



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO SEIO DAS FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO:**

**ABORDAGEM EXPLORATÓRIA À DIMENSÃO DO FENÓMENO**

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Avançada

Por

Rosa Celeste Teixeira da Silva

Outubro, 2011



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO SEIO DAS FAMILIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO**

ABORDAGEM EXPLORATÓRIA À DIMENSÃO DO FENÓMENO

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Avançada

Por

Rosa Celeste Teixeira da Silva

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

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

Outubro, 2011

Dedicado a todos os que ousaram participar neste estudo!

“Foi preciso tempo para se habituar, admitiu Morrie, porque era de certo modo uma rendição à doença. As coisas mais pessoais e básicas tinham-lhe agora sido retiradas – ir à casa de banho, assoar o nariz, lavar as suas partes íntimas. À excepção de respirar e engolir comida ele estava dependente dos outros para praticamente tudo.”

Mitch Albom, “As terças com Morrie”

## **Agradeço**

Ao Professor Doutor Abel Paiva por ter idealizado e norteado este projecto.

Ao Professor Doutor Filipe Pereira por ter ajudado na concretização da ideia. Pela orientação, disponibilidade e dedicação total mesmo quando lhe “roubava” tempo tão precioso com as minhas “cismas”.

Ao Professor Paulo Parente pela orientação e as horas de trabalho partilhado.

Aos meus colegas do grupo de investigação, Cármen, Daniel, Helena e Sofia, pela entreajuda demonstrada, pelos bons momentos que passamos e pelo incentivo nos menos bons. Como eu sabem o quanto custou e como é gratificante ver o objectivo CUMPRIDO!

À Álvora e à Inês pelo tempo que dedicaram à revisão deste texto, pelas ideias, questões e correcções que o aperfeiçoaram.

À Beatriz um exemplo de superação nos momentos difíceis da vida e um modelo como prestadora de cuidados.

À Daniela pelo seu exemplo na procura de “estudar sempre mais”.

À Patrícia, o meu exemplo de enfermeira, pela sua amizade.

À Raquel e Salomé por me apoiarem e estarem sempre presentes ao longo do meu crescimento profissional e pessoal.

Ao Tiago pela ajuda “informática” e questões sempre pertinentes.

Aos meus pais, pelos princípios que me inculcaram e por me terem ensinado o valor do estudo e do trabalho.

Ao meu irmão, por me obrigar a pensar.

À tia Cândida por “estar sempre lá”.

Em especial a todas as famílias que participaram neste estudo pela generosidade demonstrada ao partilharem a sua casa e intimidade com uma “estranha”. Descobri autênticos heróis e sobreviventes.

Muito Obrigado!

## Resumo

A instalação de quadros de dependência no(s) autocuidado(s) desafiam os indivíduos a viverem mudanças significativas na representação que fazem da sua saúde.

O estudo que aqui se apresenta teve por objecto o fenómeno da “Dependência no Autocuidado”. Os objectivos do estudo passaram por: conhecer a dimensão do fenómeno da dependência no autocuidado, no seio das famílias clássicas residentes no concelho do Porto; caracterizar os dependentes no autocuidado; e, avaliar o tipo e o nível de dependência evidenciado nos casos identificados.

O estudo realizado inscreve-se num paradigma de investigação quantitativo, do tipo exploratório e descritivo. Na recolha de dados foi usada a técnica da entrevista, com base num formulário; foi utilizada uma abordagem “porta a porta”, numa amostra probabilística e estratificada, em função do peso relativo de cada freguesia do concelho, no universo total de famílias clássicas do Porto.

A avaliação da dependência, nos vários domínios do autocuidado, foi realizada com base num instrumento que incorpora várias escalas. Este instrumento revelou-se, à semelhança de estudos anteriores, altamente fiável e preciso.

Numa amostra de duas mil e trezentas e catorze (2314) famílias, foram identificados duzentos e quarenta e um (241) casos que, na opinião dos respondentes, evidenciavam algum nível de dependência no autocuidado; o que nos permitiu afirmar que a percentagem de famílias do Porto que integram dependentes no seu seio é de 10,41%. Destes casos, cento e cinquenta e sete (157) famílias aceitaram participar na avaliação específica do tipo e nível de dependência.

Os dependentes avaliados são, na sua maioria, mulheres, idosos e viúvos. Quanto à forma de instalação da dependência verificou-se que, na maioria dos casos (70,3%), esta se instalou de forma gradual, sendo a sua principal causa o envelhecimento (17,2%).

Relativamente à avaliação do nível de dependência, verificou-se que, em praticamente todos os domínios do autocuidado estudados, mais de 50% dos casos dependem de pessoas ou são completamente dependentes. Verificou-se, ainda, que cerca de 30% dos casos estudados podem ser categorizados como “acamados”, na medida em que são pessoas com significativos níveis de dependência nos autocuidados “Elevar-se”; “Transferir-se” e “Virar-se”, ou seja pessoas que, sem a ajuda de outra pessoa, são incapazes de sair da cama, pelos seus próprios meios.

Palavras-chave: Dependência; Autocuidado

## Abstract

The need for help in order to take forth the normal self care activities challenges individuals to introduce significant changes in the way they perceive their health issues. The study here described has as subject the phenomenon of “Self-care Dependence”. We set out to ascertain the extent of the phenomenon of dependence in self care, within the classical families residing in the municipality of Oporto, to characterize the dependent individuals and assess their type and level of dependency.

The study here presented is part of a quantitative research, with an exploratory and descriptive type. In data collection was used the interview technique, based on a form; was used a “door to door” approach, in a probabilistic and stratified sample, depending on the relative weight of each parish of the municipality in the total universe of families of Oporto.

The assessment of dependency on multiple domains of self-care was held on the basis of an instrument witch incorporates various scales. This instrument has proved, like in previous studies, to be highly reliable and accurate.

In a sample of two thousand and three hundred and fourteen (2314) families, were identified two hundred and forty-one (241) cases witch, in the opinion of the respondents showed some level of dependency on self-care; what allowed us to say that the percentage of families of the Oporto that integrate dependants in their midst is 10,41%. Of these cases, one hundred and fifty-seven (157) families agreed to participate in specific evaluation of the type and level of dependency.

The dependents in self-care are mostly women, elderly and widowed. It was found that in most cases (70,3%), the installation of dependency was settled gradually, being its main cause ageing (17,2%).

With regard to the evaluation of the level of dependence, it was found that in virtually all studied areas of self-care, more than 50% of the cases rely on people or are completely dependent. Still, it was found that about 30% of the cases can be categorized has “bedridden”, to the extent that they are persons with significant levels of dependency on the areas of self-care “Rise”, “ Moving” and “”Turn around”, i.e. people who, without the help of another person, are unable to get out of bed, by its own means.

Key Words: Dependence; Self-care

## **Abreviaturas e siglas**

$\alpha$  - alpha

AAVD – Actividades Avançadas de Vida Diária

ABVD – Actividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Actividades de Vida Diária

BGRI – Base Geográfica de Referenciação de Informação

cit. – citado

consult. - consultado

DGS – Direcção Geral da Saúde

ed. - edição

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN – Internacional Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

Max. – Máximo

MFPC – Membro da Família Prestador de Cuidados

Min. – Mínimo

n.º – número

N – Número de elementos da amostra

NOC – Nursing sensitive Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

% - percentagem

PCM – Pessoa com Mobilidade Comprometida

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SU – Serviço de Urgência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

Vol. - Volume

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Mapa ilustrativo da distribuição (absoluta) dos dependentes no autocuidado, por freguesia do Concelho do Porto.....	59
Figura 2 – Mapa ilustrativo da distribuição (relativa) dos dependentes no autocuidado, proporcionalmente ao número de casos estudados em cada freguesia do Concelho do Porto.....	60

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Valores de $\alpha$ de Cronbach apurados para as diferentes escalas de avaliação da dependência no(s) autocuidado(s) .....	51
Tabela 2 – Distribuição das entrevistas / famílias com dependentes por freguesia .....	58
Tabela 3 – Caracterização das famílias quanto ao tipo .....	61
Tabela 4 – Caracterização das famílias quanto ao número de membros .....	61
Tabela 5 – Caracterização das famílias quanto ao rendimento/mês do agregado familiar .....	61
Tabela 6 – Caracterização das condições habitacionais .....	62
Tabela 7 – Caracterização dos dependentes quanto ao sexo .....	63
Tabela 8 – Caracterização dos dependentes quanto à idade .....	63
Tabela 9 – Caracterização dos dependentes quanto ao estado civil .....	63
Tabela 10 – Caracterização dos dependentes quanto à forma de instalação da dependência .....	64
Tabela 11 – Caracterização dos dependentes quanto ao tempo de dependência em anos .....	64
Tabela 12 – Caracterização dos dependentes quanto à causa de dependência .....	65
Tabela 13 – Caracterização dos dependentes quanto ao recurso aos serviços de saúde .....	65
Tabela 14 – Caracterização dos dependentes quanto ao consumo de medicamentos .....	66
Tabela 15 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Alimentar-se” .....	68
Tabela 16 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Tomar banho” .....	70
Tabela 17 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Arranjar-se” .....	71
Tabela 18 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Vestir-se e despir-se” .....	72
Tabela 19 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência	

para o “Uso do sanitário” .....	73
Tabela 20 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Andar” .....	74
Tabela 21 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Elevar-se” .....	75
Tabela 22 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Transferir-se” .....	75
Tabela 23 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Virar-se” .....	76
Tabela 24 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Usar a cadeira de rodas” .....	77
Tabela 25 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Tomar a medicação” .....	78
Tabela 26 – Caracterização da amostra quanto ao nível global de dependência nos diferentes domínios do autocuidado .....	79

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro I – Visão geral do estudo .....	34
Quadro II – Valores de correlação de Pearson .....	52

## **ÍNDICE GERAL**

<b>1</b>	<b><u>INTRODUÇÃO</u></b>	<b>17</b>
<b>1.1</b>	<b>PROBLEMÁTICA E CONCEITOS CENTRAIS</b>	<b>18</b>
1.1.1	A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	20
1.1.1.1	Teoria do autocuidado	21
1.1.1.2	Teoria do déficit de autocuidado	22
1.1.1.3	Teoria dos sistemas de enfermagem	22
1.1.2	A TRANSIÇÃO PARA A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	23
1.1.3	AValiação DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	25
1.1.3.1	Escalas de avaliação do nível de dependência no autocuidado	27
<b>1.2</b>	<b>JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	<b>32</b>
<b>1.3</b>	<b>VISÃO GERAL DO ESTUDO</b>	<b>33</b>
<b>1.4</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>
<b>2</b>	<b><u>ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</u></b>	<b>39</b>
<b>2.1</b>	<b>FINALIDADE DO ESTUDO</b>	<b>39</b>
2.1.1	PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	39
2.1.1.1	Objectivos	39
<b>2.2</b>	<b>TIPO DE ESTUDO</b>	<b>40</b>
2.2.1	VARIÁVEIS DO ESTUDO	40
2.2.1.1	Operacionalização das variáveis em estudo	40
<b>2.3</b>	<b>POPULAÇÃO E AMOSTRA</b>	<b>41</b>
2.3.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	41
2.3.2	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
2.3.3	PLANO DE AMOSTRAGEM	43
<b>2.4</b>	<b>PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DOS DADOS</b>	<b>44</b>
2.4.1	INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	45
2.4.1.1	Formulário	46
2.4.1.1.1	Validade e fidelidade do instrumento: Escala(s) de avaliação da dependência no(s) autocuidado(s)	48
<b>2.5</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>53</b>

<b>3</b>	<b><u>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u></b>	<b>57</b>
<b>3.1</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</b>	<b>60</b>
3.1.1	CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS	60
3.1.1.1	Tipo de família	61
3.1.1.2	Número de membros da família	61
3.1.1.3	Rendimento do agregado familiar	61
3.1.1.4	Alojamento	62
3.1.2	CARACTERIZAÇÃO DOS DEPENDENTES	62
3.1.2.1	Sexo	62
3.1.2.2	Idade	63
3.1.2.3	Estado civil	63
3.1.2.4	Nacionalidade	63
3.1.2.5	Nível de escolaridade	64
3.1.2.6	Situação profissional	64
3.1.2.7	Modo de instalação da dependência	64
3.1.2.8	Tempo / duração da dependência	64
3.1.2.9	Causa(s) da dependência	64
3.1.2.10	Episódios de recurso ao SU e internamentos no último ano	65
3.1.2.11	Consumo de medicação	65
<b>3.2</b>	<b>O FENÓMENO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO</b>	<b>66</b>
3.2.1	TIPO E NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	66
3.2.1.1	Dependência para “Alimentar-se”	67
3.2.1.2	Dependência para “Tomar banho”	69
3.2.1.3	Dependência para “Arranjar-se”	70
3.2.1.4	Dependência para “Vestir-se / despir-se”	71
3.2.1.5	Dependência para “Usar o sanitário”	73
3.2.1.6	Dependência para “Andar”	73
3.2.1.7	Dependência para “Elevar-se”	74
3.2.1.8	Dependência para “Transferir-se”	75
3.2.1.9	Dependência para “Virar-se”	76
3.2.1.10	Dependência para “Usar a cadeira de rodas”	76
3.2.1.11	Dependência para “Tomar a medicação”	77
3.2.1.12	Nível global de dependência nos diferentes domínios do autocuidado	78
3.2.2	FACTORES ASSOCIADOS À DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	82
<b>3.3</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>83</b>

<b><u>4</u></b>	<b><u>CONCLUSÕES .....</u></b>	<b><u>87</u></b>
4.1	REFERÊNCIAS.....	91
	<b><u>ANEXOS .....</u></b>	<b><u>93</u></b>

# 1 Introdução

A frequência de um curso de mestrado implica a apresentação à academia de um trabalho que demonstre as capacidades para desenvolver investigação por parte do mestrando. Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Avançada da Universidade Católica Portuguesa (UCP), pretendendo-se com o mesmo corresponder a este requisito.

Como referido por Silva (2007) o exercício profissional dos enfermeiros está a evoluir de uma lógica executiva, para uma lógica conceptual. Ao ir para além do modelo biomédico e do mero cumprimento das prescrições médicas e da gestão de sinais e sintomas, a enfermagem volta-se para as intervenções independentes e para a procura de conhecimento dentro da própria disciplina, como forma de consolidar as mesmas. A teoria é essencial para a formação da disciplina de Enfermagem, sendo, em simultâneo, fundamental para a prática profissional, orientando o pensamento e a tomada de decisão clínica (Polit e Hungler, 1995; Tomey e Alligood, 2004).

Reflectindo sobre o anteriormente exposto, reconhecemos a necessidade do desenvolvimento de estudos de investigação que enriqueçam o conhecimento dos profissionais da saúde acerca das comunidades a que prestam cuidados. Adoptando este raciocínio propusemo-nos realizar um estudo, no concelho do Porto, através do qual se procuram conhecer as diferentes vertentes do fenómeno da dependência no autocuidado.

