de transição.

Assume-se que a evolução do nível de dependência (autonomia) no autocuidado, bem como a existência de determinados compromissos nos processos corporais (ex.: úlceras de pressão, desidratação, compromissos respiratórios...), podem ser “bons indicadores” das transições que nos ocupam nesta investigação.

## **2.2 Da dependência no autocuidado e dos indicadores da condição de saúde da pessoa com dependência**

O fenómeno do autocuidado é considerado central para a enfermagem, como vimos. O autocuidado é o foco e o resultado da promoção da saúde e das intervenções para gerir a doença, que visam melhorar os problemas de saúde física, psicossocial e condição de saúde global dos indivíduos (Sidani, 2011; cit. por Petronilho, 2012).

Na linha de pensamento que temos vindo a expor, importa assistir o indivíduo dependente no autocuidado, promovendo a sua autonomia e/ou preservando a sua condição de saúde. Para isso, muitas vezes, é crucial promover, em simultâneo, o exercício do papel de MFPC.

Segundo Orem (2001), a dependência ou défice no autocuidado , *“a doença ou mau funcionamento físico ou mental podem limitar aquilo que a pessoa pode fazer por ela mesma, desde que tal estado limite a sua capacidade de raciocínio, de tomada de decisão e de iniciativa para as atividades destinadas aos objetivos de autocuidado”* (p. 46). Esta declaração torna evidente que o comprometimento dos processos corporais, dificulta a realização das atividades executadas pelo próprio, impelindo a pessoa para uma situação de dependência de outros (Pereira, 2007).

Alguns indivíduos dependentes, após viverem uma transição no seu autocuidado para um estado de maior dependência, são institucionalizados, porém, um avultado número destes permanece no domicílio, com ou sem familiares que lhes prestem cuidados. Logo, é importante avaliar a condição de saúde dos indivíduos dependentes que permanecem no domicílio, já que tal permite identificar necessidades em cuidados e fornece informação muito relevante para uma intervenção de enfermagem pertinente e adequada, na medida em que estes clientes dependentes apresentam “necessidades muito significativas no domínio do risco de complicações” (Petronilho, 2007).

Face à problemática relacionada com o acelerado envelhecimento da população, o aumento do número de idosos acamados, e fragilizados, com elevado grau de dependência e com várias necessidades básicas afetadas, é fundamental a produção de conhecimentos e o desenvolvimento de práticas, por parte dos enfermeiros, que visem diagnosticar e observar com mais eficácia a condição dos dependentes. Em 2007, Petronilho, no seu estudo concluiu que, as dimensões de saúde que apresentam resultados negativos mais significativos, relativamente à condição de saúde dos

dependentes, após o regresso a casa, situavam-se no domínio do sistema tegumentar (úlceras de pressão) e do sistema músculo-esquelético (rigidez articular, pé equino...).

Podemos, assim, dizer que a “condição de saúde dos dependentes” pode ser inferida a partir de um conjunto de indicadores clínicos (básicos), referentes a um painel de elementos de saúde que indicam, em que medida, determinadas complicações de saúde estão a ser evitadas e / ou controladas (Pereira, 2007). Referimo-nos a aspetos como: compromisso do *status* do volume de líquidos (sinais aparentes de desidratação); compromisso do *status* nutricional (sinais aparentes de desnutrição); compromisso do movimento articular (sinais aparentes de rigidez articular); compromisso da integridade dos tecidos corporais (úlceras de pressão...); compromisso do padrão de eliminação intestinal (obstipação); compromisso do processo respiratório (ruídos respiratórios anormais, acúmulo de secreções...); compromisso do padrão geral de higiene ou asseio (odores corporais...); e, compromisso do processo do sistema nervoso e quedas.

No campo das ciências da saúde tem sido notório o progresso na procura de medidas que traduzam o estado de saúde do indivíduo. Contudo, com os avanços científicos a que assistimos nos últimos anos, a nível do controlo da doença e da promoção da saúde, a análise da condição de saúde tem vindo a incorporar medidas cada vez mais complexas, específicas e diversificadas. Florence Nigthingale é tida como a perscrutora no desenvolvimento da enfermagem e da utilização de indicadores relativos ao trabalho dos enfermeiros e às condições que influenciam os resultados em saúde (Pereira, 2007). Quando olhamos para os indicadores que referimos no parágrafo anterior, podemos dizer que ao regressarmos a medidas básicas, estamos focados no essencial, isto numa lógica muito própria da disciplina.

Segundo a Comissão Europeia, um indicador é uma medida quantitativa ou qualitativa de como estamos próximos de alcançar um objetivo definido. Ajudam-nos a analisar e a comparar o desempenho entre grupos populacionais ou áreas geográficas, e podem ser úteis para determinar as prioridades da ação e do planeamento em saúde. Os indicadores de saúde, baseados em dados fiáveis e comparáveis, são essenciais para a conceção de estratégias e de políticas para melhorar a saúde e, em seguida, para o acompanhamento da sua execução. Na opinião de Mezomo (2001) , os indicadores de saúde são ferramentas estatísticas “(...) usadas para medir a performance (...) objetivando descobrir certas informações básicas para a tomada de decisões visando a melhoria da qualidade” (p.135).

A qualidade em saúde tem vindo a ser uma preocupação crescente para as entidades prestadoras de cuidados. E em Portugal não é exceção, nomeadamente em questões relacionadas com a qualidade nos serviços de saúde. Como exemplo disso, temos a criação de comissões de qualidade em instituições de saúde de saúde, a criação da Direção de Promoção e Garantia da Qualidade da DGS, o Instituto Português da Qualidade, entre outros.

Ao longo dos tempos, o conceito de qualidade tem vindo a influenciar a qualidade em saúde, nomeadamente a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Mezomo (2001) refere que a qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço que o torna adequado à missão de uma organização concebida para dar resposta às necessidades e expectativas dos clientes.

Aliada à qualidade dos cuidados está o conhecimento. Por parte dos enfermeiros, é necessário incidir nas experiências e nas respostas dos clientes às transições (Meleis e colaboradores, 2000). Segundo a mesma autora (2007) a enfermagem é uma *"ciência orientada para a prática"* (p. 94). Neste panorama e na perspetiva de uma disciplina orientada para a prática, Pereira (2007), refere que o desenvolvimento do conhecimento e da teoria de enfermagem deve ir para além do progresso do conhecimento em si mesmo e fornecer uma base sólida que ajude a conhecer as diferentes necessidades em cuidados de enfermagem e as melhores formas de cuidar das pessoas, das famílias e das comunidades (p. 37-38).

### 3 Metodologia

Neste capítulo pretendemos apresentar e discutir as opções metodológicas que fizemos, tendo em consideração a pertinência do estudo e as perguntas de investigação, bem como os objetivos que nos propomos atingir. Apresentaremos a finalidade do estudo, o tipo de estudo, as variáveis em estudo, os procedimentos de recolha de dados e as questões relativas à amostragem.

O estudo que delineamos inscreve-se num paradigma da investigação quantitativa. Neste paradigma de investigação, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), são utilizados procedimentos estruturados e instrumentos formais para colheita de informações como: formulários, testes, entrevistas. As mesmas autoras acrescentam que as abordagens quantitativas enfatizam a objetividade na colheita e na análise de informações; os instrumentos utilizados na colheita de dados são altamente estruturados e testados antes da colheita de dados propriamente dita; os resultados são apresentados através de informações numéricas e procedimentos estatísticos.

Tal como já referimos na introdução a este relatório, este nosso estudo (em específico) é parte singela de uma investigação de carácter 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 ESEP, pretendeu-se conhecer a incidência de 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. No contexto do nosso contributo para o projeto referido, coube-nos estudar a condição de saúde das pessoas identificadas como dependentes no autocuidado.

Recorremos a uma recolha de dados controlada e sistemática, com base numa amostra probabilística, representativa do universo das famílias clássicas do Porto. Os dados foram recolhidos através de um formulário, uma vez que os objetivos do estudo exigiam avaliações clínicas feitas por enfermeiros. A recolha de dados foi, assim, assegurada, pela equipa de projeto, toda ela constituída por enfermeiros, reconhecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE).



## 3.1 Finalidade do estudo

A formulação da finalidade foi realizada de modo declaratório e capta em uma ou duas sentenças, a natureza do estudo e direciona a investigação, segundo Polit, Beck e Hungler (2004).

O propósito deste estudo, inscrito num estudo mais alargado, como vimos anteriormente, foi conhecer a condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado que se encontram no domicílio, integrados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto. Desta forma, pretendemos estimular o desenvolvimento de estudos de carácter epidemiológico na enfermagem, contribuindo, assim, para expandir a informação válida sobre o fenómeno. Neste contexto, pretende-se promover o conhecimento sobre o fenómeno da condição de saúde dos dependentes que se encontram no domicílio e, desta forma, contribuir para o aumento do conhecimento disponível, nomeadamente para o desenho de programas de melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

### 3.1.1 Objetivo de investigação

A partir da questão central do estudo, passamos a enunciar o objetivo que nos propusemos atingir. Segundo Fortin (2000, p.100), os objetivos de um estudo permitem ao investigador concluir acerca das razões que o levam a realizar esse mesmo estudo, explicitando as variáveis, a população alvo e o contexto do estudo. Deste modo, delineamos o seguinte objetivo:

- Caracterizar a condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado, inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto.

Após clarificar a finalidade e o objetivo do nosso estudo, importa evoluir na descrição da sua tipologia.

## 3.2 Tipo de estudo

Segundo Fortin (1999), *“a escolha do tipo de estudo precisa-se no decurso da formulação do problema, quando a questão de investigação se tornou definida”*

(p.135). Neste sentido, segundo a mesma autora , é a questão de investigação que dita o método apropriado para o estudo do fenómeno .

Tendo em conta a questão central que norteou a investigação, optámos por um estudo de perfil quantitativo, de carácter exploratório, descritivo e transversal.

A metodologia quantitativa proporciona, através de um bom delineamento, respostas exatas, imparciais e interpretáveis para a questão de pesquisa, segundo Polit, Beck e Hungler (2004). As mesmas autoras referem que a pesquisa exploratória visa explorar as dimensões do fenómeno de estudo, a forma como se manifesta e relaciona com outros fatores.

O carácter é transversal, na medida em que a colheita de dados foi realizada num único momento, não havendo seguimento temporal da amostra.

Neste contexto, ao explorar o fenómeno em estudo, pareceu-nos poder contribuir para um melhor conhecimento da magnitude do problema e, ao mesmo tempo, permitir observar e descrever aspetos de uma situação pouco explorada, neste caso concreto, caracterizar a condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado.

Este estudo inscreve-se, ainda, no paradigma quantitativo porque pretendemos conhecer a dimensão ou magnitude do fenómeno, para além de termos como 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 – as famílias clássicas do concelho do Porto.

### **3.2.1 Variáveis do estudo**

As variáveis são, de acordo com Fortin (2009), qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas, ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças. As variáveis podem ser classificadas de diferentes formas, conforme a sua utilização em investigação. Algumas podem ser manipuladas, outras controladas.

Nos estudos de saúde, em particular naqueles que estão fora do ambiente dos laboratórios, uma variável é uma qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores (Polit, Beck & Hungler, 2004). Pode

ser classificada de diferentes maneiras, de acordo com a sua utilização na investigação (Fortin, 2009). Nos estudos de perfil exploratório, é comum falar em variável ou “variáveis centrais ou em estudo” (a condição de saúde dos dependentes) e em variáveis de atributo ou caracterização dos casos incluídos na amostra.

Assim, os diferentes aspetos que nos permitem caracterizar a condição de saúde dos dependentes referem-se aos conceitos centrais em estudo (Polit, Beck & Hungler, 2004).

### **3.2.1.1 Operacionalização das variáveis em estudo**

Para análise das variáveis é necessário que as mesmas sejam mensuráveis, o que exige a sua operacionalização. Deste modo, definimos as dimensões/componentes e indicadores que operacionalizam as variáveis em estudo.

Operacionalizar variáveis significa definir os conceitos para que possam ser observados e medidos (Fortin, 2009). A mesma autora acrescenta que este processo de operacionalização se desenvolve por etapas, destacando a precisão das definições conceptuais, a especificação das dimensões do conceito, a conversão em indicadores empíricos e, por fim, a escolha dos meios apropriados para medir as variáveis na população em estudo.

A operacionalização das variáveis de atributo (relativas ao dependente, à família e ao MFPC) e das variáveis (centrais) em estudo – “condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado” – são apresentadas em seguida.

A Tabela 1 apresenta a operacionalização das variáveis de carácter sociodemográfico do dependente no autocuidado.

Variáveis	Valores
Sexo	Masculino Feminino
Idade	N.º de anos ocorridos entre o nascimento e o dia da entrevista
Estado civil	Casado/ União de facto Solteiro Viúvo Divorciado
Nacionalidade	Portuguesa Não portuguesa
Nível de escolaridade	Nenhum Ensino básico -1.ºciclo (4 anos) Ensino básico -2.ºciclo (6 anos) Ensino básico -3.ºciclo (9 anos) Ensino secundário (11 ou 12 anos) Ensino superior
Profissão	Membros das forças armadas Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa Especialistas das profissões intelectuais e científicas Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares Pessoal dos serviços e vendedores Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas Operários, artifices e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Reformado

Tabela 1 – Variáveis de caracterização sociodemográfica do dependente

No contexto deste nosso estudo, como vimos, interessou-nos fazer a descrição da condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado, inseridas no seio das famílias clássicas do Porto. Neste contexto, antes de tudo, importava identificar e precisar a referida dependência no autocuidado. Um outro estudo, da autoria de Silva (2011) ficou encarregue da identificação e da caracterização do nível de dependência dos clientes dependentes inseridos no seio das famílias do Porto.

A avaliação da dependência nos vários domínios do autocuidado (alimentar-se; tomar banho; transferir-se; usar o sanitário...) foi feita com base num instrumento (específico) que incorpora várias (sub)escalas, cada uma delas com diferentes “indicadores”, cada um concretizado numa escala de *Likert* de quatro pontos:

*Dependente não participa – score 1;*

*Necessita de ajuda de pessoa – score 2;*

*Necessita de equipamento – score 3;*

*Completamente independente – score 4*

Com base no relatório de Silva (2011), apresentamos de seguida o conjunto das variáveis que nos permitiram ter uma noção mais precisa do fenómeno da dependência dos casos incluídos no nosso estudo.

Variáveis	Valores
Situação que originou a dependência	Envelhecimento Acidente Doença aguda Doença crónica Outra
Instalação da dependência	Súbita Gradual
Tempo de dependência	Anos Meses
Nível de dependência nos vários domínios do autocuidado (alimentar-se; tomar banho; transferir-se)	Dependente não participa – <i>score 1</i> Necessita de ajuda de pessoa – <i>score 2</i> Necessita de equipamento – <i>score 3</i> Completamente independente – <i>score 4</i>

Tabela 2 – Variáveis de caracterização da dependência

Para efeitos de descrição da utilização dos serviços de saúde pelo dependente, utilizamos as variáveis apresentadas na Tabela 3.

Variáveis	Valores
Consumo de medicamentos	Sim Não
Variedade de fármacos	N.º de fármacos diferentes tomados por dia
Fármacos nas tomas/dia	N.º total de fármacos nas tomas diárias
Internamentos no último ano	Nenhum Um Dois Três Mais de três (especificar)
Episódios de recursos ao SU, no último ano	Nenhuma Uma Dois Três Mais de três (especificar)

Tabela 3 – Variáveis de caracterização da utilização dos serviços de saúde pelo dependente

Relativamente à caracterização dos familiares cuidadores, foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão, coabitação com o dependente, e parentesco (Tabela 4).

Variáveis	Valores
Sexo	Masculino Feminino
Idade	N.º de anos ocorridos entre o nascimento e o dia da entrevista
Estado civil	Casado/ União de facto Solteiro Viúvo Divorciado
Nacionalidade	Portuguesa Não portuguesa
Nível de escolaridade	Nenhum Ensino básico -1.º ciclo (4 anos) Ensino básico -2.º ciclo (6 anos) Ensino básico -3.º ciclo (9 anos) Ensino secundário (11 ou 12 anos) Ensino superior
Profissão	Membros das forças armadas Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa Especialistas das profissões intelectuais e científicas Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares Pessoal dos serviços e vendedores Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas Operários, artifices e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Reformado
Coabita com o dependente	Sim Não
Parentesco	Marido / Esposa Pai / Mãe Filho / Filha Irmão / Irmã Afinidade Sem grau de parentesco Outra

Tabela 4 – Variáveis de caracterização do MFPC

No que diz respeito às famílias em que estavam integrados os dependentes, foram utilizadas como variáveis de caracterização: tipo de família; rendimento do agregado familiar; tipo de habitação e características da habitação.

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

Tabela 5 – Variáveis de caracterização da família

De seguida, operacionalizamos as variáveis relativas à condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado (Tabela 6), relativamente: ao status do **volume de líquidos** (sinais aparentes de desidratação, olhos encovados, pele seca, mucosas secas); ao **status nutricional** (sinais aparentes de desnutrição, magreza excessiva, obesidade mórbida, IMC, que peso perdeu nos últimos três meses); ao **compromisso movimento articular** (Comprometimento da amplitude articular do cotovelo, punho, anca, joelho e tornozelo); ao **integridade dos tecidos corporais** (pele comprometida, n.º de úlceras de pressão, localização úlceras, feridas não tratadas/não cuidadas, eritema da fralda); ao **padrão eliminação intestinal** (n.º de dejeções); aos **processos respiratórios** (comprometimento da limpeza das vias aéreas, acumulação de secreções traqueobrônquicas, ruídos respiratórios anormais, aumento frequência respiratória, deglutição comprometida); ao **padrão de higiene** (deficitária: má condição de higiene e asseio, odores corporais, unhas sujas, má higiene oral, secreções: oculares, auditivas, nasais, sujidade corporal visível, má condição vestuário, roupa suja, roupa desabotoada, roupa inadequada: à temperatura ambiente, condição antropométrica, à condição de dependência); às **quedas** (n.º de quedas no último mês); ao **sistema nervoso** (sabe em que mês está e em que terra vive, repete

três palavras (pera, gato e bola), faz cálculos simples, identifica objetos comuns (relógio)).

Variáveis	Valores
Sinais aparentes de desidratação	Sim
Olhos encovados	Não
Pele seca	
Mucosas secas	
Sinais aparentes de desnutrição	Sim / Não
Magreza excessiva	Sim / Não
Obesidade mórbida	Sim / Não
IMC	N.º
Peso perdido nos últimos 3 meses	N.º
Comprometimento da amplitude articular	
Articulação cotovelo dto.	
Articulação cotovelo esq.	
Articulação punho dto.	
Articulação punho esq.	Sim
Articulação anca dto.	Não
Articulação anca esq.	
Articulação joelho dto.	
Articulação joelho esq.	
Articulação tornozelo dto. (pé equino)	
Articulação tornozelo esq. (pé equino)	
Pele comprometida	Sim / Não
Número úlceras de pressão	N.º
Localização úlceras de pressão	Região sagrada Trocânter Maléolo Calcâneos Outra
Feridas não tratadas / não cuidadas	Sim / Não
Eritema da fralda	Sim / Não
N.º de dejeções (vezes/semana)	N.º
Comprometimento da limpeza das vias aéreas	
Acumulação de secreções traqueobrônquicas	Sim
Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)	Não
Aumento frequência respiratória	
Deglutição comprometida	
Deficitária: má condição de higiene e asseio	
Deficitária: odores corporais	
Deficitária: unhas sujas	
Deficitária: má higiene oral	
Secreções oculares	
Secreções auditivas	Sim
Secreções nasais	Não
Sujidade corporal visível	
Deficitária: má condição vestuário	
Roupa suja	
Roupa desabotoada	
Roupa inadequada à temperatura ambiente	
Roupa inadequada à condição antropométrica	
Roupa inadequada à condição de dependência	
N.º de quedas no último mês	N.º
Sabe em que mês está?	Sim
Sabe em que terra vive?	Não
Repete três palavras (pera, gato e bola)?	
Faz cálculos simples	



Quadro II - Variáveis centrais em estudo - Caracterização da condição de saúde do dependente no autocuidado

O conjunto das variáveis apresentadas no quadro anterior são aqueles que, na conceção do estudo, entendemos adequadas para caracterizar a condição de saúde dos dependentes, numa perspetiva de enfermagem.

Uma vez definidas e operacionalizadas as variáveis em estudo, consideramos pertinente discutir os aspetos relativos à população e ao plano de amostragem adotado.

### 3.3 População e amostra

Uma população pode ser definida como um conjunto de sujeitos que partilham características comuns e sobre os quais assenta a investigação (Fortin, 2009); ou ainda, como uma agregação de casos que atendem a um conjunto específico de critérios (Polit, Beck & Hungler, 2004) .

Relativamente a este estudo, a população alvo é constituída pelas famílias clássicas residentes no concelho do Porto, à data da realização da colheita de dados (Verão de 2009). Segundo Fortin (2009), a população alvo *“é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos e para as quais o investigador deseja fazer generalizações”* (p.311). Na impossibilidade de estudar a totalidade da população, o investigador constitui uma amostra, que é, tanto quanto possível, representativa da população. Como refere Fortin (2009) *“tanto se pode escolher de forma aleatória um número suficiente de sujeitos (método probabilístico), como apoiar-se, se for impossível constituir uma amostra probabilística, em características conhecidas da população (método não probabilístico). A amostra é a fração da população que constitui o objeto do estudo”* (p.55).

Como se pretendia desenvolver um estudo de base populacional, com potencial de inferência para a população de origem, como veremos e discutiremos adiante, optamos por uma amostra representativa da população, neste caso, uma amostra probabilística e estratificada por freguesias.

### 3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão no estudo, definidos pela equipa de investigação, foram:

- Aceitar participar no estudo;
- Casos oriundos de famílias clássicas do concelho do porto;
- O respondente e o dependente apresentarem idade igual ou superior a 18 anos.

No que se refere a critérios de exclusão, importa destacar que não foram incluídos no estudo casos de dependentes em que a dependência é inerente à etapa do ciclo vital (por exemplo: crianças).

### 3.3.2 Plano de amostragem

Clarificados os aspetos relativos à delimitação da população em estudo, interessa avançar com a descrição do plano de amostragem adotado.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), o plano de amostragem é como "*(...) um processo de seleção de uma porção de população para representar a população.*" (p.225).

De acordo com Fortin (1999), a amostragem é o "*procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a se obter informações relacionadas com um fenómeno e, de tal forma, que a população que nos interessa, seja devidamente representada*" (p.202).

Para a execução deste estudo foi primordial adotar um método de amostragem com grande potencial de inferência para a população de origem, dados os objetivos do projeto alargado em que se inseriu o nosso estudo. Foi nossa intenção obter dados representativos do universo de famílias clássicas do concelho do Porto, quanto à condição de saúde dos dependentes no autocuidado.

A realização deste estudo contou com uma amostragem do tipo probabilístico, aleatório e estratificado por freguesia. Segundo Fortin (2009), "*os métodos de amostragem probabilística servem para assegurar uma certa precisão na estimação dos parâmetros da população, reduzindo o erro amostral*" (p.204). O objetivo de uma amostragem probabilística, é obter-se a melhor representatividade possível para que

se possa utilizar análises estatísticas inferenciais, com vista a generalizar os resultados obtidos à população alvo.

A amostra aleatória estratificada foi, por isso, o melhor método de amostragem para este estudo, na medida em que se divide a população alvo em subgrupos homogéneos chamados “estratos” e a seguir extrai-se, de forma aleatória, uma amostra de cada estrato. Na amostra deste estudo a estratificação utilizada foi a estratificação por freguesia. Dessa forma, obteve-se uma amostra representativa da população, com menor erro de amostragem (Fortin, 2009).

Pretendíamos efetuar uma seleção aleatória estratificada, proporcional por freguesia do concelho do Porto, tendo presente o número de família clássicas do concelho, na ordem das 100 696 famílias, de acordo com os Censos 2001. Quanto ao critério de estratificação, utilizámos os valores relativos ao número de famílias por cada uma das freguesias do concelho (Anexo 1).

Para o cálculo da dimensão da amostra foi utilizada a fórmula de cálculo de Lwanga e Lemeshow (1991,p.25); sugerida por Beaglehole, Bonita, e Kjellstrom (2006, p.53) para determinação da dimensão da amostra em estudos de saúde sob a égide da OMS, em que “ $n = Z^2 P (1-P)/d^2$ ”. A adoção desta fórmula permitiu calcular o  $n$  (n.º 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 da dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas era desconhecida, foi assumido o valor de 50%, garantindo a maior dimensão amostral requerida para o estudo; o  $d$  (erro de precisão) de 2%. De acordo com esta fórmula, o número de famílias respondentes previstas para a amostra foi cerca de 2401. Em seguida, foi elaborada uma amostra proporcional em relação ao tamanho relativo de cada estrato (freguesia) (Anexo 2).

Para a obtenção de (sub)amostras ou estratos, recorremos à Base Geográfica de Referenciação de Informação - BGRI, de unidades territoriais definidas pelas subsecções estatísticas (Anexo 3) estabelecidas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). A BGRI é um instrumento inovador para suporte às metodologias de recolha, gestão, controlo e difusão da informação, eliminando diversos constrangimentos existentes, aumentando a eficiência e a qualidade dos processos de produção estatística (INE, 2001). Nesta fase, foi muito importante a utilização do Sistema de Informação Geográfico (ArcGIS©), como apoio à seleção geográfica aleatória das subsecções territoriais.

### 3.3.3 Considerações éticas

As considerações éticas são fundamentais na pesquisa científica. Desde a seleção do problema até à publicação dos resultados, o investigador tem que assumir um comportamento ético, baseando a sua atuação no reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa humana (Martins, 2008).

Fazer investigação em saúde implica, não invulgarmente, estudar populações constituídas por indivíduos fragilizados a nível físico ou psicológico, de modo temporário ou permanente. Tal facto deve contribuir para que a enfermagem se debruce de forma mais cuidada sobre o dever de proteção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Cf. Art.º 81 do Código Deontológico dos Enfermeiros –“Dos valores Humanos”).

Numa fase inicial, foi solicitado parecer ao Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde, que aprovou o projeto.

A investigação eticamente correta baseia-se no consentimento fundamentado ou esclarecido. Assim sendo, torna-se imperioso observar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades das pessoas que participem na investigação.

Um consentimento, para ser legal, deve ser obtido de forma livre e esclarecida. Para ser esclarecido a lei estabelece o dever de informação. A informação deve conter os elementos essenciais à participação do sujeito (Fortin, 2009). Salienta-se que o consentimento informado só existe quando é resultante de uma informação adequada, tendo consciência do que é esclarecido e afirmado, em que se promove a liberdade de escolha, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (artigo 84.º, alínea b), no Estatuto da OE (2009)).

Neste estudo não foi pedido o consentimento escrito mas, sim um consentimento oral, em virtude do estudo não se inserir em nenhuma das situações prevista na lei, e de os dados recolhidos serem tratados estatisticamente como dados coletivos da população em geral, e não como dados personalizados. Contudo, é importante realçar que a pessoa inquirida teve total autonomia para decidir se queria, ou não, participar no estudo.

Antes da aplicação do questionário, o entrevistador justificou a razão do estudo, a finalidade deste, e foi garantida a proteção do anonimato e a confidencialidade dos dados, e garantida a possibilidade de, a qualquer momento, recusar continuar a

participação no estudo. Não se efetuaram quaisquer gravações ou registos audiovisuais. Não se realizou registo de nomes ou moradas dos participantes no estudo.

Na colheita de dados houve casos em a pessoa dependente não tinha capacidade de decidir autonomamente, pelo que, nessas situações, a colheita de dados era realizada de acordo com a decisão do familiar (principal) prestador de cuidados, tendo em conta, sempre, os princípios éticos.

Beauchamp e Childress (2002) idealizaram um conjunto de princípios, mencionados em Serrão e Nunes (1998), que seriam “*o pilar estrutural da ética nos cuidados de Saúde*” (p.14) - respeito pela autonomia, beneficência; não maleficência, justiça e vulnerabilidade. Os princípios constituem-se como guias gerais de ação na resolução de dilemas morais, permitindo a formulação de regras específicas de conduta. Estas são generalizações normativas com conteúdo e alcance mais restrito do que os princípios, que funcionam como normas precisas de ação e que estabelecem o que deve ser feito em determinadas circunstâncias.

Neste contexto, qualquer que seja o estudo de investigação que abarque seres humanos, o âmbito ético deve ser salvaguardado de forma a acautelar os direitos dos participantes.

Previamente ao estudo, em concordância com os entrevistadores – todos eles enfermeiros (com cédula profissional emitida pela OE) –, foi decidido que, na eventualidade de surgir alguma situação de emergência/urgência, seria solicitado ao membro da família prestadora de cuidados, ou ao dependente, autorização para ativar os meios de saúde, como o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), bombeiros, centro de saúde/USF, de acordo com a situação. No caso de negligência ou de risco de vida, observado pelo enfermeiro, a decisão seria tomada com base nos direitos do dependente, apoiada pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, princípios éticos e na carta dos direitos humanos. Durante o processo de recolha de dados não se registou qualquer das situações referidas.

### 3.4 Procedimentos de recolha e tratamento dos dados

A recolha de dados que suporta este trabalho de investigação baseou-se na utilização de um formulário.

Como já fizemos referência neste relatório, o estudo aqui reportado, focado na descrição da condição de saúde dos dependentes inseridos no seio das famílias clássicas do Porto, foi parte de um estudo bem mais alargado. O projeto alargado parte da identificação das famílias clássicas que incluem pelo menos um membro com algum tipo de dependência no autocuidado. A partir das famílias identificadas que incluíam um membro com dependência, evoluiu-se na caracterização do dependente, da sua condição de saúde e dos seus familiares cuidadores.

A recolha de dados baseou-se e exigiu a construção de um formulário “alargado”, que incluía as diferentes variáveis úteis e necessárias aos diversos (micro) estudos.

O formulário é uma estratégia de recolha de dados muito adequada para estudos em que os dados, em grande medida, derivam de juízos clínicos; como foi o caso. 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 também permite o registo de dados que resultem da observação realizada pelo investigador. De acordo com Gil (1999), o formulário é muito prático e eficiente, tendo potencial de aplicabilidade a diversos segmentos populacionais, possibilitando, ainda, a obtenção de dados facilmente quantificáveis, pelo que pode ser indicado para estudos de base populacional, como é o caso.

O formulário alargado foi construído pela equipa de investigação (cerca de 15 pessoas), após extensa revisão da literatura e de sessões focalizadas. O formulário – *Famílias que integram Dependentes no Autocuidado*, é constituído por duas partes, uma primeira parte, o *Inquérito Preliminar* (Anexo 4), e a segunda parte, onde estão incluídas as questões centrais em estudo, formulário alargado (Anexo 5).

Antes da recolha de dados, foi realizado um pré-teste, com o objetivo de identificar algum erro no formulário e de perceber o seu “comportamento prático”. Fortin (2009) determina que, após a revisão do questionário e antes de aplicá-lo definitivamente, este deverá passar por uma prova preliminar, designada de pré-teste. Esta opinião é partilhada por vários autores, nomeadamente Polit e Hungler (1995), Foody (1996),

Ghiglione e Matalon (1997), Gil (1999) Quivy e Campenhoudt (2008). Tomando como referência Fortin (2009), o pré-teste é uma etapa imprescindível que permite corrigir ou modificar os instrumentos estruturados de recolha de dados, resolver problemas imprevistos e verificar a redação das questões ou itens. Nesta linha de pensamento, Gil (1999) acrescenta que a finalidade do pré-teste é evidenciar possíveis falhas (...) tais como: complexidade das questões; imprecisão na redação; desnecessidades das questões; constrangimento ao informante; exaustão, entre outras.

O pré-teste do formulário alargado, que na sua última página incorpora as variáveis centrais do nosso estudo específico, foi realizado em Vila Nova de Gaia, com 15 casos.

Após a realização do pré-teste do formulário e as alterações devidas, foi avisada a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), sobre a realização deste estudo e os Centros de Saúde do Porto, com o objetivo de haver maior receptividade dos utentes.

A equipa de colheita de dados foi constituída por enfermeiros (os investigadores da equipa). A aplicação do formulário, "porta-a-porta", decorreu num único momento. A recolha de dados foi realizada de freguesia em freguesia, nos meses de Julho, Agosto e Setembro de 2009. Para se obter o número estimado de casos (na ordem das 2400 famílias) foi necessário tocar a cerca de 8000 campainhas.

Cada um dos investigadores recolhia a totalidade da informação necessária ao estudo alargado, não se limitando a recolher os dados para o seu estudo específico. Esta estratégia permitiu maximizar e agilizar a colheita de dados, tornando-a, também, mais agradável para as famílias. Quando era identificada uma pessoa dependente, a recolha de dados exigia cerca de 45 a 60 minutos.

Uma vez preenchidos os formulários, os dados foram transpostos para uma base de dados, através de um sistema de leitura ótica e reconhecimento automático de caracteres, *Teleform®*, aplicação *Reader*, e verificados, aplicação *Verifier*, a fim de eliminar as respostas dadas de forma incorreta e assinalar respostas pouco perceptíveis pelo *Teleform®*. Após análise, os dados foram alojados numa base de dados *Microsoft Access®*. Em seguida passou-se à inspeção dos dados, pela equipa de investigação, com o intuito de detetar erros. Os erros encontrados foram poucos e, logo após, corrigidos. Os erros detetados resultaram do facto do *software do Teleform®* ser pouco sensível a algumas particularidades da caligrafia humana.

Posteriormente, os dados foram exportados para o *PASW® Statistics 18.0* para se proceder à análise estatística.

### **3.5 Recursos de apoio à investigação**

Os recursos de apoio à investigação foram diversos. Quanto ao apoio científico para a realização deste trabalho de investigação contámos com o professor Abel Paiva, o professor Filipe Pereira e o professor Paulo Parente, todos da ESEP. É importante salientar o apoio da ESEP que permitiu utilizar as aplicações informáticas *Teleform®*, *Microsoft Access®* e *PASW® 18.0*. Quanto aos custos da investigação, foram suportados pelos próprios investigadores, do grupo de investigação.



## 4 Apresentação e discussão dos resultados

Neste quarto capítulo do relatório de investigação, apresentamos e discutimos, em simultâneo, os resultados do nosso estudo, com o intuito de construir uma abordagem mais compreensiva e integradora dos achados.

A apresentação, a interpretação e a discussão dos resultados que aqui realizamos pretendem responder às questões que estiveram na origem do estudo, tendo por referência outros estudos que, de algum modo, se relacionam com as questões em discussão.