O autocuidado é um objecto central para a disciplina de Enfermagem, nomeadamente, para o fenómeno da “Dependência no autocuidado” (Orem, 1993, 1995; Meleis, 2007, 2010). Com efeito, a instalação de quadros de dependência no(s) autocuidado(s) desafiam os clientes a viverem mudanças significativas na representação que fazem da sua saúde, nos seus padrões de funcionamento e nos papéis que desempenham na família e na comunidade. Por outro lado, a integração fluida de membros com dependências e perdas de autonomia constitui um marco indelével na dinâmica dos processos familiares; dimensão onde os cuidados de enfermagem podem desempenhar um papel crucial.

Considerando a grande amplitude do tema a estudar, a criação de um grupo de investigação foi necessariamente o primeiro passo a dar. Sob orientação comum de um colectivo de docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi constituído um grupo de trabalho de cinco mestrandos, cabendo a cada um abordar um tema específico, dentro do objecto central. Em paralelo e, para replicação do

estudo na área de Lisboa, juntaram-se ao grupo seis alunos do Mestrado em Enfermagem Avançada e dois alunos do Doutoramento em Enfermagem do pólo da Universidade Católica de Lisboa. Durante o desenvolvimento deste relatório ao referirmo-nos a este conjunto utilizaremos apenas a designação de “grupo de investigação”.

Dentro do fenómeno da “Dependência no autocuidado” coube-nos explorar a dimensão da “Avaliação do nível de dependência no autocuidado”, nomeadamente, através da utilização de escalas desenvolvidas na ESEP e utilizadas pela primeira vez por Duque (2009).

Este relatório encontra-se dividido em três componentes centrais: na primeira, fazemos uma abordagem à problemática em estudo e aos conceitos principais do tema, focando os marcos teóricos que regem este estudo: “Teoria das transições” de Afaf Meleis (2000) e a “Teoria do autocuidado” de Dorothea Orem (1993); na segunda componente, é exposta a metodologia utilizada na realização da investigação; e, por fim apresentam-se e analisam-se os dados que resultaram do percurso de pesquisa realizado.

## **1.1 Problemática e conceitos centrais**

São várias as razões que conduzem um indivíduo a situações de incapacidade e dependência no autocuidado. O aumento da esperança de vida, das doenças crónicas e das patologias agudas, assim como, de pessoas vítimas de acidentes, associadas aos desenvolvimentos da medicina, conduziram a um aumento do número de pessoas com incapacidades várias e redução da sua autonomia.

Ao anteriormente exposto acrescem as novas políticas da saúde, com ênfase na precocidade das altas hospitalares, que poderão traduzir-se num aumento significativo do número de casos de pessoas no domicílio ainda em recuperação das suas doenças ou em fase terminal de vida, totalmente dependentes de outros para a satisfação das suas necessidades humanas mais básicas.

A idade é reconhecida como um factor muito importante, quer no que concerne à aquisição de doenças, quer no que se refere ao consumo de cuidados de saúde. O envelhecimento é um dos maiores motivos de perda de autonomia e da necessidade de ajuda de outros (Imaginário, 2002; Figueiredo, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que nos próximos 20 anos aumentem significativamente as necessidades em cuidados de saúde da população mais idosa, paralelamente a um aumento acentuado da prevalência de doenças não

transmissíveis de evolução prolongada (Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002 de 22 de Março). Os resultados do cenário base das “Projeções de População Residente em Portugal 2008 – 2060” realizadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) prevêem um continuado envelhecimento populacional, com um aumento do índice de dependência de idosos (INE, 2009).

A Direcção Geral da Saúde (DGS), no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Portugal, 2004a, p.11), preconiza que “as pessoas idosas em risco acrescido, ou em situação transitória ou instalada de dependência, requerem uma particular atenção da parte dos serviços de saúde e sociais, em termos de organização de cuidados de controlo e de recuperação global, através de respostas integradas especialmente adequadas, as quais obrigam a uma revisão do paradigma da abordagem curativa dos serviços de saúde e das formas mais tradicionais de apoio social”. No Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Volume II (Portugal, 2004b, p.33), são referidas situações de cuidados inadequados às necessidades dos idosos, sendo enumeradas algumas dessas falhas e possíveis áreas de actuação. Entre os problemas expostos, importa-nos destacar os seguintes pontos, que vão de encontro ao fenómeno que nos propusemos estudar.

- “Não se faz, a nível dos cuidados de saúde primários, um rastreio suficiente dos factores de fragilidade nos idosos.”
- “Insuficiente atenção aos determinantes da autonomia e da independência”.
- “Muitos idosos vivem ‘acamados’ e ‘sentados’ em cadeiras de rodas, quando poderiam ser autónomos.”

Apesar do envelhecimento ser um dos factores a destacar na instalação da dependência, esta pode ocorrer em qualquer altura do ciclo de vida, podendo estar associado à doença ou a acidentes (Roper, Logan e Tierney, 1995; Figueiredo, 2007).

Os acidentes e as suas consequências (traumatismos, ferimentos e lesões) geram um grande número de jovens com deficiência; nos adultos, os acidentes de viação e os laborais impõem custos à vítima, à família e à sociedade; nas pessoas mais idosas, são uma causa importante de morbilidade, mortalidade, incapacidade e dependência (Portugal, 2004b). De acordo com o “Relatório Anual de Segurança Interna” de 2009 (Sistema de Segurança Interna, 2009), verifica-se que o número de feridos graves contabilizados em acidentes rodoviários ocorridos em 2009 foi de 2790; 43 955 foram considerados feridos ligeiros, estes sobreviventes apresentam em muitos casos situações de incapacidade que os tornam dependentes de terceiros.

Outras situações de patologia crónica e aguda, nomeadamente, acidentes vasculares

cerebrais, enfarte do miocárdio, doenças oncológicas provocam situações de perda de autonomia e dependência.

As doenças do aparelho circulatório, designadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal. A doença pulmonar obstrutiva crónica está presente em 7% a 15% dos portugueses; a sua prevalência é crescente e o grau de incapacidade que determina é preocupante. As doenças articulares constituem uma parte importante das patologias crónicas que afectam a população com mais de 65 anos de idade. Embora se iniciem frequentemente em idades jovens, também nas doenças neurodegenerativas é previsível um aumento significativo da sua prevalência (Portugal, 2004b).

Perante estes dados, foram instituídas em Portugal políticas que tentam proporcionar os melhores cuidados aos indivíduos dependentes. A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI – (Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho) foi uma das principais estratégias levadas a cabo neste sentido. A RNCCI (ou Rede) tem como objectivo principal: “promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados de cuidados de saúde em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem.” Os destinatários das unidades e equipas da RNCCI são pessoas que apresentem: “dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro, dependência funcional prolongada, idosas com critérios de fragilidade, incapacidade grave, com forte impacte psicossocial, doença severa em fase avançada ou terminal.”

Apesar destas políticas governamentais, admite-se que o número de pessoas dependentes reconhecidas e a usufruir destes serviços continua a ser reduzido, assim como, o conhecimento factual do seu nível de dependência e das suas necessidades mais elementares. Neste quadro, importa evoluir com estudos que, partindo de uma abordagem de base populacional, nos permitam reconhecer a “real dimensão” do fenómeno da dependência no autocuidado.

### **1.1.1 A Dependência no autocuidado**

O autocuidado é um conceito central para a enfermagem, encontrando-se especialmente ligado às Teorias de Enfermagem filiadas na Escola das Necessidades (Kérrouac, 1996; Meleis, 2007); das quais são expoentes máximos nomes como: Virgínia Henderson e Dorothea Orem. Neste contexto teórico, o objectivo da

enfermagem é ajudar o indivíduo doente ou saudável a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível, no desempenho das actividades que contribuem para a sua saúde – o autocuidado. Este pode ser definido como todas as actividades que a pessoa desempenha por si própria para manter a vida, saúde e bem-estar, estendendo-se ao conceito de cuidado dependente quando a pessoa necessita que outra desempenhe por si as funções de autocuidado (Orem, 1995).

Já mais recentemente, o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2011) considerou o autocuidado como um dos focos centrais de atenção da enfermagem; definindo-o como: “uma acção realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida”. No âmbito desta classificação, amplamente utilizada em Portugal, existem várias “espécies de autocuidado” como: “alimentar-se”; “cuidar da higiene pessoal”; “lavar-se”; “transferir-se”; “virar-se”; “auto-elevar”.

Como suporte teórico para o estudo, no que respeita ao conceito de “Dependência no autocuidado”, iremos tomar como referência a teoria de Dorothea Orem. O autocuidado, como parte integrante da pessoa humana, foi definido por esta autora na sua teoria de défice no autocuidado. Esta teoria é composta por três (sub) teorias relacionadas: a teoria do autocuidado; a teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 1993, 1995).

#### 1.1.1.1 Teoria do autocuidado

Na teoria do autocuidado, Dorothea Orem (1993, 1995) descreve o autocuidado como uma actividade complexa, aprendida pelos indivíduos, que estes iniciam e executam por si próprios, deliberadamente, com o objectivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Pode ser modificado pelo estado de saúde, as condições ambientais, os efeitos dos cuidados médicos e outros factores.

As pessoas que se ocupam do autocuidado têm de possuir capacidades de acção, o poder de agir deliberadamente para regular os factores internos e externos que afectam o seu próprio funcionamento e desenvolvimento. Isto é, a pessoa tem de ser “agente do autocuidado”, esta é uma ideia central da teoria de Dorothea Orem. Segundo Soderhamn (2000), este poder de avaliar, decidir e executar as actividades de autocuidado pode ser considerado como uma condição necessária para as actividades de autocuidado.

Dorothea Orem (1993, 1995) define os requisitos de autocuidado, isto é, as acções desenvolvidas pelos indivíduos, ou para os indivíduos, com o objectivo de controlar os

factores que afectam o funcionamento e o desenvolvimento humano. Estes requisitos são identificados em três tipos: universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde.

Os requisitos universais de autocuidado são comuns a todos seres humanos, durante todas as etapas do ciclo vital, de acordo com a sua idade, estado de desenvolvimento, factores ambientais e outros. Estão associados aos processos vitais, à manutenção da integridade da estrutura e funcionamentos humanos e ao bem-estar em geral.

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento estão associados aos processos de desenvolvimento humano, às condições e eventos que ocorrem durante os diversos estádios do ciclo vital (prematividade, gravidez) e a eventos que podem afectar de forma adversa o desenvolvimento.

Os requisitos de autocuidado de desvio da saúde estão associados a defeitos genéticos e a desvio estruturais e funcionais com efeito nas medidas de diagnóstico e de tratamento médico.

#### 1.1.1.2 Teoria do défice de autocuidado

A teoria do défice de autocuidado baseia-se na relação entre as capacidades de autocuidado e as acções de autocuidado a realizar, para satisfazer os requisitos de autocuidado de cada indivíduo. O alicerce da teoria do défice de autocuidado radica no facto daquelas capacidades (de autocuidado), devido a limitações existentes, não estarem à altura para satisfazer todos, ou alguns, dos requisitos do indivíduo.

Os défices de autocuidado podem ser completos ou parciais. Um défice de autocuidado completo significa que não existe capacidade para satisfazer as necessidades de autocuidado terapêutico. Os défices parciais podem ser extensos ou podem limitar-se a uma incapacidade de satisfazer um ou vários requisitos de autocuidado, dentro das necessidades de autocuidado terapêutico (Orem, 1993, 1995).

Neste quadro, os cuidados de enfermagem são necessários quando as necessidades de cuidado dos indivíduos excedem as próprias capacidades para prover essas necessidades.

#### 1.1.1.3 Teoria dos sistemas de enfermagem

O sistema de enfermagem é definido por Dorothea Orem (1993, 1995) como o produto de uma série de relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a pessoa com défice no autocuidado ou com cuidado dependente.

Dorothea Orem descreve três sistemas básicos de enfermagem: totalmente compensatório, no qual a acção é totalmente levada a cabo pelo enfermeiro, que

concretiza o autocuidado do doente; parcialmente compensatório, onde tanto o enfermeiro como o doente executam algumas das acções de autocuidado e o enfermeiro assiste conforme necessário, compensando as limitações do dependente; por último, o sistema de apoio – educação, em que o doente executa o autocuidado e tanto o enfermeiro como o doente regulam o exercício e o desenvolvimento da actividade de autocuidado.

Dorothea Orem (1993) propõe que um estudo continuado sobre as necessidades de cuidados de enfermagem das populações e dos seus subgrupos é necessário para perceber a variedade de cuidados de enfermagem solicitados e o número de pessoas que deles necessitam. Desta forma, fica evidente a necessidade de termos disponível informação válida e precisa sobre o tipo e nível de dependência no autocuidado.

A passagem, – por que não dizê-lo: a transição – de uma situação de independência no autocuidado para uma situação de dependência (de pessoas ou instrumentos), pressupõe um conjunto de alterações significativas nas actividades de autocuidado do cliente, acarretando mudanças na vida da pessoa, que necessita de se adaptar a uma nova realidade, alterando ou reconfigurando o seu projecto de vida. É neste enquadramento que se nos afigura como adequado olhar para a transição para o estado de dependência no autocuidado, à luz da perspectiva teórica proposta por Afaf Meleis e colaboradores (2000).

### **1.1.2 A transição para a dependência no autocuidado**

Afaf Meleis e as suas colaboradoras (2000, 2007, 2010), na sua teoria de médio alcance, denomina esta passagem de uma fase da vida para outra, ou de uma condição ou status (dependência) para outro, como “Transição”. Uma transição é normalmente precipitada por um evento ou “ponto de viragem” (Schumacher, Jones e Meleis, 1999). Na transição para a dependência, este ponto pode ser identificado como o início de uma doença ou um acidente. Contudo, pode não ser possível reconhecer (de forma nítida) o referido ponto de viragem, quando falamos num estado de dependência progressivo associado ao envelhecimento. As transições classificam-se em relação à sua natureza e ao tipo, em: situacionais; de desenvolvimento; organizacionais; e de saúde/doença (Meleis et al, 2000; Meleis, 2007, 2010). Podemos inserir a transição para a dependência no autocuidado na categoria das transições de desenvolvimento e / ou de saúde / doença. As transições de desenvolvimento correspondem àquelas relacionadas com as alterações ocorridas ao longo do ciclo de vida criança / jovem; jovem / adulto; adulto / idoso; enquanto que as transições saúde / doença incluem aquelas em que existe uma rápida mudança do papel da pessoa,

resultado da passagem de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica. Como resulta claro, grosso modo, os clientes transitam para situações de dependência fruto de transições desenvolvimentais, bem como, em resultado de transições do tipo saúde / doença.

Durante o processo de transição, o cliente vê-se perante a necessidade de desenvolver novas habilidades, relações e estratégias de *coping*. A transição envolve, muitas vezes, uma mudança na identidade, nos papéis e nos padrões de comportamento do indivíduo. Compreende, ainda, mudanças fundamentais na maneira como cada um se vê a si e ao mundo (Schumacher, Jones e Meleis, 1999). Para Afaf Meleis (2010), as transições estão intimamente ligadas a mudanças na capacidade de autocuidado.

Este processo pode ser condicionado por situações que o favorecem ou dificultam. Tais condicionalismos podem ser relativos a condições pessoais do cliente, da comunidade, da sociedade, recursos e suporte familiar (Meleis et al, 2000). Face à dependência para o autocuidado, estes factores poderão condicionar a forma como a pessoa encara a sua dependência e a tenta ultrapassar, favorecendo um maior ou menor nível de independência / reconstrução da autonomia (Proot et al, 1998, 2002).