Durante a análise dos resultados tentamos realçar os aspetos mais significativos, de modo a perceber de que forma os objetivos e as questões equacionadas foram atingidos.

### **O tratamento estatístico foi efetuado a dois níveis:**

- Análise estatística descritiva (frequências, medidas de tendência central e de dispersão), permitiu fazer uma descrição geral da amostra e a apresentação dos dados em tabelas.
- Para a seleção dos testes de hipóteses utilizou-se testes estatísticos não paramétricos, teste de *Mann Whitney* e o Qui-Quadrado. O nível de significância utilizado no estudo foi de 0,05 ( $p < 0,05$ ), ou seja a existência com 95% de probabilidade de uma relação causal entre as variáveis envolvidas.

Iniciamos a apresentação dos resultados fazendo referência ao número total de famílias que, no contexto do projeto alargado em que se insere o aqui relatado, foram integradas no estudo. Após, procedemos a uma breve caracterização das famílias que integram os casos de pessoas dependentes que foram caracterizados quanto à sua condição de saúde. Ainda neste âmbito, entendemos adequado fazer referência à caracterização dos familiares cuidadores que tomavam conta daqueles dependentes no autocuidado. Caracterizadas as famílias que integravam os dependentes, evoluímos na caracterização dos referidos dependentes, tomando em consideração, entre outros, aspetos como: as variáveis sociodemográficas; a forma de instalação da dependência;

o tempo de dependência; a situação que originou a dependência; e, como não podia deixar de ser, o nível e o tipo de dependência nos vários domínios do autocuidado.

Durante a recolha dos dados foram contactadas 2445 famílias (Tabela 6), número superior ao estimado para a amostra. Existe uma ligeira discrepância entre as previsões e os casos incluídos na amostra; isto devido à complexidade do método de recolha de dados e aos procedimentos baseados na utilização da base de referenciação geográfica. A diferença de inquéritos realizados por freguesia não foi relevante, como se pode observar na tabela seguinte.

Freguesia	Formulários a realizar (N)	Formulários realizados (N)
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%)

Tabela 6 - Número de formulários a realizar / Número de formulários realizados durante a recolha de dados, por freguesia

Das 2445 famílias que, numa primeira abordagem, expressaram vontade em participar no estudo, depois de devidamente informadas da natureza das questões e aspetos em estudo apenas 2314 aceitaram responder ao inquérito preliminar. Os dados que aqui reportamos alinham com aquilo que Silva (2011) descreveu, no seu estudo. Esta investigadora, no quadro do estudo alargado em que participamos, encarregou-se do

estudo aprofundado do fenómeno da dependência nos vários domínios do autocuidado.

Assim, 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 pelo menos 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 famílias integravam alguém que necessitava de ajuda de pessoa 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 que 200 casos necessitam de ajuda de pessoa. No total, foram identificados 241 casos que, na opinião dos respondentes, evidenciavam algum nível de dependência no autocuidado (necessidade de equipamento e / ou de ajuda de pessoa); o que nos permitiu estimar que a percentagem de famílias do Porto que integravam dependentes no seu seio era de, aproximadamente, 10,41%, Silva (2011).

A tabela que se apresenta de seguida, baseada no estudo de Silva (2011), que partilhou o seu percurso de investigação connosco, deixa evidente a distribuição de famílias com dependentes, por freguesia.

Freguesias	Entrevistas	N.º famílias que aceitaram o inquérito preliminar	N.º famílias que integram, pelo menos, um dependente	% de famílias que integram, pelo menos, um dependente	N.º de famílias que aceitaram o formulário
Aldoar	114	109	7	6,42%	6
Bomfim	280	262	23	8,78%	16
Campanhã	388	369	40	10,84%	24
Cedofeita	244	216	27	12,50%	14
Foz do Douro	106	103	6	5,83%	2
Lordelo do Ouro	182	174	19	10,92%	16
Massarelos	73	72	7	9,72%	6
Miragaia	26	25	44	16,00%	3
Nevogilde	45	42	2	4,76%	0
Paranhos	453	411	41	9,98%	30
Ramalde	327	324	41	12,65%	22
Santo Ildefonso	109	109	11	10,09%	8
São Nicolau	26	26	5	19,23%	4
Sé	45	45	5	11,11%	5
Vitória	27	27	3	11,11%	1
<b>Total</b>	<b>2445</b>	<b>2314</b>	<b>241</b>	<b>10,41</b>	<b>157</b>

Tabela 7 - Distribuição das famílias com dependentes por freguesia

Tal como se percebe da leitura da tabela, foram identificadas 241 famílias que, com base nos dados recolhidos através do inquérito preliminar, integravam pelo menos um dependente no autocuidado. Contudo, apenas 157 aceitaram avançar na recolha de dados, com o intuito de proceder à caracterização (em profundidade) do nível e do tipo de dependência no autocuidado e da condição de saúde dos dependentes. Nas 157 famílias que referimos, foram identificados 163 dependentes. Assim, realça-se o facto de existirem seis (6) famílias que apresentavam um segundo dependente no autocuidado. Portanto, o total da nossa amostra foi de 163 pessoas, com alguma

dependência no autocuidado, as quais foram, então, avaliadas quanto à sua condição de saúde. Os 163 casos que aqui referimos dizem respeito a pessoas que, em resultado da avaliação produzida pela equipa de investigação, evidenciaram algum nível de dependência em, pelo menos, um dos vários indicadores que compõem as onze (11) subescalas relativas aos diferentes domínios de autocuidado.

## 4.1 Caraterização da amostra

Como já tivemos oportunidade de referir, iniciamos por caraterizar as famílias e familiares cuidadores. Após, procedemos à caraterização dos dependentes integrados no seio daquelas famílias.

Para efeitos da caraterização das famílias que integravam os dependentes, utilizámos variáveis como: tipo de família; número de membros da família; rendimento do agregado familiar; e, condições do alojamento. Os membros da família prestadores de cuidados (MFPC) foram caracterizados, apenas, com base em aspetos de natureza sociodemográfica.. A caraterização dos dependentes, para além das variáveis sociodemográficas, baseou-se na condição de dependência.

### 4.1.1 Caraterização das famílias e dos membros da família prestadores de cuidados

Relativamente ao número de membros da família, verificámos que, no mínimo, estas são compostas por um elemento e, no máximo, por nove elementos. O número de elementos de família mais frequente foi de 2 (Tabela 8). Em média, as famílias que integravam os dependentes eram compostas por 1,62 elementos.

Média	Desvio Padrão	Min. - Max.
2,97	1,62	1 - 9

Tabela 8 - Caraterização das famílias quanto ao número de membros

Quanto ao tipo de família, as pessoas dependentes do nosso estudo encontravam-se inseridas, maioritariamente, numa família clássica com um núcleo (67,0%), seguida da família clássica com dois núcleos (5,0%).

Analisando a situação económica do agregado familiar, verifica-se que a maior percentagem das famílias (34,5%) possui um rendimento entre os 501 a 1000€.

Variáveis	N
<b>Rendimentos do agregado familiar</b>	
Até 250€	7
De 251€ a 500€	29
De 501€ a 1000€	38
De 1001€ a 2000€	25
De 2001€ a 5000€	11
Mais de 5000€	-

Tabela 9 - Caracterização das famílias quanto ao rendimento mensal

Das 157 famílias em que foi possível colher o dado relativo ao tipo de alojamento, verificamos que 76 (48,4%) viviam em apartamentos, seguindo-se as que habitavam em moradias 52 (33,1%). É importante realçar que 17,8% das famílias habitavam em outros tipos de alojamento clássico (por exemplo numa “ilha”).<sup>1</sup>

Quanto à necessidade de reparações nas habitações, constatámos que a maioria das famílias vivia em alojamentos sem necessidade de reparações significativas, tal como descrito na tabela 10.

<sup>1</sup> ilha. Tipo de habitação operária característico da cidade do Porto que remonta, pelo menos, ao século XVII. São pequenas habitações, com áreas geralmente que não excediam os 16 m<sup>2</sup>, construídas em fila (algumas vezes também costas com costas), nos quintais das casas da classe média que tinham apenas um acesso comum para a rua através uma passagem de 1 a 2 metros construída por baixo da casa do proprietário (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Ilha>) (bairro)

Variáveis	N (%)
<b>Tipo de Edifício</b>	
Clássico: apartamento	76 (48,4%)
Clássico: moradia	52 (33,1%)
Clássico: outro tipo	28 (17,8%)
Não clássico	1 (0,6%)
Total	157 (100%)
<b>Necessidade de Reparação</b>	
Muito grandes	6 (4,4%)
Grandes	17 (12,4%)
Médias	39 (28,5%)
Pequenas	52 (37,9%)
Nenhumas	23 (16,8%)
Total	137 (100%)
<b>Caraterísticas do Alojamento</b>	
Com acessibilidade a PMC	10
Com instalações do banho ou duche	148
Com retrete	153
Com água canalizada	157
Com aquecimento	111

Tabela 10 - Caraterização do tipo de alojamento das famílias

Constatamos, no que se refere às caraterísticas do alojamento, que apenas um reduzido número tinha condições de acessibilidade a pessoas com mobilidade comprometida (PMC). Porém, a larga maioria tinha instalações sanitárias adequadas e dispositivos de aquecimento.

No que se refere aos familiares cuidadores ou MFPC, de acordo com os resultados que temos disponíveis, verificou-se que os prestadores de cuidados principais são predominantemente do sexo feminino (79,8%). Os resultados apurados neste estudo alinham com os achados de outras investigações realizadas em Portugal, focadas nos "cuidadores informais" (Imaginário, 2004; Petronilho, 2007; Lage 2007; Araújo, 2009), que destacam a mulher como principal cuidadora dos dependentes que "estão em

casa”. A média de idade dos familiares cuidadores, neste estudo, rondou os 59 anos, com um desvio padrão de cerca de 14 anos; resultados próximos aos dos estudos a que aludimos atrás.

No que considera ao estado civil do membro da família prestador de cuidados, apurou-se um predomínio dos cuidadores casados ou em união de facto (73,3%), em linha com os resultados de Imaginário (2004) e Lage (2007).

A larga maioria dos familiares cuidadores dos dependentes identificados era portuguesa (98,7%).

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos MFPC, cerca de 43,2% tinham o 1.º ciclo de escolaridade e 8,9% não apresentava nenhuma formação escolar. O baixo nível na formação escolar encontrado nos MFPC, em linha com a faixa etária predominante, tem sido descrita noutros estudos realizados em Portugal (Lage, 2007).

Em sintonia com os dados já descritos, 40,4% dos MFPC eram pensionistas ou reformados, o que nos mostra que quase 60% dos cuidadores informais eram pessoas profissionalmente ativas.

Quanto ao grau de parentesco dos prestadores de cuidados mais frequente foram nomeadamente o filho/filha da pessoa dependente, 38,7%.

Os dados relativos ao grau de parentesco vão de encontro a outros estudos que afirmam que, de uma forma geral e de certa forma, tradicional, a prestação de cuidados à pessoa dependente, compete ao membro prestador mais próximo, sendo maioritariamente o cônjuge ou um(a) filho(a) (Imaginário, 2004; Petronilho, 2007; Araújo, 2009).

#### **4.1.2 Caraterização dos dependentes**

Os 163 dependentes incluídos no nosso estudo foram caracterizados em termos de: sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, situação profissional, modo de instalação da dependência, tempo / duração da dependência, causas da dependência, episódios de recurso ao serviço de urgência (SU), internamentos no último ano e, por fim, o consumo de medicação.

Tal como já ficou evidente atrás, nem sempre, o número de respostas válidas para cada uma das questões é exatamente o mesmo.



Variáveis	N (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	113 (69,3%)
Masculino	50 (30,7%)
Total	163 (100%)
<b>Estado Civil</b>	
Viúvo	82 (51,5%)
Casado / União de facto	51 (32,1%)
Solteiro	23 (14,5%)
Divorciado	3 (1,9%)
Total	159 (100%)
<b>Nível de escolaridade</b>	
Nenhum	62 (40,8%)
Ensino Básico – 1.º ciclo	70 (46,1%)
Ensino Básico – 2.º ciclo	4 (2,6%)
Ensino Básico – 3.º ciclo	4 (2,6%)
Ensino Secundário	7 (4,6%)
Ensino Superior	5 (3,3%)
Total	152 (100%)
<b>Situação Profissional</b>	
Doméstica	13 (8,5%)
Operários	2 (1,3%)
Nenhuma	4 (2,6%)
Pensionista / Reformado	128 (83,7%)
Quadro Superior	1 (0,6%)
Técnico Profissional nível intermédio	1 (0,6%)
Trabalhador não qualificado	4 (2,6%)
Total	153 (100%)

Tabela 11 - Caracterização sociodemográfica dos dependentes

De acordo com os dados disponíveis, podemos afirmar que a maioria das pessoas dependentes era mulheres, o que está de acordo com aquilo que é evidenciado por, Imaginário (2004), Petronilho (2007) e Figueiredo (2007), Araújo (2009).

No que se reporta ao estado civil, os dependentes eram, maioritariamente, viúvos, seguindo-se os casados ou em união de facto. Também aqui, os nossos resultados são consonantes com os verificados por outros autores que desenvolveram trabalhos em Portugal (Martins, 2006; Loureiro, 2007; Louro, 2009).

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos dependentes, na nossa amostra salienta-se o facto de 40,8% dos casos não terem formação escolar e 46,1% só ter o 1.º ciclo; o que alinha com os dados do Censos de 2001 (INE, 2001).

Como seria expectável, a larga maioria dos dependentes era pensionista ou reformado, tal como descrito por Louro (2009). Este achado, em grande medida, deriva da média de idade dos dependentes (78,44 anos).

Assim, a idade mínima encontrada foi de 22 anos e a máxima de 99, com uma média de 78,44 anos e um desvio padrão de 13,96 anos (Tabela 12).

Média	Desvio Padrão	Min. - Max.
78,44	13,96	22 - 99

Tabela 12 - Caracterização dos dependentes quanto à idade

Estes dados estão diretamente relacionados com o envelhecimento gradual da população, encontrando-se resultados idênticos em outros estudos (Martins, 2006; Petronilho, 2007; Louro 2009).

Relativamente à nacionalidade dos dependentes, como seria expectável, eram maioritariamente de nacionalidade portuguesa (99,4%), existindo apenas um dependente de nacionalidade ucraniana.

O nosso estudo esteve focado na condição de saúde dos dependentes integrados nas famílias clássicas do concelho do Porto. Neste contexto, à escala do macroprojecto de investigação em que estivemos integrados, interessou-nos explorar a forma como a dependência no autocuidado emergiu no percurso de vida dos clientes.

Quanto à forma como a condição de dependência se instalou, verificamos que na grande maioria dos casos a instalação da dependência foi gradual (70,3% dos dependentes), tal como ilustrado na tabela 13.

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

Tabela 13 - Caraterização dos dependentes quanto à forma de instalação da dependência

Estes nossos resultados estão de acordo com os achados de outros estudos (Duque, 2009; Martins, 2011), que apontam o envelhecimento como a principal causa para a dependência no autocuidado. Neste contexto, é possível afirmar que, na maioria das situações, a instalação da dependência no autocuidado constitui uma transição eminentemente do tipo desenvolvimental (cf. Meleis et al, 2000).

Tomando por referência o tempo de dependência medido em "anos completos", verificamos que, em média, os casos estudados eram dependentes há cerca de seis (6) anos, com desvio padrão de 7,32 anos. Constatamos, ainda, em função do valor da médis, que metade dos dependentes estava nesta condição há mais de quatro anos.

<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Min. - Max.</b>
6,03	7,32	0,17 - 50

Tabela 14 - Caraterização dos dependentes quanto ao tempo de dependência (em anos)

Em cerca de metade dos casos estudados, a situação que originou a dependência foi um conjunto de várias causas, nas quais, sem dúvida alguma estava o envelhecimento. As causas que remetem para quadros de instalação da dependência de forma mais rápida (doença aguda, acidente...) são as que têm menos expressão (Tabela 15).

<b>Causa da Dependência</b>	<b>N (%)</b>
Envelhecimento	28 (17,2%)
Doença crónica	25 (15,3%)
Doença aguda	20 (12,3%)
Acidente	5 (3,1%)
Outra	3 (1,8%)
Mais do que uma causa	82 (50,3%)

Tabela 15 - Caraterização dos dependentes quanto à causa da dependência

Não restam dúvidas que, no âmbito das questões do envelhecimento, a problemática da dependência ocupa progressivamente um lugar de destaque. Tal centralidade deve-se precisamente ao facto de se verificar um crescimento significativo das situações incapacitantes nas pessoas muito idosas, que conduzem a elevados défices ou mesmo a perda de autonomia (Quaresma, 2004).

Também nos interessou estudar a intensidade com que os dependentes no autocuidado recorreram aos serviços de saúde, no último ano (anterior ao momento da colheita de dados). Neste estudo, verificou-se que, em média, os dependentes recorreram aos SU cerca de 1,16 vezes, com um desvio padrão de 1,55 (Tabela 16). Em relação ao número de internamentos hospitalares, estes variaram entre 0 e o valor máximo de 5, com uma média de 0,46 (internamentos) e um desvio padrão de 0,78, no último ano.

<b>Recurso aos serviços de saúde</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Min. - Max.</b>
N.º de internamentos no último ano	0.46	0.78	0 - 5
N.º de episódios ao SU, no último ano	1.16	1.55	0 - 7

Tabela 16 - Caraterização dos dependentes quanto ao recurso aos serviços de saúde (no último ano)

Os dados disponíveis quanto ao consumo de medicação revelaram que quase todos os dependentes (96,9%) tomavam algum tipo de medicação (Tabela 17).

Consumo de medicação	Média	Desvio Padrão	Min. - Max.
Variedade de fármacos	5.15	3.01	0 - 17
N.º de fármacos nas tomas/dia	7.06	4.60	0 - 28

Tabela 17 - Caracterização dos dependentes quanto ao consumo de fármacos

Atendendo ao número médio de fármacos por dia, podemos constatar a complexidade dos regimes medicamentosos em uso; com um valor próximo daquilo que na literatura se assume como um regime medicamentoso complexo para o doente ou seu familiar cuidador.

Segundo outros estudos, nomeadamente Beyth (1999) e Spiers (2004) a proporção de idosos que não usa qualquer medicação é de apenas 4% a 10%, e 80% tomam pelo menos um medicamento. 20% a 30% dos idosos tomam em média mais de 5 medicamentos por semana e aproximadamente 12% toma mais de 10 medicamentos diferentes por semana, como refere Williams et. al (2004). Um aspeto central deste nosso estudo radicava na caracterização da dependência nos vários domínios do autocuidado, dos casos incluídos na nossa amostra (163 casos). Com efeito, o nosso estudo tratava da caracterização da condição de saúde dos “dependentes no autocuidado” integrados nas famílias clássicas do Porto. Assim, emergia a necessidade de caracterizar a referida dependência no autocuidado.

Como já tivemos oportunidade de referir, Silva (2011), no contexto do projeto alargado de investigação onde nos inserimos, ocupou-se do estudo do fenómeno da dependência no autocuidado. Assim, a caracterização que aqui fazemos radica nos principais achados daquela autora e colega de percurso de investigação.

Para definirmos o tipo de dependência de cada um dos casos, face a cada um dos domínios específicos do autocuidado (*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*), baseámo-nos nas diferentes (sub)escalas utilizadas por Silva (2011), as quais revelaram níveis de consistência interna e validade bastante apreciáveis. Cada um dos referidos instrumentos era composto por um conjunto específico de indicadores; cada um deles operacionalizado numa escala ordinal do tipo:

- “*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.

Tal como foi feito por Silva (2011), com a intenção de exemplificar aquilo que comporta cada uma das (sub)escalas que utilizámos, começamos por expor os resultados específicos relativos ao autocuidado “Alimentar-se”.

A avaliação da dependência de cada um dos casos da nossa amostra no que se reporta ao autocuidado “*Alimentar-se*”, foi feita com base numa escala que inclui onze indicadores específicos. Em cada um dos indicadores, cada caso foi classificado em função do seu nível de dependência. Esta avaliação permite-nos ter uma visão específica do nível de dependência da pessoa naquele item específico e daí, como veremos adiante, é possível evoluir para a definição do nível global de dependência do caso para se “alimentar”.

Na tabela seguinte apresentamos os resultados apurados neste domínio específico do autocuidado.

<b>Autocuidado: Alimentar-se</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente não participa</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa</b>	<b>Necessita de equipamento</b>	<b>Completamente independente</b>
	<b>Score 1</b>	<b>Score 2</b>	<b>Score 3</b>	<b>Score 4</b>
Prepara os alimentos para ingestão (N156)	96 (61,5%)	16 (10,3%)	-	44 (28,2%)
Abre recipientes (N158)	49 (31,0%)	8 (5,1%)	-	101 (63,9%)
Utiliza utensílios (N159)	30 (18,9%)	8 (5,0%)	-	121 (76,1%)
Coloca o alimento nos utensílios (N159)	27 (17,0%)	11 (6,9%)	1 (0,6%)	120 (75,5%)
Pega no copo ou chávena (N160)	25 (15,6%)	8 (5,0%)	1 (0,6%)	126 (78,8%)
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão (N160)	25 (15,6%)	8 (5,0%)	-	127 (79,4%)
Leva os alimentos à boca com recipiente (N160)	26 (16,3%)	8 (5,0%)	-	126 (78,8%)
Leva os alimentos à boca com os utensílios (N160)	28 (17,5%)	8 (5,0%)	1 (0,6%)	123 (76,9%)
Bebe por copo ou chávena (N160)	24 (15,0%)	10 (6,3%)	1 (0,6%)	125 (78,1%)
Coloca os alimentos na boca (N160)	27 (16,9%)	8 (5,0%)	-	125 (78,1%)
Conclui uma refeição (N160)	26 (16,3%)	12 (7,5%)	-	122 (76,3%)
<b>Global (N 161)</b>	<b>25 (15,5%)</b>	<b>92 (57,1%)</b>	<b>-</b>	<b>44 (27,3%)</b>

Tabela 18 - Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para "Alimentar-se"

Com base nos procedimentos adotados por Silva (2011) e na posse da caracterização da amostra relativamente a cada um dos indicadores específicos (neste caso relativos ao "alimentar-se"), evoluímos para o cálculo 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 o “nível global de dependência para alimentar-se”. 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”.

Face ao exposto, e conforme se depreende da leitura da tabela anterior foi-nos possível obter o “nível global de dependência para alimentar-se”. Esta informação está plasmada na última linha da referida tabela. Este processo, como não poderia deixar de ser, foi estendido a todos os domínios do autocuidado incluídos no estudo, o que nos permitiu caraterizar os dependentes.

Na tabela seguinte, fazemos a caraterização da amostra, quanto ao nível de dependência, nos vários domínios do autocuidado estudados.



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

Tabela 19 - Caracterização dos dependentes quanto ao nível global de dependência nos diferentes domínios do autocuidado

Da consulta da tabela anterior é possível perceber que, também, foi calculado um nível global de dependência no autocuidado, tomando em consideração o mesmo tipo de procedimentos que nos permitiram computar o nível global de dependência em cada um dos domínios específicos do autocuidado (alimentar-se, elevar-se, tomar banho...). Com base nos resultados plasmados na tabela anterior, 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, tal como descrito por Silva (2011), cerca de um em cada dez casos é completamente dependente em todos os domínios do autocuidado. Estes resultados permitem-nos dizer que, os dependentes integrados no seio das

famílias clássicas do concelho do Porto são pessoas com níveis marcados de dependência no(s) autocuidado(s).

Caraterizada a amostra dos dependentes inseridos nas famílias do Porto, importa evoluir para a descrição da sua condição de saúde, com base nas dimensões que consideramos como mais relevantes para este estudo, dentro de uma perspetiva de enfermagem.

## 4.2 A condição de saúde das pessoas dependentes

Importa recordar que a avaliação da condição de saúde das pessoas dependentes foi feita tomando por referência, essencialmente, a existência de compromissos ao nível dos processos corporais (cf. ICN, 2011); compromissos baseados no juízo clínico dos enfermeiros-investigadores que procederam à colheita de dados.

Os compromissos que foram considerados inscrevem-se em nove (9) domínios: volume de líquidos (com especial atenção aos sinais de desidratação); *status* nutricional; movimento articular; integridade dos tecidos (com especial atenção às úlceras de pressão); obstipação; processo respiratório (com especial atenção à limpeza das vias aéreas); padrão geral de higiene e asseio; ocorrência de quedas; e compromissos ao nível da orientação e memória.

### 4.2.1 A condição de saúde das pessoas dependentes

Como referimos no capítulo relativo à metodologia, as variáveis que nos permitiram caracterizar os dependentes, quanto à sua condição de saúde, eram, essencialmente, do tipo qualitativo, nominal dicotómico (*sim – presente / não – ausente*). Assim, cada um dos compromissos em apreço foi avaliado quanto à sua presença ou ausência ou, se quisermos, quanto à sua existência. Urge clarificar que nem sempre todos os dependentes (163) foram avaliados relativamente a todos os indicadores de compromisso da sua condição de saúde, o que explica que os totais das várias tabelas que se apresentam de seguida sejam diferentes.

Nos diferentes domínios estudados (ex. *status* de volume de líquidos – desidratação) incluímos vários indicadores ou variáveis. No caso particular do volume de líquidos, conforme se depreende da consulta da tabela 20, colhemos dados sobre: sinais aparentes de desidratação; olhos encovados; pele seca e mucosas secas. Estes dados permitem-nos, ainda, caracterizar cada um dos casos quanto à evidência de “pelo menos” um dos sinais de compromisso do volume de líquidos ou desidratação; numa lógica mais agregada.

#### 4.2.1.1 Compromissos do *status* do volume de líquidos – desidratação

O *status* é descrito como um foco com as características específicas: condição da pessoa relativamente a outras, posição relativa de uma pessoa (ICN, 2010).

No contexto deste nosso estudo, o compromisso do *status* do volume de líquidos radicou em quatro variáveis ou indicadores específicos. Cada indicador específico foi avaliado pelo entrevistador no ato da entrevista / observação.

A Tabela 20 representa os resultados apurados nos quatro indicadores relativos ao *status* do volume de líquidos – desidratação.

<b>Compromissos do <i>status</i> do volume de líquidos – desidratação</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Presença</b>	<b>Ausência</b>	<b>Total</b>
Pele seca	17 (13,2%)	112 (86,8%)	129 (100%)
Olhos encovados	10 (7,8%)	119 (92,2%)	129 (100%)
Mucosas Secas	7 (5,4%)	122 (94,6%)	129 (100%)
Sinais aparentes de Desidratação	4 (3,1%)	126 (96,9%)	130 (100%)
<b>Evidências de desidratação (agregado)</b>	<b>23 (17,7%)</b>	<b>107 (82,3%)</b>	<b>130 (100%)</b>

Tabela 20 – Indicadores dos compromissos do *status* do volume de líquidos

Verifica-se que o indicador mais frequente foi a pele seca, em 13,2% dos casos avaliados.

Na última linha da tabela, apresentamos o valor agregado, relativo ao número de casos avaliados com, pelo menos, um dos quatro indicadores de compromisso do volume de líquidos. Neste sentido, podemos dizer que, dos 130 dependentes avaliados (neste domínio) 23 (17,7%) apresentavam um dos quatro indicadores de desidratação.

A desidratação é, de acordo com os estudos que vão estando disponíveis em Portugal, uma das principais complicações que os dependentes que se encontram em casa evidenciam, tal como já foi descrito por Petronilho (2007), que demonstrou que os doentes dependentes em casa apresentavam necessidades significativas no domínio do risco de complicações, concretamente 77,3%, com risco de desidratação.

#### 4.2.1.2 Compromissos do *status* nutricional

Os resultados relativos ao *status* nutricional resultaram da avaliação de indicadores como a presença de sinais aparentes de desnutrição, a magreza excessiva, a obesidade mórbida, o “índice de massa corporal” (IMC) e quantidade de peso perdido nos últimos três meses.

Torna-se importante salientar que não foi possível calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) do dependente, apesar deste indicador se encontrar no formulário, tendo sido uma dificuldade detetada no trabalho de campo. Para além disso, tivemos manifestas dificuldades em concretizar a quantidade de peso perdido pelo dependente nos últimos três meses, pelo que convertemos a variável original do tipo quantitativo numa variável nominal. Assim, questionámos o MFPC ou o próprio dependente quanto à existência de perda significativa e não intencional de peso nos últimos meses; registando o dado numa lógica de “sim / não”.

<b>Compromissos do <i>status</i> nutricional</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Presença</b>	<b>Ausência</b>	<b>Total</b>
Perda de peso (últimos 3 meses)	15 (16,3%)	77 (83,7%)	92 (100%)
Magreza excessiva	4 (3,1%)	126 (96,9%)	130 (100%)
Sinais aparentes de desnutrição	4 (3,1%)	125 (96,9%)	129 (100%)
Obesidade mórbida	2 (1,7%)	119 (98,3%)	121 (100%)
<b>Evidências de desnutrição (agregado)</b>	<b>7 (5,3%)</b>	<b>124 (94,7%)</b>	<b>131 (100%)</b>

Tabela 21 - Indicadores dos compromissos do *status* nutricional

Pela análise da tabela anterior, podemos verificar que, 16,3% dos 92 dependentes, avaliados neste particular, tiveram perda de peso (nos últimos três meses). Dos 130 casos avaliados, 3,1% apresentavam sinais de magreza excessiva. Contudo, segundo alguns estudos, particularmente o de Gomes (2008), que visou conhecer o estado nutricional de idosos cronicamente acamados, verificou-se que utilizando o IMC calculado com base na altura do bilhete de identidade, 50% dos idosos estavam desnutridos.

No que diz respeito à existência de obesidade, dos 121 casos avaliados, apenas 2 apresentavam um excesso de peso muito significativo.

Na última linha da tabela anterior, fazemos referência às evidências de “desnutrição”. Este dado, resultante de uma leitura agregada dos indicadores relativos aos “sinais

aparentes de desnutrição” e de “magreza excessiva”, indica-nos que sete (5,3%) dos 131 casos avaliados apresentavam um dos dois indicadores.

#### **4.2.1.3 Compromissos do movimento articular**

Os compromissos da amplitude do movimento articular indiciam a presença de anquilose ou rigidez articular, que é um dos principais sinais de limitação da mobilidade dos dependentes, pelo que representam um excelente indicador da qualidade dos cuidados que são prestados às pessoas com compromissos da sua autonomia funcional (Pereira, 2007). Neste particular estivemos focados nas principais articulações corporais.

Na tabela seguinte são apresentados os resultados apurados no nosso estudo. Globalmente, podemos dizer que os nossos resultados alinham com aquilo que foi descrito por Petronilho (2008). Este autor, no seu estudo, encontrou 55,7% dos dependentes com rigidez articular (55,7%) e 18,6% com pé equino, o que significa compromisso articular do tornozelo.

<b>Compromissos do movimento articular</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Presença</b>	<b>Ausência</b>	<b>Total</b>
Comprometimento da amplitude da articulação joelho Dto.	70 (53,4%)	61 (46,6%)	131 (100%)
Outros sinais de Comprometimento da amplitude articular	69 (53,1%)	61 (46,9%)	130 (100%)
Comprometimento da amplitude da articulação joelho Esq.	67 (51,9%)	62 (48,1%)	129 (100%)
Comprometimento da amplitude da articulação anca Esq.	39 (30,5%)	89 (69,5%)	128 (100%)
Comprometimento da amplitude da articulação anca Dto.	38 (29,5%)	91 (70,5%)	129 (100%)
Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Dto. (pé equino)	33 (25,6%)	96 (74,4%)	129 (100%)
Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Dto.	34 (26,0%)	97 (74,0%)	131 (100%)
Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Esq. (pé equino)	30 (23,4%)	98 (76,6%)	128 (100%)
Comprometimento da amplitude da articulação punho Dto.	30 (22,9%)	101 (77,1%)	131 (100%)
Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Esq.	28 (21,4%)	103 (78,6%)	131 (100%)
Comprometimento da amplitude da articulação punho Esq.	24 (18,3%)	107 (81,7%)	131 (100%)
<b>Evidências de rigidez articular (agregado)</b>	<b>84 (63,2%)</b>	<b>49 (36,8%)</b>	<b>133 (100%)</b>

Tabela 22 - Indicadores dos compromissos do movimento articular

O presente estudo possibilitou-nos verificar que os compromissos da amplitude das articulações dos joelhos foram as mais frequentes; facto que, desde logo, condiciona largamente a capacidade para andar dos dependentes.

É importante referir aquilo que representa o conceito de “Evidências de rigidez articular” (agregado). O facto de termos 84 casos de dependentes com “Evidências de rigidez articular” significa que, na nossa amostra, existiam 84 pessoas (63,2% dos 133 casos avaliados) com, pelo menos, uma das articulações elencadas no nosso instrumento de recolha de dados com comprometimento da amplitude do seu movimento.

A prevenção da rigidez articular exige a realização de exercícios musculo-articulares, dimensão da assistência aos dependentes onde os cuidados de enfermagem (mesmo no domicílio) são cruciais. Com efeito, uma vez instalada rigidez articular, toda a mobilidade e capacidade funcional dos clientes acaba por ser limitada, com as consequências que todos somos capazes de antecipar.

#### 4.2.1.4 Compromissos da integridade dos tecidos corporais

Os compromissos da integridade dos tecidos corporais são, com grande frequência, uma das complicações que resultam da perda da capacidade funcional e da mobilidade dos dependentes. No nosso estudo, consideramos, para além das úlceras de pressão, a existência de feridas não tratadas / não cuidadas, de eritema da fralda e de outros compromissos da pele.

Desde logo, naquilo que se refere às úlceras de pressão, os nossos dados evidenciaram que, dos 116 casos avaliados neste particular, 18 (15,51%) apresentavam, pelo menos, uma úlcera de pressão. Dez (10) destes dependentes tinham apenas uma úlcera de pressão, os restantes tinham entre duas (2) e sete (7) úlceras. A localização mais frequente daquelas úlceras de pressão era na região trocantérica.

No universo dos 18 dependentes que apresentavam úlceras de pressão, verificamos um total de 37 úlceras resultantes da pressão sobre os tecidos corporais, o que nos dá um número médio de cerca de 2 úlceras por dependente.

O trabalho realizado por Petronilho (2008) demonstrou que o número de dependentes com úlceras de pressão no domicílio era de 22,7%.