Existem indicadores denominados “indicadores de processo”, que se definem como índices mensuráveis da forma como a transição se está a desenvolver. Identificar indicadores de processo, que movem os clientes na direcção da saúde ou para situações de vulnerabilidade e risco, permite uma avaliação precoce e intervenções de enfermagem que facilitem atingir resultados saudáveis (Meleis et al, 2000). Os objectivos das intervenções de enfermagem, na perspectiva da teoria das transições, são estabelecidos no sentido de facilitar o processo de transição, reduzir transições não saudáveis e suportar indicadores de processo positivos. O uso de indicadores de processo proporciona ao enfermeiro uma forma de acompanhar o progresso do cliente e de facilitar a detecção precoce de dificuldades em pontos críticos da transição (Schumacher, Jones e Meleis, 1999).

Segundo Meleis (2007) as pessoas estão em constante movimento e mudança, estando os indivíduos constantemente a aprender a lidar com mudanças, a longo ou a curto prazo. Para esta autora, as experiências e as respostas humanas durante as transições são o centro dos interesses da enfermagem. Os enfermeiros lidam com pessoas que estão a antecipar, experienciar, ou completar uma transição. Assim, a enfermagem procura maximizar a força, o potencial e os recursos dos clientes ou contribuir para o restabelecimento dos níveis óptimos de saúde, funcionalidade /

independência, conforto e auto satisfação.

No contexto da transição para a dependência no autocuidado, podemos dizer que as intervenções de enfermagem para facilitar a transição incidem na reabilitação das capacidades comprometidas e na aquisição de novas capacidades de desempenho e competências cognitivas (Pereira, 2007); utilizando como um dos indicadores de processo as modificações no nível de dependência (“ganhos em independência”), sendo que uma evolução positiva neste parâmetro será reveladora de uma transição mais saudável. Neste contexto, como nos diz Pereira (2007), urge avançar no refinamento de instrumentos e estratégias de avaliação do nível de dependência e respectivos ganhos (em independência), dada a relevância deste fenómeno para a disciplina e a profissão de enfermagem.

### **1.1.3 Avaliação do nível de dependência no autocuidado**

O autocuidado, como foco de atenção de enfermagem, encontra-se entre aqueles que são mais sensíveis aos cuidados e à tomada de decisão de enfermagem. Neste domínio, os resultados de enfermagem esperados são a promoção da independência ou a melhoria no grau de dependência no autocuidado, bem como a aquisição de conhecimento, por parte da pessoa, sobre estratégias adaptativas para lidar com os défices no autocuidado (Pereira, 2007).

Mas, coloca-se a questão de como identificar as intervenções a desenvolver para a reabilitação do dependente. Para a tomada de decisão, é necessário conhecer quais as limitações específicas do dependente, de modo a dirigir e a adequar as intervenções aos seus reais défices, nas dimensões / actividades do autocuidado. Tal constatação conduz à necessidade de avaliação do nível e do tipo de dependência existente. Esta avaliação não pode ser demasiado genérica, para ser clinicamente útil para os enfermeiros. Este é um dos problemas que, desde logo, podemos apontar aos instrumentos que, com grande frequência, são utilizados para “avaliar o nível de dependência” no autocuidado, nomeadamente, em termos de investigação. Com efeito, tais instrumentos são pouco específicos, fazem “avaliações” de carácter mais “*gestaltico*”, que podemos designar como um “*screening*”, quando aquilo que pretendemos é um “*scanning*” ao nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado dos nossos clientes.

A avaliação do grau de dependência é um elemento fundamental na reabilitação da pessoa dependente no autocuidado, promovendo o conhecimento das suas reais dificuldades e a avaliação dos progressos alcançados. Como nos diz Caldas (2003, p.775), “a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja

evolução se pode modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados”.

O fenómeno da avaliação (quantificação ou mensuração) do nível de dependência no autocuidado tem, desde há vários anos, ocupado múltiplos investigadores; dada a utilidade de tais instrumentos para a caracterização dos clientes e, simultaneamente, para efeitos da monitorização da sua evolução clínica.

Rodriguez Manas (cit. por Lage, 2007, p.51) nota que a mensuração do nível de dependência e os dados daí resultantes são “de extrema relevância sob o ponto de vista prognóstico e terapêutico, na medida em que permitem medir de forma operativa, reproduzível, fiável e sensível à mudança, aspectos parciais e globais da função”.

Para Orem (1993) a realização dos requisitos de autocuidado, depende do grau em que estes requisitos se conhecem, e do modo como se compreendem as formas de os satisfazer. Para esta autora, as necessidades de autocuidado de um indivíduo só podem ser conhecidas se forem avaliadas.

Da mesma forma, Roper, Logan e Tierney (1995, p.53) consideram muito importantes, sob o ponto de vista da enfermagem, alguns aspectos, nomeadamente: “avaliar o nível de (in)dependência do doente em cada uma das actividades de vida”; “avaliar em qual direcção e quanto eles devem ser assistidos para se mexerem no estado de dependência / independência”; e, de “que assistência de enfermagem podem precisar para conseguir os seus objectivos”.

As actividades de autocuidado reconhecidas habitualmente englobam: actividades básicas da vida diária (ABVD); actividades instrumentais da vida diária (AIVD); e actividades avançadas da vida diária (AAVD).

Ao conjunto das tarefas: lavar-se; tomar banho; vestir-se; utilizar os sanitários; locomover-se; transferir-se de posição; controlar os esfíncteres; usar o sanitário; e, comer e beber, dá-se o nome de ABVD. As actividades de integração dos indivíduos no meio ambiente, como: utilizar o telefone; fazer compras; gerir o dinheiro; gerir a medicação; usar meios de transporte; tratar das tarefas domésticas; preparar as refeições; tomar a medicação; têm a designação comum de AIVD. Actividades mais complexas, como sair para actividades sociais, trabalhar ou praticar exercício físico, designam-se como AAVD (OMS, 2002; Caldas, 2003; Botelho, 2005; Hoogerduijn, J. et al., 2006; Silva, et al., 2006; Camargos, Machado e Rodrigues, 2008). Neste estudo, centrar-nos-emos predominantemente nas ABVD.

Vários autores relacionam a capacidade funcional com a capacidade de preservação da independência, ligando-se à habilidade da pessoa em resolver os problemas da

vida diária, desempenhando sem ajuda as tarefas de autocuidado, interagindo com o seu meio envolvente e participando na vida em sociedade, mesmo que apresente alguma limitação física, mental ou social. Ou seja, a capacidade funcional relaciona-se com a ausência de dependência (Backman e Hentinen, 1999, 2001; Caldas, 2003; Silva, et al., 2006; Camargos, Machado e Rodrigues, 2008; Fiedler e Peres, 2008).

Hoogerduijn e colaboradores (2006) descrevem o declínio da funcionalidade como uma perda de independência nas actividades de autocuidado ou como uma deterioração nas capacidades de autocuidado.

De acordo com Botelho (2005), citando Bowling (1997) e Katz e colaboradores (1963), a capacidade funcional deve ser avaliada de acordo com o que o individuo faz no seu quotidiano, com os meios de que dispõe, relacionando-se com factores físicos e / ou mentais e com factores extrínsecos de natureza social, económica ou ambiental, que interfiram na função. A capacidade é classificada de acordo com o grau de auto-suficiência nesse desempenho, o que em termos dicotómicos se pode manifestar como independência (quando há total independência, ou apenas a utilização de auxiliares mecânicos, mediante o uso das quais as limitações existentes são ultrapassadas) ou dependência (quando há a necessidade de ajuda regular de terceiros, na execução de, pelo menos, uma das tarefas de funcionalidade).

As escalas de avaliação funcional que estão disponíveis permitem medir se existe ou não dependência, para que se possa diagnosticar, planear e agir. “Avaliam a função indirectamente através das consequências que a sua perda comporta: medem o grau de autonomia e o grau de dependência. Dependência esta que, por sua vez, afecta os vários níveis de relação da pessoa, desde o mais básico (ABVD), passando pelo nível de complexidade intermédia (AIVD) e, finalmente, o nível mais avançado (AAVD). Cada um destes níveis de autonomia / dependência estrutura-se à volta de uma série de AVD específicas que as escalas avaliam através de itens concretos” (Rodriguez Manas cit. por Lage, 2007, p.51).

#### 1.1.3.1 Escalas de avaliação do nível de dependência no autocuidado

São vários os autores que desenvolveram escalas para a avaliação do nível de dependência ou grau de funcionalidade; umas usadas em larga escala, outras elaboradas propositadamente para os estudos específicos dos diferentes autores.

Numa revisão sobre os instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, e assumindo como dimensões de avaliação as ABVD, as AIVD, as AAVD e o estado geral de saúde e a qualidade de vida relacionada com a saúde (ESQUAL), Paixão e Reichenheim (2005) encontraram vários instrumentos que mediam cada uma das

subdimensões específicas. Entre os instrumentos / escalas mais referidas encontrava-se o índice de Barthel, o índice de Katz e a escala de Lawton e Brodie.

O índice de Katz de Independência nas Actividades de Vida Diária (1963) foi desenvolvido para ser usado em doentes institucionalizados, sendo frequentemente utilizado para a avaliação das actividades de vida diária (AVD) em idosos. É constituído por seis itens que medem o desempenho dos indivíduos nas actividades de autocuidado – alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho. De um modo geral, o grau de dependência é avaliado da seguinte forma: se o idoso é independente ou necessita de ajuda com pontuação 1; e 0 se é dependente. A pontuação total varia entre 0 e 6, sendo o score 6 atribuído ao doente que é independente e 0 quando é muito dependente (Botelho, 2005; Sequeira, 2007; Lage, 2007; Lino et al, 2008). Desde logo, percebemos o carácter demasiado genérico desta lógica de avaliação da dependência no autocuidado.

O índice de Barthel (1965) é um instrumento que avalia o nível de (in)dependência do sujeito para a realização de dez AVD – comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. O seu valor total varia de forma inversamente proporcional ao grau de dependência; dividindo-se em intervalos de 90-100, 60-90, 40-55, 20-35 e menos de 20 pontos, correspondendo, respectivamente, a independente, ligeiramente dependente, moderadamente dependente, severamente dependente e totalmente dependente (Imaginário, 2002; Araújo et al, 2007; Sequeira, 2007).

A escala de Lawton e Brodie (1969) é a referência para a medição das AIVD. É composta por oito actividades instrumentais: cuidar da casa; lavar a roupa; preparação da comida; ir às compras; utilização do telefone; utilização de transportes; gestão de dinheiro; e, gestão de medicação. As actividades são pontuadas entre 0 e 1. O valor 0 corresponde à incapacidade para realizar actividade e o valor 1 à capacidade a realizar. A pontuação máxima de independência é 8 e de dependência é 0. No entanto, cada item avaliado apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência pontuadas de “1 a 3” ou de “1 a 4”, em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. Esta divisão em níveis permite que seja avaliado o grau de dependência nas AIVD de forma global e também parcelar (Imaginário, 2002; Sequeira, 2007; Lage, 2007).

Outra escala, mais recente, também utilizada internacionalmente é a “Care

Dependency Scale”, criada em 1996 por Dijkstra e colaboradores. Trata-se de uma escala de 15 itens, que medem a dependência da pessoa em relação ao comer e beber, continência, postura corporal, mobilidade, “padrões de dia e noite”, vestir-se e despir-se, temperatura corporal, higiene, comportamentos de segurança, comunicação, contacto com os outros, conhecimento de regras e valores, actividades diárias, actividades de recreação e capacidades de aprendizagem. A cada item está associada uma escala de Likert de 5 valores, correspondente a diferentes graus de dependência previamente descritos e explicados (Lohrmann, Dijkstra e Dassen, 2003).

Noutros estudos já realizados acerca da avaliação da dependência / funcionalidade, encontramos escalas de avaliação de outros autores; escalas menos utilizadas e com menor expressão na literatura.

Silva e colaboradores (2006) realizaram um estudo de avaliação do grau de dependência nas AVD em idosos de uma cidade brasileira. Para tal, desenvolveram e utilizaram uma escala de graus de dependência para as AVD baseada no modelo de vida com 11 itens de avaliação: locomoção; alimentação e hidratação; eliminação; vestir-se; actividades de casa; sono e repouso; lazer e recreação; sexualidade; comunicação; e, uso de transportes. Nesta escala, a dependência é avaliada de acordo com as seguintes designações: sem restrição; com pouca restrição, com muita restrição e não consegue.

Fiedler e Peres (2008), num outro estudo realizado no Brasil, para avaliar a capacidade funcional e os factores associados, utilizaram uma escala de auto-avaliação proposta por Rikli e Jones com 12 tipos de actividades: tomar conta das suas necessidades pessoais como vestir-se; tomar banho; usar o sanitário; caminhar fora de casa; fazer actividades domésticas leves (cozinhar, limpar o pó, lavar pratos, varrer ou andar de um lado para o outro da casa, subir ou descer escadas); fazer compras no supermercado; levantar e carregar 5kg; caminhar 6 a 7 “quarteirões”; caminhar 12 a 14 “quarteirões”; levantar e carregar 13kg de peso; fazer actividade doméstica pesada.

Em Portugal, num estudo realizado por Amaral e Vicente (2000) em que se fez o diagnóstico do grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco, foi utilizado um questionário desenvolvido por Campos (1982). Constituído por quatro grupos de perguntas distintas, mas interligadas, cujo objectivo é o de analisar, avaliar, classificar e agrupar os elementos da amostra em classes e, *a posteriori*, em graus de dependência. Foram estudados e analisados dois indicadores de dependência: a situação física e funcional e a atitude de relação.

Outro autor português, Santos (2005), faz referência à escala de Karnofsky. Esta escala é organizada hierarquicamente e possui cinco graus distintos: capacidade para o normal desempenho das actividades sem qualquer restrição; limitação na actividade física normal, mas consegue realizar trabalhos ligeiros; incapacidade para o trabalho normal, mas consegue dar resposta às necessidades pessoais; limitação de algumas necessidades pessoais, encontra-se acamado mais de 50% do tempo; invalidez completa, em que o paciente se encontra acamado a 100%.

Outra escala mencionada por este autor é a “Mini Dependence Assessment”, uma escala de avaliação de dependência rápida e global que consiste na avaliação de quatro actividades: corporais; locomotoras; sensoriais; e, mental. Em cada destas quatro actividades são avaliados três itens com valores entre 0 e 2. Cada item – denominado grau – é obtido a partir do princípio em que o grau 0 corresponde à situação de independência ou normal, a situação de dependência parcial corresponde ao grau 1, sendo o grau 2 associado a total dependência de ajuda humana ou a situação mais degradada. O valor em cada actividade irá variar entre 0 e 6. A avaliação total da dependência irá variar entre 0 e 24, propondo assim 5 níveis de dependência: nula (0), ligeira (1 – 8), moderada (9 – 14), severa (15 – 19), muito severa (20 – 24).

No entanto, após revisão destas escalas, estamos convictos que não são suficientemente específicas nos seus critérios para avaliar o fenómeno da dependência, em termos de enfermagem. Muitas delas avaliam uma mescla de parâmetros que não se coadunam com o conceito de autocuidado que ilumina a perspectiva proposta por Orem (1995). Dada a sua composição, na grande maioria das escalas referidas, o nível de especificação e, por consequência, utilidade clínica (para a enfermagem) é muito limitado. Com efeito, não nos é possível identificar objectivamente e com pormenor, as actividades de autocuidado que a pessoa não consegue realizar por si, bem como o seu nível de dependência.

Neste quadro, desde meados de 2007 que um grupo de docentes da ESEP, dos quais se destacam o Professor Abel Paiva e a Professora Alice Brito, foram avançando com a definição e a construção de escalas capazes de, com maior propriedade e pormenor, avaliar e monitorizar as alterações / evoluções no nível de dependência dos clientes. Neste processo, os referidos autores, preocupados que estavam com a incorporação da perspectiva singular da enfermagem e com a validade de conteúdo dos instrumentos, basearam a sua (dos instrumentos) construção na “*Nursing Outcomes Classification*” (NOC) (Moorhead, Johnson e Maas, 2008).

Neste contexto, é importante referir a “*Nursing Outcomes Classification*”. Esta classificação incorpora e propõem múltiplos itens e indicadores (cl clinicamente úteis e válidos) para avaliar a dependência nos vários domínios do autocuidado, tal como ele é conceptualizado em enfermagem. Tem por base o maior estudo alguma vez realizado sobre resultados de enfermagem – *Nursing Outcomes Project*. A metodologia que está na base da NOC assenta numa extensa revisão sistemática da literatura, na exploração da informação que está disponível nas bases de dados da saúde, em *surveys* realizados em larga escala e nos trabalhos de grupos de peritos, sendo, por isso, uma fonte credível de informação para qualquer estudo em enfermagem.

As escalas (que se agregam numa macro-escala) de avaliação da dependência nos vários domínios do autocuidado que foram desenvolvidas na ESEP, tiveram a sua primeira utilização num estudo orientado pelos Professores Abel Paiva e Silva e Alice Brito, da autoria do Enfermeiro Hernâni Duque, no âmbito do seu projecto de investigação realizado no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem da UCP, do qual resultou a dissertação: “*O doente dependente no autocuidado – estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*” (Duque, 2009). Desde logo, este estudo demonstrou a facilidade de utilização da escala, a sua viabilidade clínica e, acima de tudo, a sua consistência interna (Duque, 2009).

Esta (macro) escala encontra-se estruturada em 10 domínios do autocuidado: “tomar banho”; “vestir-se ou despir-se”; “alimentar-se”; “arranjar-se”; “cuidar da higiene pessoal”; “auto-elevar”; “usar o sanitário”; “transferir-se”; “virar-se”; e “usar a cadeira de rodas”. Cada uma destas dimensões, ou tipo de autocuidado, é avaliado de acordo com um painel de indicadores / itens específicos, através de uma escala de Likert de 4 pontos:

“Dependente não participa” – score 1;

“Necessita de ajuda de pessoa” – score 2;

“Necessita de equipamento” – score 3;

“Completamente independente” – score 4.

A escala (tomada globalmente) permite uma avaliação geral do nível de dependência no autocuidado e, essencialmente, uma avaliação do nível de dependência em cada uma das dimensões / tipos de autocuidado. Para além do mais, permite-nos, ainda mais especificamente, descrever o nível de dependência em cada uma das diferentes actividades ou itens que compõem cada um daqueles tipos de autocuidado (Anexo 1).

Em suma, um instrumento de avaliação do nível de dependência no autocuidado deverá permitir perceber de que forma os doentes devem ser assistidos e quais as intervenções exequíveis e adequadas para alcançar os objectivos traçados, para cada situação, permitindo, de igual forma, avaliar a sua evolução, tudo isto na perspectiva de uma “Enfermagem avançada”.

## 1.2 Justificação do estudo

Tendo em mente o exposto ao longo das últimas páginas, relembramos as perguntas a colocar em relação ao significado da investigação para o conhecimento da disciplina de Enfermagem: “O problema é importante?”; “Existem aplicações e implicações práticas?”; “Existe a possibilidade de clientes, enfermeiros ou a comunidade beneficiarem com o conhecimento produzido?”; “Os resultados esperados são potencialmente capazes de auxiliar a aperfeiçoar a prática de enfermagem?” (Polit e Hungler 1995, p.72). Procuramos desenvolver um estudo que respondesse positivamente a todas estas questões.

Em Portugal, os trabalhos que reportam a avaliação do nível de dependência no autocuidado surgem, na sua maioria, no âmbito de processos de investigação ligados a teses de mestrado em enfermagem. No entanto, a maioria debruça-se sobre a dependência relacionada com o envelhecimento, servindo a avaliação do nível de dependência apenas como variável de caracterização dos idosos participantes no estudo. A descrição do tipo e do nível de dependência no autocuidado é muito genérico, com pouco potencial de utilização clínica e quotidiana. Esta realidade deriva, essencialmente, do facto das escalas utilizadas terem apenas utilidade para a investigação, sendo muito limitadas as suas capacidades no apoio à tomada de decisão dos enfermeiros.

Entendemos, portanto, que os dados actualmente existentes em Portugal, no que respeita ao fenómeno da dependência, são insuficientes dado que não é avaliado o grau de dependência de forma consistente, nem em todos os sectores da população, bem como, não existe uma diferenciação por regiões. A realização de estudos de base populacional que vão para além dos casos dos doentes internados nos hospitais e que utilizam os recursos (muito específicos) dos centros de saúde, aumentará o nosso conhecimento sobre a real dimensão do fenómeno na população. Para além do mais, julgamos que não se tem desenvolvido a investigação da avaliação da dependência no autocuidado numa perspectiva de enfermagem, ainda que muito dos estudos disponíveis sejam da autoria de enfermeiros...

A Ordem dos Enfermeiros (OE) aponta, entre outros, como factores de qualidade dos

cuidados de enfermagem: a procura da promoção da saúde através da identificação da situação de saúde da população; a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida; e, a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas dos clientes, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar dos clientes e suplementar / complementar as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente (OE, 2001).

O conhecimento produzido neste estudo, se aplicado, poderá beneficiar não só a comunidade mas, também, potenciar o aperfeiçoamento da prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados. Ao caracterizar com maior rigor a situação de saúde da população e os seus problemas, abre-se caminho aos enfermeiros para implementarem intervenções, dentro das suas competências, que sejam potenciadoras da autonomia dos clientes e das capacidades dos familiares que, em particular no domicílio, deles tomam conta.

Pretende-se, também, contribuir para o refinamento e a validação de instrumentos fiáveis que possam ser clinicamente úteis, para efeitos do processo de diagnóstico (diferencial) em enfermagem e para efeitos de tradução da dimensão epidemiológica de um fenómeno de saúde que, para além ser extremamente relevante para a enfermagem, constitui uma das prioridades das grandes opções estratégicas da saúde em Portugal.

### **1.3 Visão geral do estudo**

Este estudo desenvolveu-se em duas fases. Na primeira, procedemos a uma revisão da literatura acerca da problemática e ao desenvolvimento de um instrumento (alargado) de colheita de dados comum para todos os elementos do grupo de investigação, já referido anteriormente. Numa segunda fase, efectuou-se a recolha de dados, o seu tratamento e análise. No quadro seguinte (Quadro I), representa-se de forma sintética a organização do estudo.

Quadro I – Visão geral do estudo

Desenho – Cronologia	Fase I: Enquadramento teórico Desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados	Fase II: Colheita, tratamento e análise de dados Elaboração de relatório do estudo
Objectivos	<p>Conhecer a dimensão do fenómeno da dependência no autocuidado, no seio das famílias clássicas residentes no concelho do Porto.</p> <p>Caracterizar os clientes dependentes no autocuidado, integrados no seio das famílias clássicas residentes no concelho do Porto.</p> <p>Avaliar o nível de dependência, dos clientes dependentes no autocuidado, integrados no seio das famílias clássicas residentes no concelho do Porto</p>	
Contexto	Concelho do Porto	
Metodologia	Estudo exploratório e descritivo, de natureza quantitativa	
População e Amostra (s)	<p>Famílias clássicas do concelho do Porto. Conceito de Família clássica, de acordo com definição do INE.</p> <p>Amostra probabilística e estratificada, por freguesia.</p>	

## 1.4 Referências

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

ARAÚJO, F.; RIBEIRO, J. L. P.; 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

BACKMAN, K; HENTINEN, M. - Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, n. 03 (Setembro 1999), p.564 - 572

BACKMAN, K.; HENTINEN, M. – Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 15, n. 03 (2001), p. 195 – 202

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

CALDAS, C. P. – Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19, nº. 3 (Junho 2003), p. 773 – 781

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N.- Expectativa de vida para idosos brasileiros em 2003, segundo diferentes níveis de incapacidade funcional. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 24, nº 4 (Abril 2008), p. 845 – 852

DECRETO-LEI N.º101/2006 D.R. I Série – A N.º109 (2006-06-06) [Em linha] [Consult. 1 de Março de 2008]. Disponível em URL <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao.htm>

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

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. – Capacidade funcional e factores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 24, nº 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

HOOGERDUIJN, J. G.; SCHUURMANS, M. J.; DUIJNSTEE, M. S.; ROOIJ, S. E.; 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, nº 1 (Janeiro 2006), p. 46 – 57

IMAGINÁRIO, C. – *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau: formação e saúde, 2002

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – *Projeções de população residente Portugal 2008-2060* – Instituto Nacional de Estatística, 2009. [Em linha] [Consult. 9 de Setembro de 2010]. Disponível em URL: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=65944632&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2)

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES – *Classification for Nursing Practice-Version 2.0*, [Em linha] [Consult. 15 de Agosto de 2011]. Disponível em <http://icn-apnetwork.org/>

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

- LAGE, M. I. G. – *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 Actividades de vida diária (Escala de Katz) – *Cadernos Saúde Pública*. Vol. 24, n.º 1 (Janeiro 2008), p. 103 – 112
- 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
- MELEIS, A. I.; 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
- MELEIS, A. I. - *Theoretical Nursing: Development and progress*. 4.<sup>a</sup> ed.: Lippincott Williams &Wilkins, 2007
- MELEIS, A. I. – *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*: Springer Publishing Company, 2010
- MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MASS, M. – Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 3.<sup>a</sup> ed.: Artmed, 2008
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Divulgar. Lisboa, Dezembro 2001
- OREM, D. – *Modelo de Orem. Conceptos de enfermaria 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. [Em linha] [Consult. 26 de Fevereiro de 2010]. Disponível em URL: <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/>
- PAIXAO, C. M.; REICHENHEIM, M. E. – 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. M.S. – *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

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004a)* [Em linha] [Consult. 20 de Abril de 2009]. Disponível em URL <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 VOL II (2004b)* [Em linha] [Consult. 20 de Abril de 2009]. Disponível em URL <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/>

PROOT, I. M.; 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. 03 (1998), p. 139 – 45

PROOT, I. M.; ABU-SADD, H.; OORSOUW, G.; STEVENS, J. – Autonomy in Stroke Rehabilitation: The Perceptions of Care Providers in Nursing Homes- *Nursing Ethics*. Vol. 9, n. 0 1 (2002), p. 36 – 50

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 59/2002 – D. R. — I SÉRIE-B N.º69 (2002-03-22) [Em linha] [Consult. 1 de Março de 2008]. Disponível em URL: <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao.htm>

ROPER, N.; LOGAN, W. W.; TIERNEY, A. J. - *Modelo de Enfermagem*. 3ªed.: McGrawHill, 1995

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

SEQUEIRA, C. – *Cuidar de idosos: Diagnósticos e intervenções*: Ed. Quarteto, 2007

SHUMACHER, K. L.; JONES, P. S.; MELEIS, A. I.-Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice In SWANSON, E.; TRIPP-REIMER, T. - *Life Transitions in the Older Adult: Issues for Nurses and Other Health Professionals*. New York: Springer Publishing Company, 1999

SILVA, A. P. – “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, M.J.; LOPES, M.; ARAÚJO, M.; MORAES, G. – Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará.

*Acta paulista de enfermagem*. Vol. 19, n.º2 (Abril – Junho 2006). p. 201 – 206

SISTEMA DE SEGURANÇA INTERNA – *Relatório Anual de Segurança Interna 2009*  
[Em linha] [Consult. 25 de Maio de 2010]. Disponível em URL:  
[http://www.mai.gov.pt/data/actualidades%20destaques/destaques/2010/RASI%202009%20-%20PCM%2025MAR.%20\(Versao%20defintiva\).pdf](http://www.mai.gov.pt/data/actualidades%20destaques/destaques/2010/RASI%202009%20-%20PCM%2025MAR.%20(Versao%20defintiva).pdf)

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

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

## 2 Enquadramento metodológico

O estudo que projectamos inscreve-se num paradigma da investigação quantitativa, “a pesquisa quantitativa envolve a colecta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controlo, além da análise dessa informação utilizando procedimentos estatísticos” (Polit e Hungler, 1995, p.18). O primeiro propósito da investigação quantitativa é identificar regularidades e padrões.

A recolha de dados foi controlada e sistemática, com recurso a uma população de grande dimensão, tendo sido utilizado o formulário como instrumento para recolha de dados. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente, para obtenção de resultados que possam ser inferidos da amostra para a população de origem.

Neste capítulo, pretende-se expor, de forma mais detalhada, as opções metodológicas realizadas, bem como, os seus fundamentos.

### 2.1 Finalidade do estudo

O propósito deste estudo, inscrito num estudo mais alargado, foi conhecer a dimensão do fenómeno da dependência no autocuidado, no seio das famílias clássicas do concelho do Porto. Desta forma, pretendemos impulsionar o desenvolvimento de estudos de carácter epidemiológico na enfermagem, contribuindo, assim, para expandir o conhecimento das pessoas, famílias e comunidades a que se dirigem os cuidados de enfermagem, disponibilizando informação válida que possa ser útil, por exemplo, para o planeamento em saúde.

Clarificada a finalidade do estudo, urge delimitar a questão geral que o norteou.

#### 2.1.1 Pergunta de investigação

A pergunta de investigação orientadora do estudo foi:

Qual o nível de dependência no autocuidado dos dependentes inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto?

A partir da questão apresentada definiram-se os objectivos para o nosso estudo:

##### 2.1.1.1 Objectivos

Os objectivos que se perseguiram com o estudo visavam:

- Conhecer a dimensão do fenómeno da dependência no autocuidado, no seio das famílias clássicas residentes no concelho do Porto;
- Caracterizar os clientes dependentes no autocuidado, integrados no seio das famílias

clássicas residentes no concelho do Porto;

- Avaliar o nível de dependência dos clientes dependentes no autocuidado, integrados no seio das famílias clássicas residentes no concelho do Porto.

O estudo que delineámos procurou viabilizar a produção de dados que contribuíssem para a elaboração de um discurso capaz de cumprir os objectivos apresentados.

## **2.2 Tipo de estudo**

Este é um estudo que, estando inscrito num paradigma de investigação quantitativa, é de carácter exploratório e descritivo. Pretende-se observar, explorar e descrever aspectos de uma situação ainda “mal conhecida”, tendo como objectivo uma maior familiarização e profundidade com o tema (Polit e Hungler, 1995; Gil, 2007). Neste caso, propomo-nos descrever o tipo e o nível de dependência no autocuidado dos dependentes inseridos no seio das famílias clássicas, no concelho do Porto.