<b>Compromissos da integridade dos tecidos corporais</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Presença</b>	<b>Ausência</b>	<b>Total</b>
Úlcera de pressão	18 (15,5%)	98 (84,5%)	116 (100%)
Eritema da fralda	8 (7,1%)	104 (92,9%)	112 (100%)
Feridas não tratadas / não cuidadas	5 (3,5%)	139 (96,5%)	144 (100%)
Pele comprometida	4 (3,1%)	126 (96,9%)	130 (100%)

Tabela 23 - Indicadores dos compromissos da integridade dos tecidos corporais

Com efeito, no nosso estudo, a úlcera de pressão foi o compromisso dos tecidos corporais mais frequente, seguida do eritema da fralda. As percentagens de feridas não tratadas e de outros compromissos da pele também merecem ser assinaladas, apesar dos valores relativos apurados.

São vários os estudos que mostram que a prevenção das úlceras de pressão torna-se uma problemática emergente nos cuidados domiciliários, como refere Rodrigues (2009), a propósito de um estudo realizado na região autónoma dos Açores. Neste



estudo, a prevalência de úlceras de pressão foi de 26,49%; e a percentagem de população em risco de desenvolver úlceras de pressão era de 86,45%. Estes valores enquadram-se nos valores encontrados nas revisões e estudos de vários autores (Torra i Bou, 1998; Thoroddsen, 1999; Bergquist e Frantz, 1999; Meehan et al., 1999; Soldevilla e Torra I Bou (1999); Anaya, 2000; Ferrell et al., 2000; Halfens, Bours e Bronner, 2001, e Kaltenhalen (2001)).

#### 4.2.1.5 Compromissos do padrão de eliminação intestinal

A avaliação dos compromissos do padrão de eliminação intestinal decorre do n.º de dejeções/vezes por semana, que nos permite ter uma noção da existência de obstipação ou diarreias.

No presente estudo, verificou-se que quase 1/3 dos dependentes (30,6%) evidenciava sinais de “obstipação”, na medida em que tinham menos de três dejeções por semana. Contudo, é certo que, em média, os dependentes estudados tinham cerca de cinco dejeções semanais. O número de casos com sinais indicativos de diarreia (mais de sete dejeções por semana) era reduzido (4,5%).

A eliminação é uma necessidade humana básica, de cariz importante para a avaliação da condição de saúde do dependente.. Atendendo ao grau de dependência e à capacidade de autonomia, a pessoa pode necessitar de assistência para se deslocar ou não até ao sanitário. A maioria dos idosos necessita auxílio e suporte no uso do sanitário. Segundo Diogo (2000), a incontinência é um dos problemas mais frequentes entre os idosos, interferindo na capacidade funcional e na qualidade de vida, sendo, muitas vezes, o motivo da institucionalização.

Segundo Berger (1995) *“ainda que o envelhecimento modifique os sistemas urinário e intestinal, não podem, por si só, explicar todos os problemas de dependência do idoso, relacionados com a eliminação. As alterações biofisiológicas que afetam os sistemas urinário e intestinal vulnerabilizam o idoso a problemas urinários e/ou intestinais que são potencializados por componentes psicoculturais”* (p. 264).

Há autores que referem que uma das principais razões para os internamentos hospitalares nas pessoas idosas é a obstipação, a par das quedas, da imobilidade, dos estados confusionais e das fraturas do colo do fémur (Fick, 2003; Roehl, 2006).

#### 4.2.1.6 Compromissos dos processos respiratórios

Uma das complicações que, com relativa frequência, ocorre em pessoas com dependência no autocuidado, prende-se com fenómenos de limpeza das vias aéreas ineficaz, o que acaba por concorrer para quadros de infeções respiratórias em idosos (Bowles, 2000).

Os compromissos ao nível do processo respiratório (cf. ICN, 2011), no contexto deste estudo, foram mensurados através de cinco indicadores específicos: a acumulação de secreções traqueobrônquicas; os ruídos respiratórios anormais; o aumento da frequência respiratória; a deglutição comprometida; e, outros sinais de comprometimento da limpeza das vias aéreas.

A tabela 24 faz a síntese dos resultados apurados neste domínio, tendo em consideração aqueles cinco indicadores e uma leitura agregada dos mesmos.

<b>Compromissos dos processos respiratórios</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Presença</b>	<b>Ausência</b>	<b>Total</b>
<i>Deglutição comprometida</i>	7 (5,5%)	121 (94,5%)	128 (100%)
<i>Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)</i>	3 (2,3%)	127 (97,7%)	130 (100%)
<i>Aumento da frequência respiratória</i>	3 (2,3%)	127 (97,7%)	130 (100%)
<i>Acumulação de secreções traqueobrônquicas</i>	2 (1,5%)	128 (98,5%)	130 (100%)
<i>Outros sinais de comprometimento da limpeza das vias aéreas</i>	1 (0,8%)	130 (99,2%)	131 (100%)
<b>Evidências do Compromisso respiratório (Agregado)</b>	10 (7,6%)	121 (92,4%)	131 (100%)

Tabela 24 - Indicadores do compromisso dos processos respiratórios

Pela análise da tabela anterior, podemos verificar que o indicador com uma frequência mais elevada foi a deglutição comprometida, seguido pelo aumento da frequência respiratória e a presença de ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações).

No estudo realizado por Petronilho (2008), após o regresso a casa, foi significativo o agravamento da condição de saúde dos doentes, relativamente aos processos do sistema respiratório. Também os estudos de Mistiaen (1997), Naylor e colaboradores (2000), Bowles (2000) e Murashima e colaboradores (2000), apontam os problemas ou complicações respiratórias, como uma das principais causas para a necessidade de continuidade de cuidados no domicílio.

Importa, ainda, referir aquilo que representa o conceito de “Evidências do compromisso respiratório” (agregado), plasmado na última linha da tabela anterior. Na realidade, no nosso estudo foi possível constatar a existência de dez casos de dependentes (7,6%) com, pelo menos, um dos indicadores de compromisso do processo respiratório.

#### **4.2.1.7 Compromissos do padrão geral de higiene e asseio**

O padrão geral de higiene e asseio pode ser concebido como um indicador útil da qualidade dos cuidados e da assistência prestada às pessoas com dependência. Por outro lado, muitas vezes, as limitações da capacidade funcional das pessoas acaba por condicionar a forma como cuidam da sua higiene e arranjo pessoal. Foi nesta perspetiva que recorreremos a oito indicadores específicos das condições de higiene e asseio dos dependentes: odores corporais (indesejáveis); unhas sujas; má higiene oral; secreções oculares, auditivas e nasais; sujidade corporal visível; e, outros sinais de má condição de higiene e asseio.

No estudo de Thober e colaboradores (2005), acerca do nível de dependência de idosos no domicílio, constatou-se que os domínios onde a dependência era mais marcada eram a higiene, vestir-se e transferir-se. Estas limitações acabavam por comprometer a forma com os idosos cuidavam da sua higiene e asseio.

Na tabela 25 são apresentados os resultados apurados no nosso estudo.

Torna-se importante descrever aquilo que representa o conceito de “Evidências de higiene e asseio deficiente” (agregado). O facto de termos 28 casos de dependentes com “Evidências de higiene e asseio deficiente” significa que, na nossa amostra, existiam 28 pessoas com, pelo menos, um dos indicadores relativos ao compromisso do padrão geral de higiene e asseio.

<b>Compromissos do padrão geral de higiene e asseio</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Presença</b>	<b>Ausência</b>	<b>Total</b>
<i>Má higiene oral</i>	17 (13,9%)	105 (86,1%)	122 (100%)
<i>Odores corporais</i>	12 (9,2%)	118 (90,8%)	130 (100%)
<i>Secreções oculares</i>	12 (9,2%)	118 (90,8%)	130 (100%)
<i>Unhas sujas</i>	11 (8,5%)	118 (91,5%)	129 (100%)
Secreções nasais	10 (7,7%)	120 (92,3%)	130 (100%)
Sujidade corporal visível	8 (6,2%)	122 (93,8%)	130 (100%)
Outros sinais de má condição de higiene e asseio	8 (6,2%)	122 (93,8%)	130 (100%)
Secreções auditivas	2 (1,6%)	126 (98,4%)	128 (100%)
<b>Evidências de higiene e asseio deficiente (agregado)</b>	<b>28 (21,4%)</b>	<b>103 (78,6%)</b>	<b>131 (100%)</b>

Tabela 25 - Indicadores dos compromissos do padrão geral de higiene e asseio

Os compromissos da higiene oral representam o aspeto mais frequente entre os que foram estudados neste âmbito. Muitas vezes, as más condições de higiene oral decorrem da presença de sondas nasogástricas. Por outro lado, a má higiene oral diminui o apetite, o que se reflete na ingestão e no *status* nutricional.

Da consulta da tabela anterior vale a pena destacar os valores apurados relativamente à existência de acumulo secreções corporais e unhas sujas.

Globalmente, importa salientar que cerca de 21,4% dos casos avaliados apresentavam, pelo menos, um dos indicadores de más condições de higiene e asseio.

Muitos autores, entre eles Morrison (2001), defendem que não se deve desconsiderar a importância dos cuidados físicos aos dependentes. A manutenção da higiene pessoal, no sentido de promover a limpeza e o asseio, é necessária para o conforto, a segurança e o bem-estar do indivíduo dependente. Pessoas saudáveis conseguem responder às suas próprias necessidades de higiene e asseio. Imaginário (2008) constatou que, muitas vezes, os idosos dependentes acabam por passar o dia com o vestuário para dormir. Esta realidade acaba por limitar as interações sociais e a expressividade dos dependentes.

A tabela 26 faz a síntese das condições de vestuário em que se encontravam os dependentes que participaram no nosso estudo.

<b>Compromissos do vestuário</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Presença</b>	<b>Ausência</b>	<b>Total</b>
<i>Roupa desabotoada</i>	13 (9,9%)	118 (90,1%)	131 (100%)
<i>Roupa inadequada à condição de dependência</i>	11 (8,4%)	120 (91,6%)	131 (100%)
<i>Roupa suja</i>	9 (6,9%)	122 (93,1%)	131 (100%)
<i>Roupa inadequada á temperatura ambiente</i>	8 (6,1%)	123 (93,9%)	131 (100%)
<i>Outros sinais de má condição de vestuário</i>	5 (3,8%)	126 (96,2%)	131 (100%)
<i>Roupa inadequada à condição antropométrica</i>	2 (1,5%)	129 (98,5%)	131 (100%)
<b>Evidências de vestuário deficiente (agregado)</b>	25 (19,1%)	106 (80,9%)	131 (100%)

Tabela 26 - Indicadores dos compromissos do vestuário

Em função dos dados apurados e daquilo que traduz o resultado agregado – “evidências de vestuário deficiente” -, verificámos que em cada cinco dependentes apresentava, pelo menos, um dos indicadores de roupa inadequada.

#### 4.2.1.8 Quedas

As quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas a elevados índices de morbi-mortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. É neste contexto que as quedas constituem um dos indicadores mais utilizados para monitorizar os serviços de saúde e assistência social (Pereira, 2007).

O ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas. A presença de escadas, a ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, a iluminação inadequada, os tapetes soltos, os obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados etc.) no local de circulação, são alguns dos riscos comuns observados.

A investigação tem demonstrado que 1/3 das pessoas com mais de 65 anos de idade sofre quedas no domicílio (Barraf et al., 1997, cit. por Pereira et al., 2001). As pessoas com mais de 65 anos que já foram vítimas de quedas apresentam maior probabilidade de voltar a sofrer quedas. De acordo com vários estudos, mais de 2/3 dos idosos que sofreram uma queda voltam a cair nos meses seguintes.

As quedas constituem a principal causa de acidentes nos idosos. A maior parte dos casos ocorre no domicílio, sendo as quedas responsáveis por 70% das mortes acidentais neste grupo de cidadãos e a 6.<sup>a</sup> causa de morte nos idosos, segundo o estudo de Edelberg (2001).

Os resultados do estudo de Petronilho (2007), relativamente ao autocuidado, nomeadamente na técnica de transferência, na técnica de posicionamento e na prevenção de quedas, demonstram que 2/3 dos familiares cuidadores têm défices de competências para responder eficazmente às necessidades dos doentes dependentes.

No nosso estudo, verificámos que, dos 151 dependentes avaliados, quanto ao número de quedas no último mês, 39 (25,83%) tinham tido, pelo menos, uma queda. Neste quadro, somos levados a dizer que uma em cada quatro pessoas dependentes teve uma queda no mês que antecedeu a recolha de dados.

No universo dos 39 dependentes que foram vítimas de quedas, verificamos um total de 68 episódios de queda, o que nos dá um número médio de 1,74 quedas por dependente, durante o mês.

#### **4.2.1.9 Compromissos dos processos do sistema nervoso – orientação e memória**

Os resultados respeitantes aos compromissos do "processo do sistema nervoso" focam-se em indicadores relativos aos compromissos da memória e da orientação, os quais se concretizam em: sabe em que mês está; sabe em que terra vive; repete três palavras; faz cálculos simples; e, identifica objetos comuns.

Segundo Souza (2007), com o passar dos anos, as células, os órgãos e os sistemas do corpo humano começam a apresentar défices, havendo perdas no seu bom funcionamento. Assim, é necessário que um estudo integral avalie a linguagem, a coordenação motora, as condições preceptivas sensoriais, a capacidade de abstração, o raciocínio, a atenção, a linguagem, o cálculo e a memória (especialmente a de curto prazo).

Neste sentido, procuramos avaliar junto das pessoas dependentes a sua função cognitiva. Os resultados obtidos revelaram que um número apreciável de pessoas não sabia em que mês estava (31,8%) nem conseguia fazer cálculos simples (30,3%), como se pode observar na tabela seguinte.

<b>Compromissos dos processos do sistema nervoso</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>
<i>Identifica objetos comuns (relógio)</i>	121 (81,8%)	27 (18,2%)	148 (100%)
<i>Sabe em que terra vive</i>	113 (76,4%)	35 (23,6%)	148 (100%)
<i>Repete três palavras (pera, gato e bola)</i>	112 (75,7%)	36 (24,3%)	148 (100%)
<i>Sabe em que mês está</i>	101 (68,2%)	47 (31,8%)	148 (100%)
<i>Faz cálculos simples</i>	99 (69,7%)	43 (30,3%)	142 (100%)
<b>Evidências da alteração do estado mental (agregado)</b>	50 (33,6%)	99 (66,4%)	149 (100%)

Tabela 27 - Indicadores dos compromissos dos processos do sistema nervoso

É importante referir que cerca de 1/3 dos dependentes avaliados (99/149) apresentavam, pelo menos, um dos compromissos da memória e / ou orientação estudados; o mesmo é dizer: apresentavam “evidências da alteração do estado mental”.

Cuidar de idosos e dependentes com quadros de compromisso das funções cognitivas constitui um desafio enorme para as famílias (Sequeira, 2010), pelo que os cuidados de enfermagem jogam um papel decisivo de suporte às famílias cuidadoras.

#### **4.2.1.10 Síntese**

Nesta fase, importa produzir uma síntese acerca da condição de saúde dos dependentes integrados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto (Tabela 28).

<b>Síntese – Condição de saúde dos dependentes inseridos nas famílias clássicas do concelho do Porto</b>		
<b>Dimensões</b>	<b>Presença</b>	<b>Total</b>
<i>Compromisso do movimento articular</i>	84 (63,2%)	133 (100%)
<i>Compromisso do processo do sistema nervoso</i>	50 (33,6%)	149 (100%)
<i>Compromisso do padrão geral de higiene e asseio</i>	28 (21,4%)	131 (100%)
<i>Compromisso de vestuário deficiente</i>	25 (19,1%)	131 (100%)
<i>Compromisso do status do volume de líquidos - desidratação</i>	23 (17,7%)	130 (100%)
<i>Compromisso da integridade dos tecidos corporais</i>	18 (15,5%)	116 (100%)
<i>Compromisso dos processos respiratórios</i>	10 (7,6%)	131 (100%)
<i>Compromisso do status nutricional</i>	7 (5,3%)	131 (100%)

Tabela 28 - Síntese da condição de saúde dos dependentes inseridos nas famílias clássicas do concelho do Porto

Desde logo, devemos destacar, como facto mais relevante, a circunstância de quase 2/3 dos dependentes estudados apresentarem, pelo menos, uma articulação anquilosada.

Por outro lado, cerca de 1/3 dos dependentes apresenta algum compromisso ao nível das funções cognitivas. As más condições de higiene, vestuário e a desidratação atingem, aproximadamente, um em cada cinco dependentes.

Os compromissos da limpeza das vias aéreas e a desnutrição são as condições com menor expressão, apesar de relevantes.

#### **4.2.2 Exploração da influência das variáveis de atributo do dependente sobre a sua condição de saúde**

Após ter apresentado e discutido os resultados que nos permitiram caracterizar a condição de saúde dos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto, consideramos ser oportuno explorar a forma como as variáveis de atributo dos dependentes influenciam a sua condição de saúde. Importa referir que, no contexto do projeto alargado que integrará todos os contributos dos microprojectos como o nosso, a influência das variáveis relativas às famílias e aos familiares cuidadores, sobre a condição de saúde dos dependentes, será devidamente explorada.



No trabalho aqui empreendido, de cariz exploratório, analisámos todas as possíveis associações entre as variáveis. Aqui, fazemos referência a aspetos com significado estatístico, mas também referimos alguns aspetos que apesar de não terem significado estatístico, são, de alguma forma, relevantes na compreensão da problemática. É certo que no quadro do macroprojecto em que se integrou o nosso estudo, esta abordagem exploratória terá, ainda, maior profundidade.