Ao procurar conhecer com mais profundidade a realidade da dependência no autocuidado, no concelho do Porto, este estudo aproximar-se-á, assim, da pesquisa exploratória, já que procura explorar as dimensões deste fenómeno, a maneira como se manifesta, a sua dimensão e (alguns) factores com que se relaciona (Polit e Hungler, 1995; Gil, 2007).

### **2.2.1 Variáveis do estudo**

De acordo com Gil (2007), a variável pode ser definida como qualquer coisa que pode ser classificada em duas ou mais categorias. Polit e Hungler (1995, p.374) definem este conceito como “a característica ou atributo de uma pessoa ou objecto que varia (assume valores diferentes), na população estudada”.

#### **2.2.1.1 Operacionalização das variáveis em estudo**

Para que as variáveis possam ser discutidas empiricamente é necessário que sejam mensuráveis, ou seja, é necessário operacionalizar as variáveis. O processo de operacionalização requer que primeiro se defina teoricamente a variável e em seguida se proceda à sua definição operacional, em que se referem os indicadores que indicam os seus (hipotéticos) valores (Gil, 2007). As definições usadas neste estudo serão sempre que possível as determinadas pelo INE (Anexo 2).

A operacionalização das variáveis de atributo (dependente e família) e da variável (central) em estudo – “nível de dependência no autocuidado” são apresentadas em anexo, respectivamente Anexo 3 e Anexo 4.

## 2.3 População e amostra

A população deste estudo, como já tivemos oportunidade de referir, corresponde à totalidade das famílias clássicas residentes no concelho do Porto, no Verão de 2009 (altura em que se procedeu à colheita de dados). A população corresponde ao grupo global de casos que partilham um determinado conjunto de características de interesse para o investigador (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 1999).

Como se percebe pela dimensão da população seria muito difícil estudar toda a população. Assim, avançamos para um processo de definição de uma amostra capaz de ser, neste caso, “representativa da população”. Esta preocupação conduziu-nos à opção por uma amostra probabilística. A amostra pode ser definida como um grupo da população, do qual se recolhem os dados, com o intuito de fazer inferências para a população de origem (Fortin, 1999). A questão que se coloca tem que ver com o plano de amostragem, que tem que ser “suficiente robusto” para permitir realizar inferências para a população, tendo em conta a lei da regularidade estatística (Gil, 2007).

### 2.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Para a constituição da amostra, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Aceitar participar no estudo;
- “Casos” oriundos de famílias clássicas residentes no Concelho do Porto;
- O respondente e o dependente apresentarem idade superior a 18 anos.

Foram excluídos os casos não incluídos nos critérios anteriores.

### 2.3.2 Considerações éticas

O estudo realizado cumpriu todos os preceitos éticos que importa considerar na investigação que envolve humanos. No código penal (artigo 38.º) afirma-se que o consentimento “...pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido...”, o que pressupõe que esse consentimento poderá ser oral ou escrito. O consentimento escrito está especificamente previsto para situações, em que os requisitos formais devem ser cumpridos – é o caso dos ensaios clínicos, por exemplo (OE, 2007). No caso presente, 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 colectados serem tratados estatisticamente como dados colectivos da população em geral, e não como dados personalizados. Importa, contudo, realçar que mesmo sendo um consentimento oral, o mesmo não deixou de ser livre e esclarecido

e obtido sem qualquer tipo de recompensa ou ameaça.

Antes da colheita de dados, o consentimento para a recolha e a utilização dos dados foi solicitado, ficando clara a disponibilidade demonstrada pelos inquiridos em participar no estudo, no respeito pelo princípio da autonomia, segundo o qual a decisão é tomada pela pessoa de forma livre, após informação conveniente acerca do que é pretendido com o estudo (Reys, 1996).

Foram esclarecidas, pelo entrevistador / investigador, no momento da entrevista, as razões do estudo, a sua finalidade, os (hipotéticos) benefícios pretendidos para a comunidade, salientando-se, no entanto, que estes não seriam imediatos. Para além do mais, foi garantida a confidencialidade e o anonimato no tratamento e apresentação dos dados. Informou-se ainda que o respondente poderia recusar continuar a sua participação em qualquer momento.

Tendo-se tratado de uma colheita de dados junto de pessoas que se pressupõe dependentes de outros, a capacidade de compreender e decidir de forma autónoma em alguns casos encontrava-se limitada, pelo que, nestas situações, a colheita foi realizada de acordo com decisão do familiar (principal) prestador de cuidados, tendo como princípios orientadores: i) o princípio da “não maleficência” (Reys, 1996); ii) o direito à privacidade do dependente (Polit e Hungler, 1995). Os dados recolhidos restringiram-se, apenas, às informações necessárias à avaliação do nível de dependência no autocuidado e demais aspectos incluídos no estudo alargado. Como não podia deixar de ser, o estudo e a colheita de dados foi norteada pelo princípio universal do direito à preservação da dignidade humana (Declaração Universal dos Direitos do Homem, Artigo 1.º).

Foi acautelado e decidido, previamente ao início do estudo, que, na hipótese de nos depararmos com situações em que, de acordo com a nossa avaliação (de enfermeiros, com cédula profissional emitida pela Ordem dos Enfermeiros), o dependente se encontrasse em risco de vida, ou apresentasse mau estado geral seria solicitada ao prestador/dependente autorização para chamar o INEM, os bombeiros ou para contactar com o centro de saúde da área de residência, de acordo com a emergência ou a urgência da situação. De acordo com a referida autorização, seria manifestada disponibilidade para realizar esses contactos ou para os deixar ao cargo dos familiares. Perante um quadro de evidência de alguma “negligência” ou de risco de vida, todas as decisões tomadas, que de alguma forma fossem contra a vontade demonstrada pelo familiar / prestador de cuidados, seriam tomadas com base nos direitos do dependente, apoiadas no código deontológico dos enfermeiros, nos quatro

princípios éticos, na carta dos direitos humanos e na consciência do inquiridor. Durante o desenvolvimento da fase de recolha de dados, não nos deparamos com nenhum destes casos. Admitimos que, eventualmente, algumas (ainda que poucas) das recusas que tivemos pudessem estar relacionadas com quadros de negligência do dependente.

### 2.3.3 Plano de amostragem

Tendo em consideração que se pretendia caracterizar todo o universo de famílias clássicas do concelho do Porto, quanto ao número de casos e nível de dependência no autocuidado, a utilização de um método de amostragem com alto potencial de inferência para a população foi considerado essencial. Diz-se que uma amostra é representativa quando se comporta como a população de origem ou apresenta características semelhantes a ela. Deste modo, a possibilidade de generalização dos resultados do estudo acentua-se (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 1999; Gil, 2007).

De acordo com a literatura consultada, a fiabilidade, a validade e o poder de inferência de um estudo, para além de outros aspectos, derivam da qualidade e da dimensão da amostra da população de origem que utiliza. Reconhecidamente, a melhor forma de garantir o poder de representação da população de origem, por parte de uma amostra, passa por utilizar uma abordagem do tipo probabilístico e aleatório. Desta forma, fica garantido que cada elemento da população tem, à partida, a mesma probabilidade de ser incluído na amostra final (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 1999). O método de amostragem probabilístico é aquele em que se pode ter maior confiança quanto à representatividade da amostra. A marca de qualidade da amostragem probabilística é a selecção aleatória dos seus elementos, isto porque, com base na “lei da regularidade estatística”, um conjunto de unidades tomadas ao acaso de um conjunto maior terá, provavelmente, características do grupo maior (Gil, 2007, p.100).

Neste estudo foi utilizada uma amostragem aleatória estratificada, já que se pretendia estudar uma grande população – as 100696 famílias clássicas residentes no concelho do Porto, quando do censo 2001. O critério de estratificação foi a distribuição das famílias da população pelas diferentes freguesias do concelho (Anexo 5).

Para o cálculo da amostra utilizou-se a fórmula de cálculo de Lwanga e Lemeshow (1991), esta é sugerida por Beaglehole, Bonita, e Kjellstrom (2006) 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 adopção desta fórmula permite 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 é 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 do estrato, já que não se pretendia estabelecer comparações entre os estratos. Neste caso a proporcionalidade será de acordo com a representação das famílias de cada freguesia em relação ao valor na população total (Anexo 6).

Para o processo de selecção das unidades familiares da amostra, utilizou-se a Base Geográfica de Referenciação de Informação – BGRI – (2001), permitindo conhecer a distribuição geográfica das famílias e um Sistema de Informação Geográfico (ArcGIS®) para a selecção geográfica aleatória de subsecções territoriais (Anexo 7). A BGRI, de acordo com o INE (2009), é um instrumento muito valioso no suporte às metodologias de recolha de dados em larga escala. Os recursos utilizados nesta fase foram assegurados pela ESEP.

## **2.4 Procedimentos de recolha e tratamento dos dados**

Previamente à recolha de dados no concelho do Porto, foi realizado um inquérito preliminar – pré-teste –, com o objectivo de identificar possíveis lacunas ou erros na elaboração do formulário, nomeadamente, a respectiva compreensão por parte dos respondentes, a necessidade de novas questões ou, mesmo, a exaustão do respondente (Gil, 2007). Foram realizados, em Vila Nova de Gaia, 15 entrevistas, sendo recolhidos dados junto de uma população com características semelhantes àquela que viria a ser estudada.

Em particular, em relação às escalas utilizadas na avaliação do nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado, o pré-teste não revelou necessidade de efectuar modificações. Contudo, foi notório que, em algumas situações, a observação directa e integral do dependente nas actividades de autocuidado não seria praticável. Assim, foi decidido que, nesta condição, a avaliação seria realizada de forma indirecta, através das respostas do familiar prestador de cuidados ao dependente. Esta opção foi reforçada pelo facto de, em dois estudos de doutoramento que se encontram em fase final de elaboração do relatório, ter sido possível verificar a alta consistência interna e variabilidade das respostas, quando o referido instrumento foi administrado por telefone.

Após terem sido estabelecidos e uniformizados os critérios sobre a forma como os

dados seriam recolhidos junto dos entrevistados (Anexo 8), optou-se por um esquema de recolha de dados do tipo “porta-a-porta”, num único momento.

Os investigadores assumiram também o papel de entrevistadores / colectores de dados. Esta opção foi considerada essencial, na medida em que os dados a serem recolhidos, quer no nosso estudo, em particular, quer no estudo alargado, exigem o juízo clínico de um enfermeiro. Tendo em conta o número elevado de elementos da amostra e a extensão da área em estudo, foram encontrados períodos de tempo ao longo dos dias úteis da semana em que, pelo menos, dois elementos da equipa de investigação, estivessem disponíveis para realizarem as entrevistas, percorrendo as zonas pré-determinadas, de cada uma das freguesias. A recolha decorreu freguesia a freguesia seguindo-se, para o efeito, uma sequência por ordem alfabética.

A recolha de dados desenrolou-se ao longo dos meses de Julho, Agosto e Setembro de 2009, tendo sido “tocadas” aproximadamente 8000 campanhas, como forma de garantir 2445 “casos”. Assim, a amostra obtida correspondeu, no essencial, àquilo que foi previsto.

O formulário alargado foi montado com base no *software* TELEFORM<sup>®</sup> (disponível nos serviços da ESEP), o que nos permitiu que todo o processo de lançamento dos dados fosse totalmente automático. Este facto concorreu para a fiabilidade do material que está na base do nosso estudo e de todos os outros que o acompanharam. Os dados, uma vez lidos através do TELEFORM<sup>®</sup> *reader*, foram alojados numa base de dados ACCESS da Microsoft<sup>®</sup>. Após, os dados foram inspeccionados pela equipa de investigação, com o intuito de despistar “erros” e ou informações “aberrantes”. Os “erros” detectados foram muito poucos e a sua correcção exigiu-nos uma nova consulta de alguns casos, em suporte de papel. Os “erros” encontrados explicam-se pela dificuldade que o *software* de leitura utilizado tem em ler algumas particularidades da caligrafia humana.

Depois de preparados, os dados foram exportados para o PASW<sup>®</sup> 18.0, onde foram submetidos aos procedimentos de análise estatística (descritiva e inferencial) considerados adequados, em função da natureza das variáveis e dos objectivos da nossa investigação (Polit e Hungler, 1995; Gil, 2007).

#### **2.4.1 Instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi o formulário. Segundo Marconi e Lakatos (1999), este tipo de instrumento de recolha de dados pode ser definido como uma lista formal (muito “fechada”), um catálogo ou inventário destinado à colecta de dados resultantes quer da observação quer da entrevista, cujo

preenchimento é feito pelo próprio investigador (colector de dados), à medida que faz observações ou recebe as respostas dos participantes.

Esta ferramenta permite a colheita de dados em quase todos os segmentos da população: analfabetos, alfabetizados, populações heterogéneas. Por outro lado, a presença do investigador permite esclarecer dúvidas acerca do significado das perguntas, podendo este reformular as questões, ajustando-as à compreensão de cada um dos entrevistados; permite, ainda, a obtenção de dados mais complexos e úteis. Atendendo ao objectivo do nosso estudo e à grandeza e à diversidade da população a ser estudada, estas características e vantagens do formulário revelaram-se bastante úteis.

#### 2.4.1.1 Formulário

O formulário (alargado), empregue na recolha dos dados, foi construído e organizado pelo grupo de investigação, com base na revisão da literatura e na discussão entre os elementos do grupo acerca da problemática em estudo. Encontra-se estruturado em três secções, compilando questões de interesse para todos os elementos do grupo. A primeira secção corresponde a um inquérito preliminar para identificação das famílias com dependentes no autocuidado e para a caracterização da família, do alojamento e do membro da família prestador de cuidados (MFPC). Na segunda secção, interessou-nos a caracterização da pessoa dependente, o seu tipo e nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado – aspecto central no nosso estudo em concreto. Para além disso, no estudo alargado, interessou-nos estudar outros aspectos centrados nos MFPC, nomeadamente: a sua percepção em termos de auto-eficácia no desempenho do papel; os recursos utilizados na prestação de cuidados ao dependente; a intensidade de cuidados assegurada ao dependente, por parte do seu MFPC. Na terceira secção recolheram-se dados para um estudo, realizado em paralelo por um dos elementos do grupo de investigação, relativo a famílias com familiares institucionalizados. Em anexo (Anexo 9) poder-se-á observar o instrumento na sua totalidade, destacando-se / sinalizando-se os elementos relevantes para o nosso estudo, em concreto.

As escalas de avaliação da dependência nos diferentes domínios do autocuidado, por nós utilizadas, e já referidas anteriormente, são instrumentos desenvolvidos na ESEP. De acordo com os resultados do estudo de Duque (2009) e os propósitos de utilização do instrumento no âmbito domiciliário, foram acrescentadas ao instrumento original duas novas dimensões do autocuidado – “Andar” e “Tomar medicação”. Por outro lado, com base nos resultados do estudo de Duque (2009), as dimensões originais –

“Arranjar-se” e “Cuidar da higiene pessoal” – foram agrupadas numa única categoria, que designamos apenas como “Arranjar-se”.