Nesta abordagem tivemos necessidade de utilizar procedimentos de estatística inferencial, para dessa forma estudar possíveis associações entre as variáveis de atributo dos dependentes e a(s) variável(eis) central(ais) – a condição de saúde dos dependentes. Para isso, dada a natureza das variáveis em estudo, recorremos a testes não paramétricos, nomeadamente ao teste de U *Mann Whitney* e o teste de Qui-Quadrado. O nível de significância adotado foi, de acordo com aquilo que está convencionado, utilizado no estudo foi de 0,05 ( $p < 0,05$ ). Ou seja, assumiu-se que a probabilidade de uma associação observada seria encontrada, ao acaso, somente em cinco vezes em cem.

Realizámos testes estatísticos adequados para avaliar as associações entre as variáveis de atributo e a condição de saúde dos dependentes no autocuidado.

Para estudar a associação entre os principais aspetos da condição de saúde dos dependentes (com base na agregação que apresentamos na síntese) e as variáveis de atributo do tipo nominal (ex.: motivo da dependência) recorremos ao teste de Qui-quadrado.

O teste do Qui-Quadrado serve para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica; ou seja, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica (Maroco, 2007; Pestana e Gageiro, 2008). De acordo com os referidos autores, o teste do Qui-Quadrado de *Pearson* só pode ser aplicado com rigor quando se verificam determinadas condições: tamanho da amostra superior a 20; todas as células terem frequências esperadas superiores ou iguais a 5. Quando algum destes pressupostos não se verifica, nomeadamente aquele relativo às frequências esperadas, em tabelas do tipo “2 x 2”, pode ser usada a prova exata de Fisher, como alternativa ao teste de Qui-quadrado.

Quando os pressupostos anteriormente referidos, na aplicação do teste do Qui-Quadrado de *Pearson* não são satisfeitos, podemos recorrer a outros testes, designadamente o teste exato de *Fisher* (Hill e Hill, 2002; Maroco, 2007; Pestana e Gageiro, 2008). Este último é um teste eficaz quando se pretende comparar duas

amostras independentes de pequena dimensão, quanto a uma variável nominal dicotómica, agrupadas em tabelas de contingência do tipo 2x2 (Maroco, 2007).

Ao explorar a associação entre os diferentes motivos da dependência e a condição de saúde, encontramos alguns resultados com significado estatístico.

Com efeito, dos 23 dependentes que têm sinais de desidratação, a maior parte (69,57%) teve como motivo da dependência a doença crónica; inferência baseada no resultado da prova exata de *Fisher* ( $p=0,021$ ).

		Motivo da dependência do DF: doença crónica		Total	Valor de $p$
		Sim	Não		
Compromisso do status do volume líquidos - desidratação	Sim	16	7	23	$p = 0,021$ (Prova exata de <i>Fisher</i> )
	Não	43	59	102	
Total		59	66	125	

Tabela 29 - Resultados da prova exata de Fisher, relativamente ao compromisso do status do volume de líquidos - desidratação em função do motivo de dependência: doença crónica

Quanto às diferenças encontradas nos casos com evidências de desnutrição, o resultado do teste exato de *Fisher*, revela haver uma diferença com significado estatístico ( $p=0,041$ ). Assim, dos sete (7) casos com evidências de desnutrição, todos tinham como motivo da dependência o envelhecimento.

		Motivo da dependência do DF: envelhecimento		Total	Valor de $p$
		Sim	Não		
Compromisso do status nutricional	Sim	7	0	7	$p = 0,041$ (Prova exata de <i>Fisher</i> )
	Não	68	51	119	
Total		75	51	126	

Tabela 30 - Resultados da prova exata de Fisher, relativamente ao compromisso do status nutricional em função do motivo de dependência do DF: envelhecimento

De acordo com o resultado do teste de Qui-quadrado, dos 80 casos em que foi possível estudar a associação entre o motivo da dependência – envelhecimento – e a existência de, pelo menos, uma articulação com rigidez articular, foi possível constatar

que 67,5% daqueles casos eram pessoas que tinham ficado dependentes em resultado do envelhecimento ( $p= 0,028$ ).

O envelhecimento do sistema osteoarticular é uma característica do envelhecimento, sendo daquelas que mais sinais e sintomas apresenta. As alterações a este nível estão bem presentes na prevalência de dores articulares na coluna vertebral e nas ancas, que se tornam muito frequentes após os 40 anos, e que são quase inevitáveis após os 60, como refere Rossi (2008).

		Motivo da dependência do DF: envelhecimento		Total
		Sim	Não	
Compromisso do movimento articular	Sim	54	26	80
	Não	23	25	48
Total		77	51	128

Tabela 31 - Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente ao compromisso do movimento articular em função do motivo de dependência do DF: envelhecimento

Em linha com aquilo a que atrás aludimos, os resultados obtidos pela utilização do teste de Qui-Quadrado de *Pearson*, mostram que, quando a dependência é provocada por um evento súbito, como um acidente, a percentagem de casos com rigidez articular é menor ( $p= 0,015$ ).

		Motivo da dependência do DF: acidente		Total
		Sim	Não	
Compromisso do movimento articular	Sim	16	63	79
	Não	2	44	46
Total		18	107	125

Tabela 32 - Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente ao compromisso do movimento articular em função do motivo de dependência do DF: acidente

O resultado obtidos pela utilização do teste exato de *Fisher*, revela haver um valor estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ), na associação entre as variáveis do motivo de dependência: envelhecimento e a condição de saúde higiene e asseio deficiente.

		Motivo da dependência do DF: acidente		Total	Valor de $p$
		Sim	Não		
Compromisso do padrão geral de higiene e asseio	Sim	10	16	26	$p < 0,001$ (Prova exata de <i>Fisher</i> )
	Não	8	89	97	
Total		18	105	123	

Tabela 33 - Resultados da prova exata de Fisher, relativamente ao compromisso do padrão geral de higiene e asseio, em função do motivo de dependência do DF: acidente

Na realidade, dos 26 casos que apresentavam más condições de higiene e asseio, a maioria não tinha ficado dependente fruto de um acidente. Os dados que temos vindo a apresentar revelam uma tendência: as condições de saúde que podem ser consideradas como “piores” surgem associadas a motivos da dependência que sugerem uma instalação gradual.

Em linha com aquilo que reportamos nos parágrafos anteriores, através da prova exata de Fisher, verificámos que dos 24 casos que apresentavam uma condição de vestuário deficiente, a maioria (66,67%) não tinha como motivo da dependência os acidentes ( $p = 0,008$ ).

		Motivo da dependência do DF: acidente		Total	Valor de $p$
		Sim	Não		
Compromisso do padrão geral de higiene e asseio - vestuário deficiente	Sim	8	16	24	$p = 0,008$ (Prova exata de <i>Fisher</i> )
	Não	10	89	99	
Total		18	105	123	

Tabela 34 - Resultados da prova exata de Fisher, relativamente ao compromisso do padrão geral de higiene e asseio - vestuário deficiente, em função do motivo de dependência do DF: acidente

O resultado obtido pela utilização do teste de Qui-Quadrado de *Pearson*, ao estudarmos a associação entre o motivo da dependência ser uma doença aguda e a ocorrência de rigidez articular, reforçam aquilo que temos vindo a dizer. É um facto que, dos 78 casos estudados com evidências de rigidez articular, cerca de 77% não se

tornaram dependentes no autocuidado fruto de uma doença de caráter agudo. Quer dizer, são pessoas que transitaram para uma condição de dependência em resultado de fenómenos mais lentos e graduais ( $p=0,047$ ).

		Motivo da dependência do DF: doença aguda		Total
		Sim	Não	
Compromisso do movimento articular	Sim	18	60	78
	Não	18	27	45
Total		36	87	123

Tabela 35 - Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente ao compromisso do movimento articular em função do motivo de dependência do DF: doença aguda

No estudo inferencial que realizámos, utilizámos o teste U de *Mann-Whitney* para explorar a natureza e o significado das diferenças nas variáveis de atributo dos dependentes mensuradas numa escala quantitativa (ex. idade, tempo de dependência, número de fármacos nas tomas diárias...), em função da existência (ou não) de evidências de compromissos nas principais dimensões que nos permitiram caracterizar as condições de saúde dos dependentes no autocuidado.

Utilizamos o teste de *Mann-Whitney* depois de termos verificado a existência de requisitos para utilizar o teste t de *Student*. (O teste U de *Mann-Whitney* é uma boa alternativa não paramétrica ao teste t de *Student*, segundo os autores Pestana e Gageiro (2008).

Naquilo que se reporta à existência de evidências de desnutrição, apesar do reduzido número de casos, os resultados obtidos através do teste de *Mann-Whitney* revelaram algumas diferenças com significado estatístico.

Assim, nas pessoas dependentes há menos de um ano, verificou-se que os dependentes com evidências de desnutrição estavam dependentes há mais meses ( $p=0,001$ ; *Mean ranks* – 75,08 vs 46,73).

Estes resultados alinham com o descrito por Driscoll (2000); este autor constatou que 70% dos familiares cuidadores não receberam informação acerca da dieta adequada para os familiares dependentes. Ou seja, a falta de informação acerca da alimentação adequada e adaptada ao dependente compromete o seu *status* nutricional.

Os resultados obtidos pela utilização do teste de *Mann-Whitney* revelaram que os dependentes que tinham evidências de desnutrição eram aqueles que usavam uma maior variedade de fármacos diários ( $p= 0,036$ ; *Mean ranks* – 90,00 vs 59,49). Na mesma linha, os dependentes com sinais de desnutrição eram aqueles que usavam um maior número de fármacos por dia ( $p= 0,001$ ; *Mean ranks* – 105,83 vs 57,57).

Também verificámos que os dependentes com evidências de desnutrição eram aqueles que tinham um número de internamentos no último ano mais elevado ( $p= 0,031$ ; *Mean ranks* – 89,43 vs 63,60).

Como refere Soares (1994), a ingestão alimentar do idoso pode ser influenciada por alterações do apetite. Os efeitos laterais adversos dos fármacos ao nível gastrointestinal podem influenciar a ingestão de alimentos. Por exemplo, muitos fármacos anti-neoplásicos podem causar anorexia.

Um estudo realizado em São Paulo, quanto ao uso de medicamentos pelos idosos, diz-nos que, o uso simultâneo de múltiplos fármacos (polifarmácia), predispõe à ocorrência de interações medicamentosas. Alterações fisiológicas, reações atípicas a fármacos, prescrições inadequadas e não observância adequada dos esquemas terapêuticos podem contribuir para a maior toxicidade medicamentosa no idoso. Naquele estudo, aproximadamente 19% das admissões hospitalares entre pacientes idosos deviam-se a reações adversas a fármacos.

Foi interessante verificar que, no caso particular das evidências de rigidez articular, os casos com esta complicação, quando comparados com aqueles que não a evidenciavam, eram os que tomava menos fármacos por dia ( $p= 0,031$ ; *Mean Ranks* – 56,34 vs 70,65). O resultado obtido pode apontar, de alguma forma, para a circunstância da rigidez articular, ao contrário, por exemplo da desnutrição ou da desidratação, ser uma situação de perfil “não agudo” e com fraco potencial de tratamento com medicamentos. Na realidade é uma complicação que em muito depende, para efeitos da sua prevenção, de cuidados de enfermagem, que não passam pela administração de fármacos.

No que se reporta às evidências de desidratação, através dos resultados da estatística U de *Mann-Whitney*, verificámos algumas diferenças com significado estatístico, entre os dependentes com desidratação e os demais.

Constatámos que os dependentes com evidências de desidratação (no momento da colheita de dados), quando comparados com os que não demonstravam aquela complicação, eram os que tomavam um maior número de fármacos por dia ( $p= 0,013$ ; *Mean Ranks* – 76,21 vs 55,88), também porque, provavelmente devido à desidratação, eram aqueles que estavam em pior condição de saúde. Foi interessante verificar, ainda, que as pessoas com sinais de desidratação foram as que tiveram um número de internamentos hospitalares (no último ano) mais elevado ( $p= 0,007$ ; *Mean Ranks* – 80,17 vs 61,07).

No estudo realizado, foi surpreendente verificar que as diferenças na idade dos dependentes, não eram estatisticamente significativas, em função da existência de evidências de compromissos ao nível das principais condições de saúde. Poderia existir a expectativa que as pessoas mais velhas fossem aquelas com pior condição de saúde. Com efeito, apenas naquilo que se reporta aos compromissos respiratórios isso aconteceu. Na realidade, os dependentes com sinais de compromisso respiratório eram mais velhos, quando comparados com aqueles sem aquela complicação ( $p= 0,01$ ; *Mean ranks* – 95,75 vs 63,54).

No que se refere à existência de condições de vestuário deficiente, foi-nos possível observar diferenças com significado estatístico no âmbito da utilização dos serviços de saúde hospitalar dos dependentes.

Os dependentes com condições de vestuário deficiente tiveram um maior número de internamentos no último ano ( $p= 0,038$ ; *Mean ranks* – 76,46 vs 62,25) e de episódios de recurso aos serviços de urgência ( $p< 0,001$ ; *Mean ranks* – 86,94 vs 59,73).

Naquilo que diz respeito aos compromissos do estado mental ou dos processos do sistema nervoso (orientação e memória) e da integridade dos tecidos cutâneos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis de atributo dos dependentes, mensuradas numa lógica quantitativa.

Um dos aspetos centrais deste estudo radicava no nível de dependência no autocuidado, das pessoas dependentes integradas no seio das famílias clássicas do concelho do Porto. Neste contexto, interessou-nos explorar a associação entre as principais dimensões que utilizámos para caracterizar as condições de saúde dos dependentes e o seu nível de dependência. Para efeitos deste relatório, sem prejuízo

daquilo que está a ser feito no relatório do projeto alargado onde estivemos inseridos, optámos por considerar o nível global de dependência no autocuidado, que apresentámos, aquando da caracterização da amostra dos dependentes. Nesse ponto do relatório, vimos que o “nível global de dependência no autocuidado” era uma medida ordinal, que resultava da leitura conjunta dos múltiplos indicadores de dependência utilizados no estudo, nas diferentes (sub)escalas de avaliação da dependência nos vários domínios do autocuidado.

Assim, procedemos à computação do teste de Qui-quadrado, para estudar a associação entre o nível de dependência global no autocuidado e as principais dimensões que nos serviram para caracterizar a condição de saúde dos dependentes. Devido à existência de células com frequências esperadas inferiores a 5, não nos devemos pronunciar acerca do significado estatístico dos resultados. Assim, apresentamos a tabela seguinte, que nos permite, desde logo, perceber que é nos níveis mais marcados ou acentuados de dependência no autocuidado que se concentra a maioria dos casos com evidências das complicações que estivemos a estudar.



<b>Nível global de dependência</b>					
<b>Dimensões vs. Níveis de dependência</b>	<b>Não participa</b>	<b>Nec. ajuda pessoas</b>	<b>Nec. equipamento</b>	<b>Independente</b>	<b>Total</b>
<b>Compromisso do status do volume de líquidos - desidratação</b>	6 (26,09%)	17 (73,91%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
<b>Compromisso do status nutricional</b>	4 (57,14%)	3 (42,86%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)
<b>Compromisso do movimento articular</b>	13 (15,48%)	60 (71,43%)	10 (11,90%)	1 (1,19%)	84 (100%)
<b>Compromisso da integridade dos tecidos corporais</b>	7 (38,89%)	11 (61,11%)	0 (0%)	0 (0%)	18 (100%)
<b>Compromisso dos processos respiratórios</b>	4 (40%)	6 (60%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (100%)
<b>Compromisso do padrão geral de higiene e asseio</b>	5 (17,8%)	22 (78,6%)	0 (0%)	1 (3,6%)	28 (100%)
<b>Compromisso do padrão geral de higiene e asseio - vestuário deficiente</b>	2 (8%)	23 (92%)	0 (0%)	0 (0%)	25 (100%)
<b>Compromissos dos processos do sistema nervoso</b>	14 (28%)	36 (72%)	0 (0%)	0 (0%)	50 (100%)

Tabela 36 – Distribuição dos casos com evidências de compromissos na condição de saúde pelos níveis de dependência no autocuidado

Não restam dúvidas que são os casos que são completamente dependentes e “não participam” nas atividades de autocuidado e aqueles que “necessitam da ajuda de uma pessoa”, o mesmo é dizer de um familiar cuidador, aqueles que apresentam pior condição de saúde.

Assim, desenvolver processos terapêuticos orientados para a manutenção das melhores condições de saúde dos dependentes, mais do que tratar das complicações emergentes, passa por preservar a máxima autonomia nas capacidades de desempenho no autocuidado.

## 5 Conclusões

O percurso de investigação realizado inscreve-se no âmbito de uma área problemática com grande relevância, pertinente e atual para a prática clínica dos enfermeiros – a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado, neste particular, inseridas no seio das famílias clássicas do concelho do Porto. No âmbito do projeto alargado em que estivemos inseridos, foi possível constatar que cerca de uma em cada dez famílias clássicas integravam um dependente no autocuidado.