A opção de inserir o tipo de autocuidado “Andar” foi decidida pelo grupo de investigação, que considerou ser esta, também, uma ABVD e a dependência neste tipo de autocuidado um factor concorrente para a dependência em outras das ABVD, principalmente, na realização das AIVD. Como apontado por Silva e colaboradores (2006, p.204), “a mobilidade é, geralmente, a primeira actividade de vida comprometida e, se considerarmos que esta é necessária para a maioria das actividades de vida, isso resultará na perda da independência”.

Quanto à dimensão “Tomar a medicação”, apesar de ser uma AIVD, de acordo com a tipologia que apresentamos na delimitação da problemática, pareceu-nos relevante a sua inclusão, considerando a actual situação em relação à utilização de terapêutica medicamentosa nomeadamente na população idosa, com um aumento do consumo e do número de medicamentos usados. Acresce que os estudos de Padilha (2006) e de Petronilho (2006), evidenciaram que este era um domínio de compromisso nas capacidades de desempenho dos clientes e onde, de uma forma significativa, se verificavam quadros de dependência. No seu estudo, Padilha (2006) sugere que a existência destes défices / dependências no “Tomar a medicação” podem resultar em quadros de descontinuidade no tratamento farmacológico dos dependentes, após o regresso a casa.

Como já tivemos oportunidade de salientar ao longo deste relatório, a avaliação da dependência nos vários domínios do autocuidado foi feita com base num instrumento que incorpora várias escalas, cada uma delas com diferentes “indicadores”, cada um concretizado numa escala de *Likert* de quatro pontos:

Dependente não participa – *score 1*;

Necessita de ajuda de pessoa – *score 2*;

Necessita de equipamento – *score 3*;

Completamente independente – *score 4*.

Em qualquer estudo de investigação, quando se utilizam instrumentos deste tipo, importa estudar e demonstrar a sua robustez, quer em termos de validade, quer em termos de fidelidade.

#### **2.4.1.1.1 Validade e fidelidade do instrumento: Escala(s) de avaliação da dependência no(s) autocuidado(s)**

A qualidade dos instrumentos utilizados na recolha de dados, de acordo com a literatura, constitui um critério importante na apreciação da qualidade dos estudos de investigação. A avaliação da referida qualidade, grosso modo, faz-se com base em critérios de validade e de fidelidade dos instrumentos utilizados (Polit e Hungler, 1995; LoBiondo-Wood e Haber, 2001).

A validade de um instrumento prende-se com o facto do instrumento, na realidade, medir aquilo a que se propõe medir e não outro constructo. A fidelidade – aspecto que complementa a validade e, assim, aumenta a robustez do instrumento – diz respeito à precisão do resultado (medida) obtido com o instrumento (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 1999). A validade e a fidelidade de uma medida não são sinónimos, mas também não são qualidades independentes. Na realidade, um instrumento de medida que não seja fiável dificilmente será válido. Contudo, um instrumento pode ser fiável (preciso) e não medir o fenómeno que se propõe medir (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 1999).

A validade, em termos gerais, radica na evidência de que uma determinada escala ou teste é capaz de cobrir, com propriedade, todas as dimensões do fenómeno ou constructo que se propõe medir (Hill e Hill, 2002). De acordo com os consensos disponíveis na literatura (LoBiondo-Wood e Haber, 2001; Hill e Hill, 2002; Fortin, 2009), podemos falar em três tipos de validade: a validade relativa ao conteúdo do instrumento; a validade de constructo ou conceptual; e, por último, a validade de critério.

A validade de conteúdo refere-se à representatividade dos enunciados do instrumento em relação ao domínio que se pretende medir. A validade de conteúdo está ligada à definição teórica do conceito. Já a validade conceptual diz respeito à capacidade do instrumento para medir o conceito ou o constructo definido teoricamente. A validade de critério consiste na correlação entre um instrumento de medida e um outro instrumento que mede o mesmo fenómeno (Fortin, 2009).

Relativamente à validade de conteúdo, admite-se que a melhor forma de a garantir passa por construir (ter disponível) uma matriz ou painel de itens (conteúdos) que forneçam uma estrutura sólida e extensa, que cubra o conteúdo dos aspectos em avaliação (LoBiondo-Wood e Haber, 2001). O facto do instrumento desenvolvido na ESEP se basear em itens incluídos na NOC e de se referir a conceitos amplamente estudados na enfermagem e representados de uma forma estável nas diferentes classificações em utilização pela comunidade científica da disciplina reforçam a sua

validade de conteúdo. Muitas vezes, a validade de conteúdo, de acordo com Fortin (2009), pode ser reforçada, numa lógica quantitativa, através de medidas de concordância entre peritos. A forma como a NOC tem vindo a ser desenvolvida está de acordo com aquilo que é defendido por Fortin. Acresce a este facto que a metodologia utilizada pelo grupo de investigação da ESEP, no sentido de definir, a partir dos conteúdos da NOC, os itens das escalas, pode ser considerado como um “painel de peritos”.

A validade de constructo, ou conceptual, está intimamente relacionada e, em certa medida, deriva da validade de conteúdo. Os conceitos centrais do instrumento desenvolvido na ESEP para avaliar a dependência no autocuidado e utilizado, pela primeira vez por Duque (2009), derivam da literatura de enfermagem, são muito estáveis e marcam um vasto leque da produção científica da disciplina, o que facilita a sua utilização, aplicação e interpretação. Ainda a respeito da validade de constructo, é importante proceder, depois de se ter utilizado o instrumento, à análise das suas propriedades para a descrição do fenómeno, tendo em vista verificar se os resultados obtidos são consistentes com a teoria de base. O estudo de Duque (2009), assim como os resultados que foram obtidas no âmbito do nosso projecto com base nos dados apurados para os concelhos do Porto e de Lisboa, permitiram-nos descrever as variações na intensidade e os perfis do fenómeno da dependência no autocuidado, quer em contexto de internamento hospitalar, quer em contexto domiciliário, de uma forma consistente com aquilo que era expectável. Assim, de acordo com Fortin (2009), podemos dizer que a validade de constructo procura perceber se os resultados práticos da utilização do instrumento correspondem às expectativas derivadas da construção teórica de base, do próprio instrumento. Com efeito, a validade de constructo, relevante no processo de construção / desenvolvimento de escalas, consiste em saber se os resultados práticos, obtidos após a aplicação do instrumento, correspondem às expectativas derivadas da construção teórica do próprio instrumento (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 2009). Acreditamos que os resultados do estudo de Duque (2009), a par com aquilo que resultou do nosso projecto, demonstram a validade de constructo das escalas de avaliação da dependência no autocuidado, que utilizámos no estudo que aqui se relata.

A validade de critério (ou validade prática, como por vezes aparece denominada na literatura) refere-se à associação ou à relação bem conhecida entre a “medida” ou escala em estudo e uma outra qualquer medida (muitas vezes, uma outra escala), que mede o mesmo constructo e que constitui, idealmente, o método padrão (“*golden standard*”) de medição do mesmo (LoBiondo-Wood e Haber, 2001; Hill e Hill, 2002;

Fortin, 2009). Um dos grandes problemas deste tipo de validação é, na grande parte das situações, a “inexistência” de medidas de referência que avaliem exactamente o mesmo constructo. Muitas vezes, faz-se, de forma simultânea, a verificação do comportamento da “medida”, em função de um critério muito estável. Neste caso, como sabemos que, em grandes massas de dados, quanto maior for a idade maior será, por princípio, o nível de dependência no autocuidado, podemos considerar que então tal resultado será expectável. Este tipo de estratégia é um recurso para avaliar a validade de critério das escalas.

Como vimos, a fidelidade (precisão) dos instrumentos de medida é um aspecto essencial dos estudos com o perfil daquele que levámos por diante.

Desde logo, com base nos resultados do estudo de Duque (2009), podemos dizer que os instrumentos que utilizámos são precisos nas suas medições. Importa sublinhar que, como se depreende dos objectivos enunciados para este estudo, não era nossa intenção proceder a um processo (metodológico) de validação do instrumento. Este propósito será objecto dos dois estudos de doutoramento, para os quais este estudo em concreto concorre. Todavia, para que se possa assumir que os resultados aqui reportados, em termos de dependência no(s) autocuidado(s), são fidedignos, urge considerar e discutir a fidelidade do instrumento de medida (Hill e Hill, 2002).

De acordo com a literatura a fidelidade ou consistência de uma medida pode ser avaliada de três maneiras diferentes: fidelidade ou consistência temporal; fidelidade inter-observadores (consistência de equivalência de medidas); e, consistência interna (Hill e Hill, 2002; Almeida e Freire, 2008; Fortin, 2009). Dada a forma como utilizámos o instrumento de avaliação da dependência no autocuidado, apenas a consistência interna é relevante (em termos de fidelidade), uma vez que se trata de um instrumento que recolhe, com base no juízo (clínico) de “um avaliador por caso”, informação dos sujeitos, numa única abordagem ou “corte transversal” (Fortin, 2009).

A consistência interna corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, indicando como cada um deles está ligado aos outros enunciados da escala (Almeida e Freire, 2008). A técnica mais utilizada para estimar a consistência interna dos instrumentos é o Alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach. O  $\alpha$  de Cronbach é uma medida estatística que indica a consistência das respostas dos sujeitos nos itens das escalas e subescalas subsequentes. Segundo Fortin (2009), o  $\alpha$  Cronbach é utilizado quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos scores. Esta medida varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1 for o valor de  $\alpha$ , mais consistentes são os itens da escala, indicando que a escala produz valores precisos. De acordo

com a literatura disponível (Hill e Hill, 2002; Pestana e Gageiro, 2008), um  $\alpha$  inferior a 0,6 é “inaceitável” para qualquer instrumento. Valores superiores, naturalmente, são sempre mais desejáveis. Desde logo, o estudo de Duque revelou valores de  $\alpha$  de Cronbach na ordem de 0,9 (Duque, 2009), o que pode ser considerado como muito bom (Pestana e Gageiro, 2008).

Para avaliação da consistência interna do(s) instrumento(s) de avaliação da dependência no(s) autocuidado(s) foi utilizado o somatório dos casos de dependentes identificados nos concelhos do Porto (163 casos) e de Lisboa (121 casos), o que perfaz um total de 284 casos. A opção por esta associação decorre da necessidade de termos um número suficiente de casos para uma avaliação mais credível da escala aplicada.

Assim, a amostra utilizada para avaliar a fidelidade dos instrumentos foi constituída por 65,1% de casos do sexo feminino e 34,9% do sexo masculino; a média de idades dos dependentes foi de 76,4 anos. Metade dos casos que compunham a amostra apresentava idade superior aos 80 anos. Relativamente ao estado civil, predominavam os viúvos (46,2%), logo seguidos dos casados (38,1%), dos solteiros (13 %) e, por último, os divorciados (2,7%). Estas características da amostra alinham com aquilo que outros estudos que se focam na problemática já evidenciaram (Santos, 2005; Petronilho, 2006; Figueiredo, 2007; Ricarte 2009)

Numa primeira fase, procedeu-se à análise da consistência interna para cada escala de avaliação de cada um dos diferentes domínios do autocuidado estudado, analisando “escala a escala” de uma forma totalmente independente. Os valores do  $\alpha$  de Cronbach, de cada uma das escalas de autocuidado, podem ser analisados na Tabela 1. As sub-escalas “Elevar-se” e “Virar-se” não foram incluídas na análise, por serem formadas apenas por um item.

Tabela 1 – Valores de  $\alpha$  de Cronbach apurados para as diferentes escalas de avaliação da dependência no(s) autocuidado(s)

Escala de autocuidado	N.º de itens	N.º de casos	% de casos	$\alpha$ de Cronbach
Tomar banho	8	273	96,1%	0,986
Vestir-se e despir-se	15	252	88,7%	0,990
Arranjar-se	10	64	22,5%	0,998
Alimentar-se	11	264	93,0%	0,979
Uso do sanitário	6	255	89,8%	0,983
Transferir-se	2	255	89,8%	0,999
Usar cadeira de rodas	3	38	13,4%	0,881
Andar	7	249	87,7%	0,961
Tomar a medicação	3	272	95,8%	0,904

Observando os valores de  $\alpha$  de Cronbach obtidos, verificamos que, apenas na sub-escala “Usar cadeira de rodas” o valor é inferior a 0,9, no entanto ainda superior a 0,8, indicando uma consistência interna boa (Pestana e Gageiro, 2008). Constata-se que, em todas as outras sub-escalas, o valor  $\alpha$  de Cronbach é maior que 0,9, o que evidencia medidas de consistência interna muito boas. Assim, podemos afirmar a elevada fidelidade e precisão dos resultados obtidos com a utilização das diferentes (sub) escalas de avaliação da dependência no(s) autocuidado(s), o que concorre para a robustez do estudo aqui relatado.

Para além da avaliação da consistência interna utilizando os valores de  $\alpha$  de Cronbach, estudámos as correlações inter-itens de cada uma das diferentes escalas de avaliação da dependência no autocuidado. Este estudo da correlação indica até que ponto cada item mede algo em comum com os restantes. O cálculo faz-se por meio do coeficiente de correlação  $r$  de Pearson (Fortin, 2009). Esta correlação pode variar entre -1 e 1, medindo a força e a direcção da relação (associação) entre os itens. Quanto ao grau de associação, quanto mais próximo de 1 estiver em qualquer direcção maior será a intensidade da correlação. A direcção da relação pode ser positiva ou negativa sendo a intensidade de uma correlação independente da sua direcção. Os valores da correlação de acordo com Pestana e Gageiro (2008) podem ser qualificados da seguinte forma:

Quadro II – Valores de correlação de Pearson

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

Verificou-se a existência de relações apenas com sentido positivo entre os itens de cada escala, o que indica que todos os itens avaliam o mesmo parâmetro. Os valores das intensidades das associações apontaram para correlações que variam de “moderadas” a “muito altas”, facto que concorre para níveis de consistência interna elevados (Anexo 10).

Na avaliação do autocuidado “Arranjar-se”, destaca-se a existência de itens que apresentam uma relação perfeita entre si, enquanto que, em outros domínios do autocuidado, a associação entre os itens se encontra muito perto da perfeição. Neste sentido, a resposta atribuída a um dos itens era sempre igual à dada nos outros e, teoricamente, quando tal acontece, revela que os itens medem “exactamente” a mesma coisa, tornando a sua existência simultânea redundante. Todavia, aqui importa

considerar e chamar à discussão a problemática da validade (de conteúdo) dos instrumentos e a utilidade clínica dos diferentes itens.

Com efeito, se nos limitássemos a analisar os resultados da correlação inter-itens apenas numa lógica estatística, seríamos levados a (de imediato) partir para uma reestruturação das escalas, com a possível eliminação de alguns dos seus itens. Porém, para além das questões que se prendem com a utilidade clínica dos diferentes itens, neste momento estão em curso vários estudos com base na utilização das referidas escalas que, no futuro, nos podem permitir avançar para um processo de refinamento dos instrumentos com maior rigor e segurança.

Por tudo aquilo que fomos expondo e discutindo ao longo dos últimos parágrafos, julgamos estar em condições de afirmar que, os instrumentos utilizados para avaliar o nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado são válidos e precisos.