Assistir e apoiar as famílias a tomarem conta dos seus dependentes é um aspeto central do exercício profissional dos enfermeiros. Na realidade, de acordo com Meleis e colaboradoras (2000), as transições associadas à instalação de dependência no autocuidado e à assunção do papel de familiar cuidador

O envelhecimento populacional contribui para o aumento da incidência de doenças degenerativas e crónicas que conduzem ao aumento de casos de pessoas dependentes no autocuidado (INE, 2012). Aliado a isto, o progresso científico também produz alterações nas condições e nas formas de vida, aumentando os fatores de risco do indivíduo, como por exemplo, os acidentes de trabalho e de viação, colaborando com o aparecimento de situações incapacitantes a curto ou longo prazo e, por conseguinte, dependência no contexto familiar.

A promoção da autonomia no autocuidado e a promoção das competências dos MFPC aos dependentes no autocuidado, como vimos, são alicerce fundamental para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001; Pereira, 2007, Silva, 2007).

A instalação de uma condição de dependência no autocuidado ou, se quisermos, de perda de autonomia funcional, com grande frequência, cria condições que colocam as pessoas dependentes numa situação de maior vulnerabilidade para a ocorrência de um conjunto de “complicações”, que comprometem o seu estado ou “condição de saúde”. Neste domínio, podemos referir aspetos como as úlceras de pressão, os compromissos articulares ou as situações de desidratação.

A condição de saúde dos dependentes, tendo em consideração os aspetos que referimos atrás, pode ser entendida como um excelente indicador da qualidade dos cuidados que são prestados àqueles dependentes. Aqui, referimo-nos, quer aos cuidados assegurados por familiares cuidadores quer aqueles assegurados pelos diferentes serviços de saúde.

A condição de saúde é influenciada por diversos fatores, entre eles as características sociodemográficas, tanto do dependente como do MFPC, assim como comportamentos de procura de saúde, como refere Baumann et al (2009). Todavia, somos de opinião que a mesma condição é, também e decisivamente, influenciada pelos cuidados de enfermagem.

Os resultados do estudo que realizámos tornam evidente que, do universo das pessoas dependentes inseridas no seio das famílias clássicas do concelho do Porto, cerca de 2/3 (63,2%) têm, pelo menos, uma articulação com compromisso da sua amplitude. Se pensarmos nas implicações que tais compromissos podem acarretar para as capacidades de desempenho no autocuidado, facilmente compreendemos o facto de a larga maioria dos dependentes estudantes serem “grandes dependentes”. Por outro lado, os nossos resultados demonstram que cerca de 33% dos dependentes eram pessoas com alterações ao nível da memória e orientação, o que, com toda a certeza, aumenta as dificuldades sentidas pelas famílias ao cuidarem dos seus dependentes.

Julgamos que é importante assinalar o facto de cerca de 20% dos dependentes terem apresentado más condições de higiene e asseio e vestuário. Em linha com estes achados, é importante assinalar que quase 18% dos casos evidenciarem sinais de desidratação e cerca de 15% úlceras de pressão; o que configura quadros de “má condição de saúde”.

Os resultados deste estudo revelaram, ainda, que dos 151 dependentes avaliados, quanto à ocorrência de quedas, 39 dependentes (25,83%) tinham tido, pelo menos, uma queda, no mês que antecedeu a colheita de dados.

Este estudo, como fica claro, esteve focado na condição de saúde das pessoas dependentes. Os resultados que emergiram do percurso realizado, em traços gerais, mostram que as pessoas com níveis mais marcados dependência eram aquelas com pior condição de saúde. A dependência, em muitos casos será causa dos compromissos da condição de saúde mas, com toda a certeza, muitas vezes também será sua consequência.

A enfermagem não pode manter-se afastada do percurso de mudança da sociedade. Os desafios que atualmente se colocam à profissão de enfermagem exigem uma nova atitude profissional e institucional. Acreditamos que a progressiva expansão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados poderá ajudar-nos a construir respostas

cada vez mais efetivas à prestação de cuidados a dependentes inseridos no seio das famílias clássicas.

Os resultados deste estudo podem constituir um contributo importante para o planeamento em saúde, numa época em que um dos principais ativos da gestão e, neste caso, governação em saúde é a informação, válida e fiável.

Os opções metodológicas adotadas, bem como os procedimentos que delas derivaram, na nossa opinião, permitiram aportar relevância e fiabilidade ao conhecimento que resultou deste percurso de investigação.

Com efeito, importa salientar que, em Portugal, não existem muitos estudos que nos informem sobre a condição de saúde dos dependentes no autocuidado, que se encontram no domicílio, ao cuidado de familiares cuidadores. Neste particular, o nosso estudo é, na nossa opinião, um contributo singelo mas valioso para o avanço da enfermagem.

## 6 Referências Bibliográficas

AMENDOEIRA, J. - *Enfermagem, Disciplina do Conhecimento*. Coimbra. Revista Sinais Vitais. n.º 67 (2006), p.19-27.

ANAYA J et al. - *Estudio epidemiológico de las lesiones por presión en un hospital público*. Gerokomos/Helcos; 11(2000):p. 102-110.

ARAÚJO, F.; RIBEIRO, J.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C. – Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 25, n.º 2 (Julho – Dezembro 2007), p. 59 – 66.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. - Cuidar de Idosos Dependentes no Domicílio: Desafios de Quem Cuida. *Ciência Cuidar Saúde*, (Abril-Junho 2009) p. 191-197.

AZEVEDO, P.; SOUSA, P. - *Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados*.2012.

BACKMAN, K.; HENTINEN, M. – Factors associated with the self-care of homedwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 15, n.º 3 (2001), p. 195 – 202.

BACKMAN, K; HENTINEN, M. - Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, n.º 3 (setembro 1999), p.564 - 572.

BARAFF, L.; PENNA, R.; WILLIAMS, N.; SANDERS, A. - *Practice guideline for the management of falls in community-dwelling elderly persons*. Annual Emergence Medcare, v. 30, n. 3 (1997), p. 480-489.

BAUMANN, C.; RAT, A.; OSNOWYGCZ, D.; MAINARD, D.; CUNY,, C., & GUILLEMIN, F. - Satisfaction with care after total hip or knee replacement predicts self-perceived health status after surgery. *Biomedcentral*, (2009) 10 (150), p.182-188.

BEAUCHAMP, T. e CHILDRESS, J. - *Princípios de Ética Biomédica*. (4ed.) São Paulo: Edições Loyola.2002.

BEYTH, R.; SHORR, R. - Epidemiology of adverse drug reactions in the elderly by drug class. *Drug and Aging*, 1999; 14(3), p. 231-239.

BERGER, L.; MAILLOUX–POIRRIER, D. - *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BERGQUIST S.; FRANTZ R. - *Pressure ulcers in community based older adults receiving home care: Prevalence, incidence, and associated risk factors*. *Adv Wound Care*;12 (1999), p.339–351.

BOTELHO, A. – A Funcionalidade dos idosos. In PAÛL, C.; FONSECA, A. – *Envelhecer em Portugal: Climepsi*, 2005, p. 111 – 115.

BOWLES, K. - *Patient problems and nurse interventions during acute care and discharge planning*. Journal of Cardiovascular Nursing (2000), 14(3), p. 29-41.

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

CAMARGOS, M.; MACHADO, C.; RODRIGUES, R. - Expectativa de vida para idosos brasileiros em 2003, segundo diferentes níveis de incapacidade funcional. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 24, n.º 4 (Abril 2008), p. 845 – 852.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R.– Estratégias da Família Utilizadas no Cuidado ao Idoso com condição Crónica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5 (2006), p.119-126.

CARRILHO, M. J.; GONÇALVES, C. – Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento. Análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001, 2006. Disponível em: [www.advita.pt](http://www.advita.pt).

DECRETO-LEI N.º101/2006 Diário da República I Série – A N.º109 (2006-06-06). Disponível em URL:<http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao.htm>

DIOGO, M. - *Avaliação global do idoso*. In: DUARTE, Y. A. O. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 145-170.

DRISCOOL, A. - Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carers perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5) (2000), p. 1165-1173.

DUQUE, H. – *O doente dependente no autocuidado – estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Novembro 2009.

EDELBERG, H. – *How to prevent falls and injuries in patients with impaired mobility*. *Geriatrics*. Vol. 56, n.º 3 (2001), p. 41.

FERREL, B.; JOSEPHSON, K.; NORVID, P; ALCORN, H. - *Pressure ulcers among patients admitted to home care*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49 (2000). p.1042-1047.

FICK D.; COOPER J.; WADE W.; WALLER J.; MACLEAN J. & BEERS M. - *Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*. *Arch Intern Med*, 2003. p 163.

- FIEDLER, M.; PERES, K. – Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 24, n.º 2 (Fevereiro 2008), p. 409–415.
- 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.
- FODDY, W. - *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editor, 1996.
- FORTIN, M. – *O processo de investigação: da conceção à realização*. 1ªed. Loures: Lusociência, 1999.
- FORTIN, M. [et al] – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- FOSTER, P.; JANSSENS, N. In: GEORGE, J. et al. - *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 7, p. 90-107.
- GEORGE, J. - *Teorias de Enfermagem: os Fundamentos à Prática Profissional* (4.ªed.). Artmed. Porto Alegre, 2000.
- GIL, A. - *Métodos e técnicas da pesquisa social* (5.ª Ed.). São Paulo: Editora Atlas, S. A., 1999.
- GIL, A. – *Como elaborar projetos de pesquisa*.4.ªed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.
- GOMES, F. - *Avaliação nutricional em idosos cronicamente acamados*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde - Universidade de Aveiro, 2008.
- HALFENS R.; BOURS G.; BRONNER C. - *The impact of assessing the prevalence of pressure ulcers on the willingness of health care institutions to plan and implement activities to reduce the prevalence*. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2001):p.617-625.
- HEIKKINEN, R. - *Mental health of older people*. WHO. European Ministerial Conference of Mental Health. Facing the challenges, Building Solutions. 2004.
- HILL, M.; HILL, A. - *Investigação por questionário*. 2. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2002.
- HOOGERDUIJN, J.; SCHUURMANS, M.; DUIJNSTEE, M.; ROOIJ, S.; GRYPDONCK, M. – A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk of functional decline. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 16, n.º 1 (Janeiro 2006), p. 46–57.

IMAGINÁRIO, C. – *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau: formação e saúde, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Projeção da população residente 2000-2050*. Lisboa, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Setenta anos: o Instituto Nacional de Estatística ao serviço da Sociedade Portuguesa*. Lisboa, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Inquérito Piloto dos Censos 2011. XV Recenseamento Geral da População e V Recenseamento Geral da Habitação. Documento metodológico. Versão: 1.0, 2009*.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Censos 2011: Resultados Pré-definitivos 2011*.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Nursing Matters; Nursing Research: A Tool for Action*, 1999.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *ICN Position Statement on Nursing Research*, 1999.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Classification for Nursing Practice – version 2.0, 2011* Disponível em: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-browsers/>.

JACQUES, M. – *Ser Idoso: Abordagem Psicossomática no contexto Institucional e Familiar*. Revista Sinais Vitais, 55 (2004), p.34-37.

KALTENHALER, E.; WHITFIELD, M.; WALTERS, S.; AKEHURST, R.; PAISLEY, S. UK, USA, and Canada - *How do their pressure ulcer prevalence and incidence data compare?* J Wound Care; 10 (2001):p.530-535.

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

LAGE, M. – *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar – Universidade do Porto, 2007.

LINO, V.; PEREIRA, S.; CAMACHO, L.; FILHO, S.; BUKSMAN, S. – *Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de vida diária (Escala de Katz) – Cadernos Saúde Pública*. Vol. 24, n.º 1 (Janeiro 2008), p. 103–112.



- LLERA, F. & MARTIN, J. - *Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico*. Barcelona: Masson, 1994.
- LOHRMANN, C.; DIJKSTRA, A.; DASSEN, T. – The Care Dependency Scale: An Assessment Instrument for Elderly Patients in German Hospitals. *Geriatric Nursing*, Vol. 24, n.º 1 (2003) p. 40–43.
- LOUREIRO, M. – *As atividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos – diagnóstico de situação*. Revista Geriatrics. Maio-Junho, Vol. 3, n.º 15 (2007), p. 50- 58
- LOURO, C. – *Transição do doente dependente do contexto hospitalar para família*. Revista de Ciências de Saúde de Macau. Vol. 8, N.º 4 (2008), p. 316-320.
- LWANGA, S.; LEMESHOW, S. – *Sample size determination in health studies*. Geneva, World Health Organization, 1991.
- MARCONI, M. & LAKATOS, E. – *Técnicas de Pesquisa*. 7.ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.
- MAROCO, J. - *Análise estatística: com utilização do SPSS*. 3. ed. Lisboa: Edições Sílabo. 2007.
- MARTINEZ - Las Úlceras por Presión: Una problemática prevenible. in Colectânea: Enfermagem e Úlceras por Pressão: *Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados*, GRUPO ICE. Angra do Heroísmo, 2008.
- MARTINS, J. – *Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. *Revista Pensar Enfermagem*. Vol. 12, n.º 2 (2.º sem. 2008), p. 62-66.
- MARTINS, M. – *A família, um suporte ao cuidar*. Revista Sinais Vitais, 50 (2003), p. 52- 56.
- MARTINS, R. - *A Dependência no Autocuidado no Seio das Famílias Clássicas do Concelho de Lisboa: Abordagem Exploratória à Dimensão do Fenómeno*. Lisboa: Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Avançada, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2011.
- MARTINS, T. – *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra: Formasau, 2006.
- MEEHAN M. & MORRISON Y. - *Report on the prevalence of skin ulcers in a home health agency population*. *Advances in Wound Care* 12 (1999), p.459–467.

- MELEIS, A. - *Theoretical Nursing: Development and progress*. 4.<sup>a</sup> ed.: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- MELEIS, A. – *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*: Springer Publishing Company, 2010.
- MELEIS, A.; SAWYER, L.; IM, E.; MESSIAS, D.; SHUMACHER, K. - Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23, (Setembro 2000), p. 12 – 28.
- MEZOMO, J.– *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. São Paulo: Ed. Manole, 2001.
- MISTIAEN, P.; DUIJNHOUWER, E.; WIJKEL, D.; BONT, M. & VEEGER A.. - *The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting*. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (1997), p.1233-1240.
- MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MASS, M. – *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 3.<sup>a</sup> ed.: Artmed, 2008.
- MORRISON, P. - *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.
- MURASHIMA, S.; NAGATA, S.; TOBA, K.; OUCHI, Y., & SAGAWA, Y. - *Characteristics of patients referred for discharge planning from a geriatric ward at a national university hospital in Japan: Implications for improving hospital programs*. *Nursing and Health Sciences* (2000), 2, p.153-161.
- NAYLOR, M.; BOWLES, K. & BROOTEN, D. - *Patient Problems and Advanced Practice Nurse Interventions During Transitional Care*. *Public Health Nursing*, 17 (2000), p. 94-102.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Divulgar*. Lisboa, Dezembro 2001.
- OREM, D. – *Nursing concepts of practice*. Boston: Mosby, 2001.
- OREM, D. – *Modelo de Orem. Conceptos de enfermagem en la practica*: Masson, 1993.
- OREM, D. – *Nursing concepts of practice*. 5.<sup>a</sup> ed.: Mosby, 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Active Ageing a Policy Framework*. Madrid, 2002. Disponível em URL: <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/>

PAIXAO, C.; REICHENHEIM, M. – Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 21, n.º.1 (Janeiro – Fevereiro 2005), p. 7–19.

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

PEREIRA, F. – *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2009.

PEREIRA, S., BUKSMAN S., PERRACINI M., PY L., BARRETO K., LEITE V. *Quedas em idosos*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001.

PEREIRA, S.; BUKSMAN, S.; PERRACINI, M.; PY, L.; BARRETO, K.; LEITE, V. - *Quedas em idosos*. São Paulo: SBGG, 2001. Projeto Diretrizes.

PESTANA, M.; GAGEIRO, J. - *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PETRONILHO, F. – A Transição da Família para o Exercício do Papel de Cuidadora, Programa de Doutoramento em Enfermagem Revisão Sistemática da Literatura, Universidade de Lisboa, 2008.

PETRONILHO, F. - A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um dependente no autocuidado: uma revisão de literatura. *Revista Investigação em Enfermagem* , p. 43-58, Fevereiro 2010.

PETRONILHO, F. - *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2012.

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

POLIT, D., & BECK, C. - *Nursing research: Principles and Methods* (7.ª Edição). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

POLIT, D.; & HUNGLER, B. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3.ª Edição). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5.ª Edição). Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 VOL II* (2004b). Disponível em URL <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/>

- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004a)*. Disponível em URL <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- POTTER, P. & PERRY, A. - *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimento*. Loures: Lusociência, 2006.
- POTTER, P. & PERRY, A. - *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. (4.ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- PROOT, I.; ABU-SADD, H.; OORSOUW, G.; STEVENS, J. – Autonomy in Stroke Rehabilitation: The Perceptions of Care Providers in Nursing Homes- *Nursing Ethics*. Vol. 9, n.º 1 (2002), p. 36 – 50.
- PROOT, I.; CREBOLDER, H.; ABU-SADD, H.; MEULEN, R. - *Autonomy in the rehabilitation of stroke patients in nursing homes. A concept analysis – Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 12, n.º3 (1998), p. 139 – 45.
- QUARESMA, I. - *O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2008.
- QUARESMA, M. - *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: Editora CESDET, 2004.
- QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. - *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações, 2008.
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 59/2002 – D. R. — I SÉRIE-B N.º69 (2002-03-22). Disponível em URL:<http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao.htm>
- RODRIGUES, A. - *Fatores Influenciadores dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão no serviço domiciliário*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2009.
- ROEHL, B.; TALATI, A. & PARKS, S. - *Medication Prescribing for Older Adults* (p. 14(6): p.33-39). *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 2006.
- ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A. - *Modelo de Enfermagem*. 3.ªed.: McGrawHill, 1995.
- ROSSI, E. - *Envelhecimento do sistema osteoarticular / Osteoarticular system aging*. Einstein (São Paulo), 2008; 6 (supl.1), p. 7-12.