## 2.5 Referências

ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. - *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 5.<sup>a</sup> ed. Braga: Psiquilibrios edições, 2008

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

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM [Em linha] [Consult. 7 de Julho de 2008]. Disponível em URL <http://dre.pt/comum/html/dudh.html>

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

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

FORTIN, M. F. – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta, 1999

FORTIN, M. F. – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009

GIL, A. C. – *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5<sup>a</sup>ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007

- HILL, M. M.; HILL, A. – *Investigação por questionário*. 2ªed. Lisboa: Sílabo, 2002
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Censos: Como se fazem?* – Instituto Nacional de Estatística, 2009. [Em linha] [Consult. 9 de Setembro de 2010]. Disponível em URL: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos\\_base\\_cartogr](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_base_cartogr)
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. – *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ªed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001
- LWANGA, S.K.; LEMESHOW, S. - *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva: World Health Organization, 1991 [Em linha] [Consult. 2 de Março de 2010]. Disponível em URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=WHOLIS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=9241544058&indexSearch=ID>
- MARCONI, M.; LAKATOS, M. - *Técnicas de Pesquisa*.4.ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Enunciado de posição: Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem*. Março 2007 [Em linha] [Consult. 18 de Julho de 2008]. Disponível em URL. <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Enunciado%20consentimento.pdf31/05/2008>
- PADILHA, J. M. S. C. – *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios da saúde*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Janeiro 2006
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. - *Análise de Dados Para Ciências Sociais - A Complementariade do SPSS*.5.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008
- PETRONILHO, F. – *Preparação do regresso a casa – evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, 2006
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995
- REYS, L. L. – A experimentação no homem. In ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. - *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996

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

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

SILVA, M. J.; LOPES, M.; ARAÚJO, M.; MORAES, G. – Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Acta paulista de enfermagem*. Vol. 19, n.º2 (Abril – Junho 2006). p. 201 – 206



### 3 Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados do estudo, tendo por referencial os objectivos a que nos propusemos. Iniciámos a apresentação dos resultados procedendo à caracterização da amostra relativa aos 163 casos identificados e avaliados no concelho do Porto. Após, avançamos na descrição e discussão daquilo que corresponde à centralidade dos resultados alcançados, focando-nos nas questões relativas ao tipo e ao nível de dependência nos diferentes domínios de autocuidado estudados.

Durante a fase de colheita de dados, em que “tocámos cerca de 8000 campainhas”, obtivemos um número de casos que ficou ligeiramente além daquilo que estava projectado. Com efeito, tivemos oportunidade de contactar com 2445 famílias (Anexo 11); número ligeiramente superior ao inicialmente estimado para a amostra (2401). Este facto prende-se com a complexidade do método de recolha de dados já descrito anteriormente. Contudo, a diferença de inquéritos realizados por freguesia não foi relevante, como se pode observar em anexo (Anexo 12). Destas famílias, depois de devidamente esclarecidas, aceitaram responder ao inquérito preliminar 2314.

Em relação à questão do inquérito preliminar: “*Vive alguém que precise de ajuda / apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?*”; foram identificados 41 casos de famílias que referiram integrar no seu seio uma pessoa apenas dependente de equipamento para o autocuidado. Quanto à questão: “*Vive alguém que precise de ajuda – não esperada para a idade – de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?*”; 107 respondentes referiram integrar na família 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 uma totalidade de 200 casos que necessitam de ajuda de pessoa.

No total foram portanto 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 calcular que a percentagem de famílias do Porto que integram dependentes no seu seio é de aproximadamente 10,41%.

A tabela seguinte (Tabela 2) dá conta daquilo que expomos nos parágrafos anteriores.

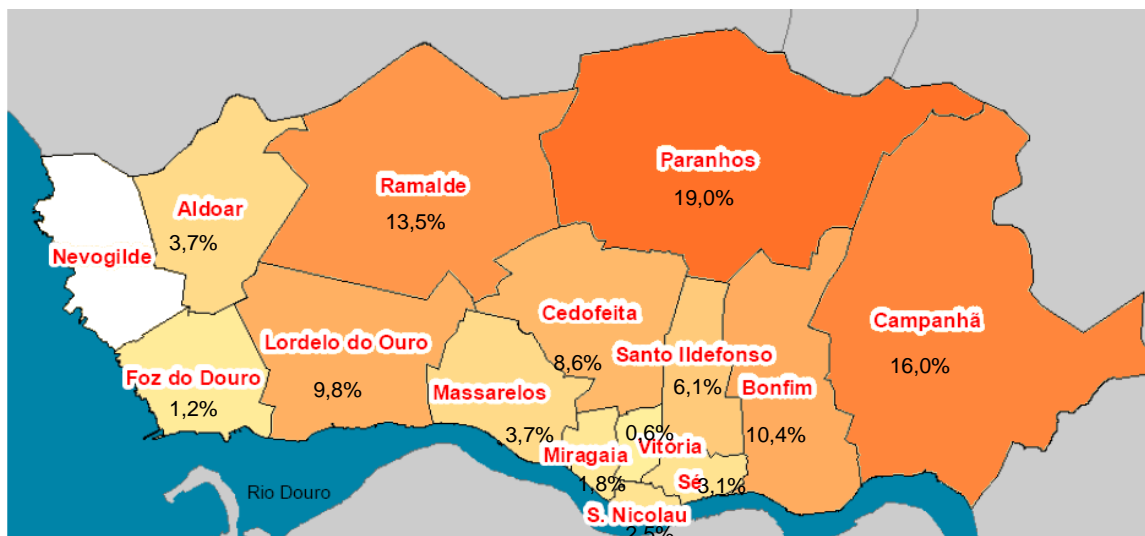
Tabela 2 – Distribuição das entrevistas / famílias com dependentes por freguesia

Freguesia	Entrevistas	Nº famílias que aceitaram o inquérito preliminar	Nº de famílias que integram, pelo menos, um dependente	% de famílias que integram, pelo menos, um dependente	Nº de famílias que aceitaram o formulário
Aldoar	114	109	7	6,42%	6
Bonfim	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	4	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
Total	2445	2314	241	10,41%	157

Das 157 famílias que referiam integrar, pelo menos, um dependente, e que após, aceitaram a “aplicação” do formulário alargado, seis integravam ainda um segundo dependente. Assim, a nossa amostra de casos avaliados, com propriedade, quanto ao nível e tipo de dependência no autocuidado, foi constituída por 163 dependentes.

A figura (Figura 1) apresentada de seguida dá conta da distribuição absoluta dos dependentes no autocuidado, pelas freguesias do concelho do Porto.

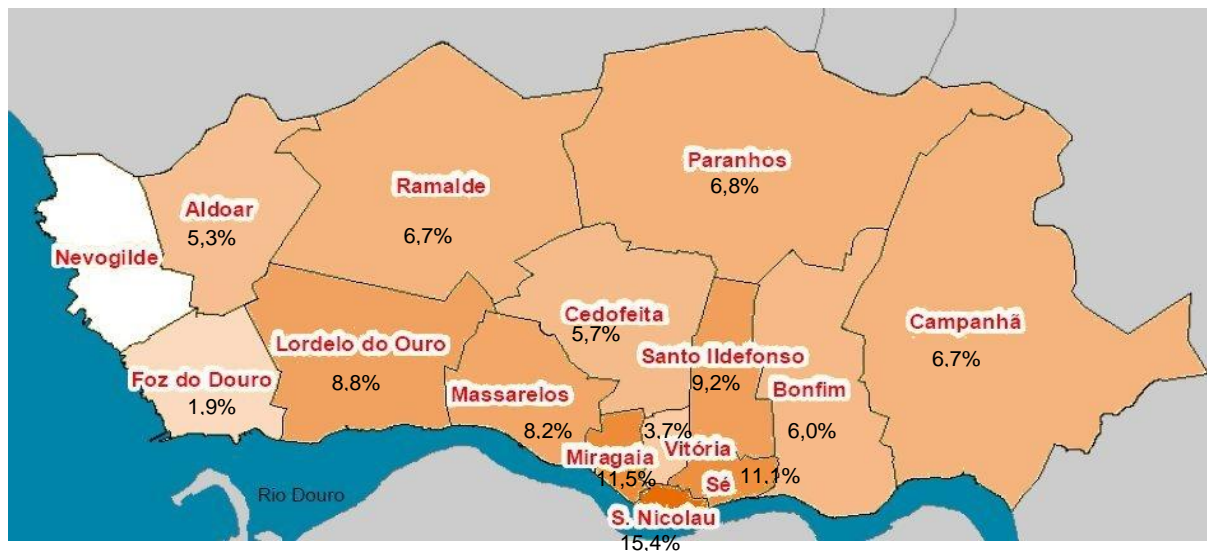
Figura 1 – Mapa ilustrativo da distribuição (absoluta) dos dependentes no autocuidado, por freguesia do Concelho do Porto



Os 163 casos identificados, e devidamente avaliados quanto ao tipo e nível de dependência, distribuem-se por todas as freguesias onde decorreu a colheita de dados, com excepção da freguesia de Nevogilde, na qual não foi possível avaliar nenhum dependente. Este facto pode dever-se à natureza particular desta freguesia, no contexto do concelho. Os valores percentuais são mais elevados nas freguesias maiores, na medida em que foi aí que se realizaram mais entrevistas.

Todavia, quando examinamos estes dados tendo por referência o número de casos incluídos no estudo, para cada uma das freguesias (Figura 2), verificamos que a freguesia com a maior proporção de dependentes, em relação ao número de famílias da amostra é a de São Nicolau com 15,4%, seguindo-se Miragaia com 11,5%, muito próxima da Sé com 11,1%, sucedendo-se Santo Ildefonso (9,2%), Lordelo do Ouro (8,8%), Massarelos (8,2%), Paranhos (6,8%), Campanhã e Ramalde (6,7%), Bonfim (6,0%), Cedofeita (5,7%), Aldoar (5,3%), Vitória (3,7%) e, finalmente, Foz do Douro 1,9%.

Figura 2 – Mapa ilustrativo da distribuição (relativa) dos dependentes no autocuidado, proporcionalmente ao número de casos estudados em cada freguesia do Concelho do Porto



Observando no mapa a distribuição dos dependentes, verifica-se que as freguesias ribeirinhas da Sé, de São Nicolau e de Miragaia – hoje de pequena dimensão e com baixo número de habitantes – são aquelas em que se encontra uma maior proporção de dependentes, com valores acima dos 10%. Este fenómeno poderá ter como causa o envelhecimento da população nestas zonas, a partir das quais se foi expandindo a cidade e que hoje fazem parte do centro histórico do concelho do Porto.

### 3.1 Caracterização da amostra

Para efeitos de caracterização da amostra, iniciamos a mesma pela descrição das características das famílias que aceitaram responder ao formulário, na sua versão alargada. Nestas famílias foi possível identificar 163 casos de pessoas “dependentes”. Cada um destes casos foi objecto de uma avaliação pormenorizada realizada através das escalas que utilizámos, e a que antes fizemos referência.

A amostra de 163 casos que aqui referimos diz respeito a pessoas que, em resultado da avaliação produzida pela equipa de investigação e em função das respostas dos participantes, pareciam evidenciar algum nível de dependência em, pelo menos, um dos vários indicadores que compõem as onze (11) escalas relativas aos diferentes domínios de autocuidado.

#### 3.1.1 Caracterização das famílias

Iremos de seguida caracterizar as famílias que incluíam os 163 casos de dependência no autocuidado por nós avaliados e que aceitaram responder à versão alargada do formulário.

### 3.1.1.1 Tipo de família

Constatámos que a maioria das famílias é do tipo clássica com um núcleo (67,0%).

Tabela 3 – Caracterização das famílias quanto ao tipo

Tipo de família	N (%)
Clássica sem núcleos	45 (28,0%)
Clássica com um núcleo	108 (67,0%)
Clássica com dois núcleos	8 (5,0%)
Total	161 (100%)

Quanto às restantes famílias, 28,0% são do tipo clássico sem núcleos e 5,0% têm dois núcleos, como podemos observar na Tabela 3.

### 3.1.1.2 Número de membros da família

Relativamente ao número de membros da família, verificámos que, no mínimo, estas são compostas por um elemento e, no máximo, por nove elementos (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização das famílias quanto ao número de membros

Média	Desvio padrão	Min. – Máx.
2,97	1,62	1 - 9

O número médio de elementos que compõem as famílias é de 2,97, com um desvio padrão de 1,62 elementos. O número de elementos da família mais vezes apurado foi de 2, enquanto que pelo valor da mediana encontrado verifica-se que metade das famílias eram constituídas por mais de 3 elementos.

### 3.1.1.3 Rendimento do agregado familiar

Quanto ao rendimento do agregado familiar, a maioria das famílias apresenta rendimentos mensais entre os 501 e 1000 euros (34,5%).

Tabela 5 – Caracterização das famílias quanto ao rendimento/mês do agregado familiar

Rendimento/mês do agregado familiar	N (%)
Até 250€	7 (6,4%)
De 251€ a 500€	29 (26,4%)
De 501€ a 1000€	38 (34,5%)
De 1001€ a 2000€	25 (22,7%)
De 2001€ a 5000€	11 (10,0%)
Mais de 5000€	-

Há que assinalar que para 32,8% dos agregados familiares os rendimentos mensais são inferiores a 500€, por outro lado 32,7% apresenta rendimentos entre 1001 e 5000

euros, como podemos apurar pela análise da Tabela 5.

#### 3.1.1.4 Alojamento

Verificámos que 76 famílias (48,4%) vivem em apartamentos, seguindo-se as que habitam em moradias 52 (33,1%). De salientar que 17,8% das famílias habitam em outros tipos de alojamento clássico (por exemplo “ilha”) e, ainda, a existência de uma família (0,6%) que habita um alojamento de tipo não clássico (Anexo 13).

Constata-se que a grande maioria (92,4%) dos alojamentos não possuem acessibilidades para pessoa com mobilidade comprometida (PMC). A esmagadora maioria dos alojamentos familiares apresenta instalações sanitárias (banho/duche e retrete) e água canalizada, enquanto que 71,2% dos alojamentos apresentam sistemas de aquecimento (Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização das condições habitacionais

Características do alojamento	N (%)
Acessibilidade a PMC	10 (7,6%)
Instalações de banho ou duche	148 (93,1%)
Retrete	153 (95,6%)
Água canalizada	157 (98,7%)
Aquecimento	111 (71,2%)

No conjunto dos alojamentos das famílias que responderam ao formulário alargado, em 84,2%, os inquiridores consideraram haver necessidade de reparações, sendo que 16,8% destes alojamentos têm mesmo necessidade de reparações grandes ou muito grandes, número idêntico (16,8%) não têm qualquer necessidade de reparação (Anexo 14).

### 3.1.2 Caracterização dos Dependentes

Depois de termos caracterizado as famílias que integram os 163 casos que foram avaliados, quanto à dependência, com recurso aos instrumentos / escalas que integram o formulário alargado, urge avançar com a caracterização daqueles 163 casos, com base em variáveis de cariz sócio-demográfico e aspectos relativos à forma como o quadro de dependência se instalou.