- SANTOS, A. – *O familiar cuidador em ambiente domiciliário. Sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa 2005.
- SARAFINO, E. - *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 4ªed. New York, 2002.
- SEQUEIRA, C. – *Cuidar de idosos: Diagnósticos e intervenções*. Ed. Quarteto, 2007.
- SEQUEIRA, C. - *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel. Lisboa, 2010.
- SERRÃO, D.; NUNES, R. - *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, LDA, 1998.
- SHUMACHER, K., & MELEIS, A. - Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), p. 119-127, 1994.
- SHUMACHER, K.; JONES, P.; MELEIS, A. - Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice In SWANSON, E.; TRIPPREIMER, T. - *Life Transitions in the Older Adult: Issues for Nurses and Other Health Professionals*. New York: Springer Publishing Company, 1999.
- SHYU & LEE – *Predictors of nursing home placement and home nursing services utilization by elderly patients after hospital discharge in Taiwan*. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (4), 2002.
- SHYU, Y. - *The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample*. *Journal of Advanced Nursing*, 2000.
- SIDANI, S. - Self-care. In Diane Doran (2.ª Ed.) *Nursing Outcomes: The state of the science*. Jones & Bartlett Learning, 2001, p. 79-130.
- SILVA, A. – “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina – *Servir*. Vol. 55, n.º 1-2 (Janeiro – Abril 2007), p. 11 – 19.
- SILVA, A. – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- SILVA, J. – Quando a vida chegar ao fim. Loures: Lusociência, 2006.
- SILVA, M.; LOPES, M.; ARAÚJO, M.; MORAES, G. – Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Ata paulista de enfermagem*. Vol. 19, n.º2 (Abril – Junho 2006). p. 201 – 206.

SILVA, R. - *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto*: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto 2011.

SISTEMA DE SEGURANÇA INTERNA – *Relatório Anual de Segurança Interna 2009*.

Disponível em URL: [http://www.mai.gov.pt/data/actualidades%20destaques/destaques/2010/RASI%202009%20-%20PCM%2025MAR.%20\(Versao%20definitiva\).pdf](http://www.mai.gov.pt/data/actualidades%20destaques/destaques/2010/RASI%202009%20-%20PCM%2025MAR.%20(Versao%20definitiva).pdf)

SOARES, M. - *Efeitos dos Medicamentos no paladar e no olfacto*. Farmácia Portuguesa. Vol. 90 (1994). p.11-18.

SODERHAMN, O. - Self- care activity as a Structure: A Phenomenological Approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 7 (2000). p. 183 – 189.

SOLDEVILLA, J.; TORRA I BOU, J. - *Epidemiología de las úlceras por presión en España*. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. *Gerokomos/Helcos*. 10(1999): p.75-87.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO D.; CERQUEIRA, M. – *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 2.ª Edição. Lisboa: Âmbar, 2006.

SOUZA, R. - Anatomia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. *Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 35-42.

SPIERS, M. et. al - Variation in medication understanding among elderly. *Am J Health - System Phorm*, 2004; 61(15), p. 373-380.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. - *Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar*. *Rev Bras Enferm* (2005 jul-ago); 58(4):p.438-43.

THORODDSEN, A. - *Pressure sore prevalence: a national survey*. *Journal of Clinical Nursing*,; 8 (1999): p.170-179.

TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. - *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5.ª ed. Loures: Lusociência, 2004.

TORRA I BOU, JE. - *Epidemiología de las úlceras por presión o el peligro de una nueva torre de Babel*. *Rev. Rol de Enfermería*; 238 (1998), p.75-88.

WILLIAMS, M. et. al - The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. *Am Ger Soc*. 2004; 52(3), p. 3-98.

ZAGONEL, I. – O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana enfermagem*. Vol. 7, n.º3 (Jul. 1999), p. 25-32.

## **7 ANEXOS**

**Anexo I: Quadro de referência do Instituto Nacional de Estatística das famílias clássicas do concelho do Porto, por freguesia de residência**



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

Local de Residência	Famílias clássicas (N.º) por Local de residência
	Período de referencia dos dados 2001 N.º
Porto	100696
Aldoar	4770
Ronfim	11925
Campanhã	13786
Cedofeita	10269
Foz do Douro	4388
Lordelo do Ouro	7840
Massarelos	3089
Miraflores	1111
Nevogilde	1892
Paranhos	19294
Ramalde	13735
Santo Ildefonso	4512
São Nicolau	1075
Sé	1880
Vitória	1130

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

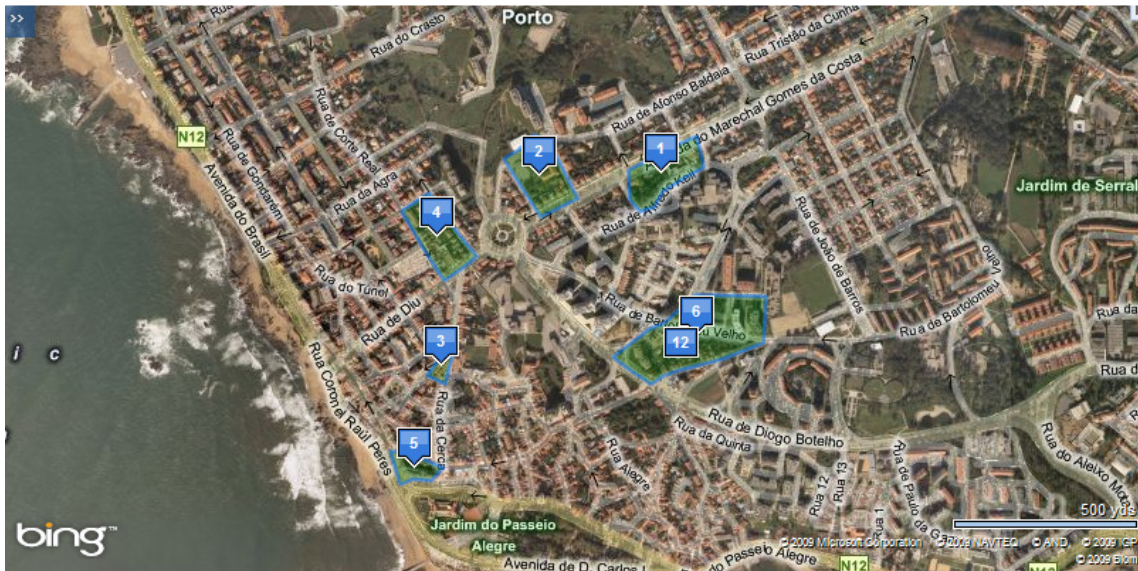
Última atualização destes dados: 15 de Maio de 2007

## **Anexo II: Distribuição das famílias a entrevistar por freguesias**

	<b>Nº de famílias total</b>	<b>Nº de famílias da amostra</b>
<b>Porto</b>	100696	2402
<b>Aldoar</b>	4770	114
<b>Bomfim</b>	11925	284
<b>Campanhã</b>	13786	329
<b>Cedofeita</b>	10269	245
<b>Foz do Douro</b>	4388	105
<b>Lordelo do Ouro</b>	7840	187
<b>Massarelos</b>	3089	74
<b>Miragaia</b>	1111	26
<b>Nevogilde</b>	1892	45
<b>Paranhos</b>	19274	460
<b>Ramalde</b>	13735	327
<b>Santo Ildefonso</b>	4512	108
<b>São Nicolau</b>	1075	26
<b>Sé</b>	1880	45
<b>Vitória</b>	1130	27

**Anexo III: Áreas geográficas por freguesias / links de acesso (BGRI)**

Exemplo: Foz do Douro



ALDOAR:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!147>

BONFIM:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!213>

CEDOFEITA:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!271>

CAMPANHÃ:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!225>

FOZ DO DOURO:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!159>

LORDELO DO OURO:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!127>

MASSARELOS:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!173>

MIRAGAIA:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!183>

NEVOGILDE:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!119>

PARANHOS:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!295>

RAMALDE:

<http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!189>

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 IV: Inquérito Preliminar**

CODIFICAÇÃO:

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

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO

#### INQUÉRITO PRELIMINAR

Aceita responder ao inquérito preliminar?  Sim  Não

Se não, porque:

Não quer  Não reside  Não pode  Não tem tempo  Outro

Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?

Sim  Não

Vive alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?

Sim  Não

Tem algum familiar directo internado num lar ou noutra instituição de saúde?

Sim  Não

Aceita responder ao inquérito?  Sim  Não

Se não, porque:

Não quer  Não reside  Não pode  Não tem tempo  Outro

#### ALOJAMENTO

Edifício de alojamento familiar

- Clássico: moradia  
 Clássico: apartamento  
 Clássico: outro tipo  
 Não clássico (barraca, móvel, improvisado)

Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)

- Muito grandes  Grandes  Médias  Pequenas  Nenhumas

Edifício com acessibilidade a PMC?  Sim  Não

Área útil    m<sup>2</sup>

N.º divisões

N.º ocupantes

Alojamento com:

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim                   | Não                   | 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





**PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO**

**Perfil 1**

- Prestador de cuidados
- Parente dependente institucionalizado
- Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

Coabita com o dependente?  Sim  Não

**Sexo**

- M
- F

**Idade**

**Estado civil**

- Casado/ União de facto
- Solteiro
- Viúvo
- Divorciado

**Nacionalidade**

- Portuguesa
- Não portuguesa (especificar)

**Nível de escolaridade**

- Nenhum
- Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)
- Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)
- Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)
- Ensino secundário (11 ou 12 anos)
- Ensino superior

**Parentesco**

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

**Profissão**

- Membros das forças armadas
- Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
- Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- Técnicos e profissionais de nível intermédio
- Pessoal administrativo e similares
- Pessoal dos serviços e vendedores
- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- Operários, artífices e trabalhadores similares
- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- Trabalhadores não qualificados
- Doméstico
- Desempregado
- Pensionista / Reformado
- Estudante
- Outra

**Perfil 2**

- Prestador de cuidados
- Parente dependente institucionalizado
- Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

Coabita com o dependente?  Sim  Não

**Sexo**

- M
- F

**Idade**

**Estado civil**

- Casado/ União de facto
- Solteiro
- Viúvo
- Divorciado

**Nacionalidade**

- Portuguesa
- Não portuguesa (especificar)

**Nível de escolaridade**

- Nenhum
- Ensino básico - 1.º ciclo
- Ensino básico - 2.º ciclo
- Ensino básico - 3.º ciclo
- Ensino secundário
- Ensino superior

**Parentesco**

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

**Profissão**

- Membros das forças armadas
- Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
- Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- Técnicos e profissionais de nível intermédio
- Pessoal administrativo e similares
- Pessoal dos serviços e vendedores
- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- Operários, artífices e trabalhadores similares
- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- Trabalhadores não qualificados
- Doméstico
- Desempregado
- Pensionista / Reformado
- Estudante
- Outra

**Anexo V: Formulário de colheita de dados (alargado)**



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, arifícios 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**

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência
- Outro

**Barras de apoio para banho**

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência
- Outro

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

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência
- Outro

**Cadeira higiénica**

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência
- Outro

**Elevador de banheira**

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência
- Outro

**Lava cabeças para acamados**

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência
- Outro

**Antiderrapante**

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência
- Outro



17099

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
**Calçadeira de cabo longo**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro
**Extensões para fechos de correr**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

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

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

**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

**AUTOCUIDADO: Alimentar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Prepara os alimentos para ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca o alimento nos utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com recipiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com os utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe por copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclui uma refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quantas refeições fornece ao seu familiar?   vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

- O dependente
- O prestador de cuidados
- O enfermeiro
- Serviço de refeições ao domicílio
- Outro

Normalmente, em que local o seu familiar faz as refeições?

- Na cama
- Na sala de jantar/cozinha
- Outro

Incentiva o seu familiar a comer sozinho?  Sempre  Às vezes  Nunca

Dá os alimentos à boca ao seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

**Abridor de frascos**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

**Adaptador de talheres**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

**Babete**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

**Copo adaptado**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

**Garfo flexível**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N





17099

<b><u>Mesa de comer na cama</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</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
<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
-----			
<b><u>Rebordo para prato</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</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
<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
-----			
<b><u>Suporte de copos</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</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
<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
-----			
<b><u>Suporte de palhinha para copo</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</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
<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

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"/>

**AUTOCUIDADO: Uso do sanitário**

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

Normalmente, em que local o seu familiar evacua?

- Fralda  Arrastadeira  Sanita  Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

- Fralda  Arrastadeira  Sanita  Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

- Dependente  Prestador de cuidados  Outro

Lava os genitais ao seu familiar depois das micções/dejecções?  Sempre  Às vezes  Nunca

Posiciona o seu familiar no sanitário?  Sempre  Às vezes  Nunca

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

**Alteador de sanita**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Arrastadeira**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Barra de apoio de sanitário**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Cadeira sanitária**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Cueca impermeável**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Colector urinário**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro



17099

<b>Fralda</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>Penso absorvente para incontinência</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>Penso higiénico</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>Resguardo</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>Saco de colostomia/ileostomia/urina</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>Urinol</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			

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

**AUTOCUIDADO: Elevar-se****Levantar parte do corpo**

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

Com que frequência senta o seu familiar?   vezes / dia

Incentiva o seu familiar a levantar-se (por de pé)?  Sempre  Às vezes  Nunca

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

Com que frequência levanta (por de pé) o seu familiar?   vezes / dia

**Almofada elevatória****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Apoio de cabeça anatómico****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Apoio de pés****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Barras paralelas e apoios da posição de pé****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

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

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

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

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

O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Outro

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

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



17099

11 / 18

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



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

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

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

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

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

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

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

O dependente    O prestador de cuidados    O enfermeiro    Outro

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

**Barra de apoio****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****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

**Cabeceira e pés da cama amovíveis****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

**Cama articulada****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 transferência****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

**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



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 acíves 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** 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

**Aspirador de secreções****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

**Caixa de comprimidos****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

**Caneta de insulina****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

**Corta comprimidos****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

**Máquina de pesquisas de glicemia capilar****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

**Nebulizador****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

**Oxigenoterapia****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

**Termómetro (para recisto de temperatura)****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

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

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



17099

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Supervisar as tomas de medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar efeitos secundários da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrar a medicação ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### CUIDADOS COMPLEMENTARES

Respeita a dieta aconselhada ao seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Quem decide a dieta do seu familiar?

O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro

Procede a ajustes na dieta em função das preferências?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Com que frequência dá água (líquidos) fora das refeições, ao seu familiar?  vezes / dia

Incentiva o seu familiar a beber água (líquidos) fora das refeições ao seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma incluir na dieta do seu familiar frutas/legumes?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o seu familiar tem dificuldade em deglutir?  Sempre  Às vezes  Nunca

Leva o seu familiar ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma fazer a pesquisa de fealomas?  Sempre  Às vezes  Nunca

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sempre  Às vezes  Nunca

**RECURSOS COMPLEMENTARES****Dispositivo de chamada****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Material de instrução e aprendizagem****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Prótese auditiva****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Telefone / telemóvel****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Pinça para alcançar objectos****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Suporte para cartas****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Enfia agulhas****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Outro 1 (especificar)**

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

**Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Outro 2 (especificar)**

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

**Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N



## OUTROS RECURSOS

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

Services de:

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente em casa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cuidados de higiene e conforto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cabeleireiro, manicure e esteticista
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio no tratamento da roupa do dependente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Confeção de refeições e apoio durante as mesmas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de medicamentos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de artigos alimentares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tele-assistência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	112 INEM
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Linha Saúde 24

Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento do trabalho
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimentos da propriedade e da empresa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio de desemprego
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros subsídios temporários
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento social de inserção
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensão / Reforma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cargo da família
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio social
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento solidário para idosos (RSI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Complemento de dependência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esmolas / donativos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra situação

## AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desidratação
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Olhos encovados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele seca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucosas secas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desnutrição
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magreza excessiva?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obesidade mórbida?
		IMC <input type="text"/> <input type="text"/>
		Que peso perdeu nos últimos três meses? <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da amplitude articular
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Joelho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Joelho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Dto (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Edo (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele comprometida
		Número de úlceras de pressão <input type="text"/> <input type="text"/>
		Localização úlceras
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Região sagrada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trocanter
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maléolo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Calcaneos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Feridas não tratadas / não cuidadas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eritema da fralda
		N.º de dejeções <input type="text"/> <input type="text"/> vezes / semana

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da limpeza das vias aéreas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acumulação de secreções traqueobrônquicas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ruidos respiratórios anormais (roncos e crepitações)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aumento frequência respiratória
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deglutição comprometida
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição de higiene e asseio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: odores corporais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: unhas sujas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má higiene oral
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções oculares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções auditivas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções nasais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sujidade corporal visível
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição vestuário
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa suja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa desabotoada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à temperatura ambiente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição antropométrica
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição de dependência
		N.º de quedas no último mês <input type="text"/> <input type="text"/>

Estado mental

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que mês está?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que terra vive?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Repete três palavras (Pêra, Gato e Bola)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Faz cálculos simples
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Identifica objectos comuns (relógio)