#### 3.1.2.1 Sexo

Pela análise descritiva dos dados da amostra das pessoas dependentes no autocuidado, estas caracterizam-se por serem na sua maioria mulheres (69,3%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização dos dependentes quanto ao sexo

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

Os nossos achados estão em linha com aquilo que é evidenciado em estudos anteriores (Santos, 2005; Petronilho, 2006; Figueiredo, 2007; Ricarte, 2009).

### 3.1.2.2 Idade

Relativamente à idade, os nossos dados demonstram que o dependente mais jovem tinha 22 e o mais velho 99 anos (Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização dos dependentes quanto à idade

Média	Desvio Padrão	Min – Máx
78,44	13,96	22 - 99

Em média, os dependentes tinham 78,44 anos, com um desvio padrão de 13,957.

Com base no valor da mediana apurado, percebemos que metade dos dependentes tinha mais de 81 anos, facto que atesta do envelhecimento dos dependentes.

### 3.1.2.3 Estado civil

Quanto ao estado civil, apurou-se um predomínio de viúvos (51,6%), seguindo-se os casados ou vivendo em união de facto (32,1%). Em menor número estão os solteiros (14,5%) e os divorciados (1,9%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização dos dependentes quanto ao estado civil

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

Este perfil dos dependentes, quanto ao estado civil, está de acordo com os achados de Figueiredo (2007) e Ricarte (2009).

### 3.1.2.4 Nacionalidade

Relativamente à nacionalidade, como seria expectável, praticamente todos os dependentes são portugueses (99,4%), tendo sido encontrado um dependente de nacionalidade ucraniana.

### 3.1.2.5 Nível de escolaridade

Relativamente ao nível de instrução escolar dos dependentes, verificamos que a grande maioria dos dependentes ou não tem qualquer instrução escolar ou tem apenas o 1º ciclo de instrução escolar (Anexo 15).

### 3.1.2.6 Situação profissional

Nos dependentes que compõem a nossa amostra, predominam os pensionistas e reformados (83,7%) (Anexo 16).

### 3.1.2.7 Modo de instalação da dependência

Dos 155 dependentes em que foi possível saber de que forma o quadro de dependência se instalou, verificámos que, na grande maioria das situações, a instalação foi gradual, fruto do processo de envelhecimento. Em cerca de 30% dos casos a dependência instalou-se de forma súbita (Tabela 10).

Tabela 10 – Caracterização dos dependentes quanto à forma de instalação da dependência

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

### 3.1.2.8 Tempo / duração da dependência

Tomando por referência o tempo de dependência medido em “anos completos”, constatámos que este variou entre 0,17 e 50 anos, com uma média de 6,03 anos e desvio padrão de 7,32 (Tabela 11).

Tabela 11 – Caracterização dos dependentes quanto ao tempo de dependência em anos

Média	Desvio Padrão	Min – Máx
6,03	7,32	0,17 - 50

O maior número de observações (moda) corresponde a quatro anos de dependência. Metade dos dependentes experimentam esta condição há mais de quatro anos.

### 3.1.2.9 Causa(s) da dependência

O envelhecimento foi apontado como a única causa da dependência em 17,2% dos casos, seguido da doença crónica em 15,3% e da doença aguda em 12,3% dos casos. Os acidentes como única causa da dependência foram apontados em 3,1% dos casos.

Tabela 12 – Caracterização dos dependentes quanto à causa de dependência

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

Conforme se depreende da consulta da tabela anterior (Tabela 12), em cerca de metade dos casos (50,3% dos dependentes) a causa da dependência resultava de múltiplas conjugações das situações enunciadas.

O facto de o envelhecimento e as doenças crónicas se encontrarem entre as principais causas de dependência, vem de encontro ao valor médio da idade dos dependentes (78,44 anos), bem como à predominância da instalação da dependência de uma forma gradual (70,3%). Esta mesma tendência verifica-se no estudo de Santos (2005), com uma média de idade da amostra de 75,5 anos (desvio padrão 13,9) num estudo com indivíduos com doença crónica incapacitante.

#### 3.1.2.10 Episódios de recurso ao SU e internamentos no último ano

No presente estudo, no conjunto, os dependentes recorreram, durante o ano anterior à colheita de dados, 182 vezes aos serviços de saúde. De acordo com a análise da Tabela 13, em relação a cada um deles, constata-se que existiam dependentes que nunca recorreram ao serviço de urgência (SU). Contudo, outros recorreram várias vezes (sete no máximo). Em média, os dependentes recorreram aos SU cerca de 1,16 vezes, com um desvio padrão de 1,545. 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 0,783.

Tabela 13 – Caracterização dos dependentes quanto ao recurso aos serviços de saúde

Recurso aos serviços de saúde	Média	Desvio padrão	Min – Max
N.º de internamentos no último ano	0,46	0,783	0 - 5
N.º de episódios de recursos ao SU, no último ano	1,16	1,545	0 - 7

#### 3.1.2.11 Consumo de medicação

Os dados disponíveis revelam, como seria expectável, que a grande maioria dos

dependentes (96,9%) tomava algum tipo de medicamento.

Tabela 14 – Caracterização dos dependentes quanto ao consumo de medicamentos

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

Os dependentes estudados consomem, em média, 5,15 medicamentos de diferentes variedades, por dia, num máximo de 17. A maioria dos dependentes consome quatro medicamentos diferentes. Em relação ao número de fármacos por toma, a média encontra-se num valor de cerca de sete fármacos. Metade dos dependentes ingere, na mesma toma, até seis fármacos diferentes. Estes valores colocam em destaque a complexidade associada aos regimes medicamentosos destas pessoas com os consequentes problemas que daí decorrem, fruto da dependência experimentada por estes clientes (Goeman e Douglass, 2007; Melchior, Correr e Fernandez-Llimos, 2007; Robnett et al, 2007; Padilha, Oliveira e Campos, 2010).

## 3.2 O fenómeno da dependência no autocuidado

Finalizada a caracterização da amostra de dependentes incluídos no nosso estudo, é pertinente avançar para a apresentação e a discussão dos resultados que dizem respeito, de acordo com os objectivos desta investigação, à caracterização da dependência nos diferentes domínios do autocuidado estudados.

### 3.2.1 Tipo e nível de dependência no autocuidado

Para definirmos o tipo de dependência de cada um dos casos, face a cada um dos domínios específicos do autocuidado (“tomar banho”; “alimentar-se”; “usar o sanitário”...), procedemos à análise do conjunto dos itens / indicadores mais específicos, que compõem cada um daqueles domínios do autocuidado. Cada um dos domínios do autocuidado estudados (“alimentar-se”; “tomar banho”; “arranjar-se”; “andar”; “usar a cadeira de rodas”; “usar o sanitário”; “tomar a medicação”; “transferir-se”; “elevar-se”; “vestir-se / despir-se”; “virar-se”) concretiza-se através de um conjunto de indicadores, cada um deles avaliado de acordo com a escala:

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

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

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

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

Para efeitos de exemplificar e aumentar o potencial de compreensão do leitor sobre aquilo que comporta cada uma das escalas que utilizamos, começamos por expôr os resultados específicos relativos ao autocuidado “Alimentar-se”. A ordem de apresentação dos restantes domínios será realizada por uma lógica de divisão em quatro blocos centrais: “Alimentação”(Alimentar-se); “Asseio Pessoal”(Tomar banho, Arranjar-se, Vestir-se / Despir-se, Usar o sanitário); “Mobilidade” (Andar, Elevar-se, Transferir-se, Virar-se, Usar a cadeira de rodas); e, “Tomar a medicação”.

#### 3.2.1.1 Dependência para “Alimentar-se”

A escala de avaliação da dependência para “Alimentar-se” inclui 11 indicadores específicos. Em cada indicador específico, cada caso foi classificado em função do seu nível de dependência. Daí, como veremos adiante, é possível evoluir para o nível global de dependência no tipo de autocuidado “alimentar-se”. O score específico em cada um dos indicadores incluídos na escala elucida-nos acerca do tipo de dependência dos casos. O nível de especificação adoptado aumenta o poder de descrição de cada caso, o que se revela como uma mais-valia destes instrumentos, nomeadamente, em termos clínicos, permitindo descrições muito concretas do tipo de dependência dos clientes e uma monitorização da sua evolução, ao longo do processo terapêutico, altamente promenorizada.

Tabela 15 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Alimentar-se”

<b>Autocuidado: “Alimentar-se”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de equipamento Score 3</b>	<b>Completamente independente 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(16,2%)	8(5,0%)		126(78,7%)
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(16,2%)	12(7,5%)		122(76,2%)
<b>Global (N 161)</b>	<b>25(15,5%)</b>	<b>92(57,1%)</b>		<b>44(27,3%)</b>

Da consulta da tabela (Tabela 15), e tendo em consideração os valores percentuais apurados para cada um dos itens / indicadores, percebemos que os valores percentuais relativos ao score 4 – completamente independente – são altos.

Na posse da frequência do tipo de dependência em cada actividade relativa ao “alimentar-se”, avançámos na computação do “nível global de dependência para alimentar-se”. Assim, com base nos valores (scores) relativos a cada um dos itens / indicadores da escala de avaliação da dependência para alimentar-se, calculámos,

para cada um dos casos, o nível global de dependência para alimentar-se. Tomando em consideração os itens “não nulos” e em função dos diferentes scores obtidos, foram definidos, sequencialmente, os critérios, que a seguir se descrevem, para “computar” uma nova variável com o nível global de dependência para alimentar-se. Este processo, como não poderia deixar de ser, foi estendido a todos os domínios do autocuidado incluídos no estudo. Assim, considerou-se:

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

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

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

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

Face ao exposto, e conforme se depreende da leitura da **Tabela 15** é-nos possível descrever o “*nível global de dependência para alimentar-se*”. Esta informação está plasmada na última linha da referida tabela.

De acordo com os critérios definidos, verificámos que quase 2/3 dos dependentes avaliados, relativamente ao alimentar-se, necessitam de ajuda de pessoas ou são completamente dependentes. Urge clarificar que, conforme se percebe da leitura da **Tabela 15**, naquilo que diz respeito ao alimentar-se, em termos globais, 27,3% (44 casos) são “completamente independentes”. Estes 44 casos, apesar de não serem dependentes para se alimentar, evidenciaram algum nível de dependência em, pelo menos, um dos múltiplos indicadores que compõem as outras escalas relativas aos diferentes domínios de autocuidado que foram incluídos neste estudo.

#### 3.2.1.2 Dependência para “Tomar banho”

A Tabela 16 representa a avaliação do tipo e nível de dependência para “Tomar banho”. Neste domínio foram avaliados 161 casos.

Tabela 16 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Tomar banho”

<b>Autocuidado: “Tomar Banho”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de equipamento Score 3</b>	<b>Completamente independente Score 4</b>
Obtém objectos para o banho (N161)	56(34,8%)	39(24,2%)		66(41,0%)
Consegue água (N161)	53(32,9%)	32(19,9%)		76(47,2%)
Abre a torneira (N161)	50(31,1%)	30(18,6%)		81(50,3%)
Regula a temperatura da água (N160)	52(32,5%)	35(21,9%)		73(45,6%)
Regula o fluxo da água (N161)	51(31,7%)	39(24,2%)		71(44,1%)
Lava-se no chuveiro (N159)	48(30,2%)	55(34,6%)	1(0,6%)	55(34,6%)
Lava o corpo (N161)	48(29,8%)	59(36,6%)	1(0,6%)	53(32,9%)
Seca o corpo (N160)	48(30,0%)	62(38,7%)		50(31,2%)
<b>Global (N161)</b>	<b>46(28,6%)</b>	<b>68(42,2%)</b>	<b>2(1,2%)</b>	<b>45(28%)</b>

Mantendo o mesmo modelo de análise que temos vindo a utilizar, do somatório dos valores globais de casos dependentes que “não participam”, com os casos que “necessitam de ajuda de pessoa” completamente, percebemos que cerca de 70% das pessoas da amostra evidenciam elevados níveis de dependência para tomarem banho.

### 3.2.1.3 Dependência para “Arranjar-se”

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

Neste domínio foram avaliados 160 casos. Importa salientar que nos indicadores “barbeia-se” e “aplica maquilhagem”, o número de casos avaliados é significativamente menor, dada a sua aplicabilidade e utilidade estar associada ao

sexo da pessoa dependente.

Tabela 17 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Arranjar-se”

<b>Autocuidado: “Arranjar-se”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de equipamento Score 3</b>	<b>Completamente independente Score 4</b>
Penteia ou escova os cabelos (N160)	48(30,0%)	13(8,1)		99(61,9%)
Barbeia-se (N77)	27(35,1%)	11(14,3%)		39(50,6%)
Aplica maquiagem (N67)	23(34,3%)	8(11,9%)		36(53,7%)
Cuida das unhas (N156)	60(38,5%)	49(31,4%)		47(30,1%)
Usa um espelho (N138)	31(22,5%)	8(5,8%)		99(71,7%)
Aplica desodorizante (N131)	37(28,2%)	9(6,9%)		85(64,9%)
Limpa a área do períneo (N156)	44(28,2%)	25(16,0%)		87(55,8%)
Limpa as orelhas (N158)	46(29,1%)	14(8,9%)		98(62,0%)
Mantém o nariz desobstruído e limpo (N158)	36(22,8%)	6(3,8%)		116(73,4%)
Mantém a higiene oral (N151)	41(27,2%)	12(7,9%)		98(64,9%)
<b>Global (N160)</b>	<b>34(21,3%)</b>	<b>81(50,6%)</b>		<b>45(28,1%)</b>

O número de casos que só necessitam de ajuda de equipamentos para realizarem as diferentes actividades incluídas neste domínio do autocuidado é nulo. Globalmente, mantém-se uma elevada percentagem de pessoas que são completamente dependentes ou que necessita da ajuda de outros para realizar as actividades de autocuidado em apreço.

### 3.2.1.4 Dependência para “Vestir-se / despir-se”

Dos 163 casos identificados, foram avaliados, neste domínio, 161 dependentes. A Tabela 18 sintetiza os resultados apurados neste domínio.

Tabela 18 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Vestir-se e despir-se”

<b>Autocuidado: “Vestir-se e despir-se”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente Não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de Equipamento Score 3</b>	<b>Completamente Independente Score 4</b>
Escolhe as roupas (N161)	52(32,3%)	21(13,0%)		88(54,7%)
Retira as roupas da gaveta e do armário (N161)	55(34,2%)	26(16,1%)		80(49,7%)
Segura as roupas (N161)	43(26,7%)	23(14,3%)		95(59,0%)
Veste as roupas na parte superior do corpo (N161)	44(27,3%)	27(16,7%)		90(55,9%)
Veste as roupas na parte inferior do corpo (N160)	47(29,4%)	30(18,8%)		83(51,9%)
Despe as roupas na parte superior do corpo (N161)	44(27,3%)	27(16,8%)		90(55,9%)
Despe as roupas na parte inferior do corpo (N160)	47(29,4%)	31(19,4%)		82(51,2%)
Abotoa as roupas (N160)	46(28,8%)	27(16,9%)		87(54,4%)
Desabotoa as roupas (N160)	46(28,7%)	24(15,0%)		90(56,2%)
Usa cordões para amarrar (N149)	50(33,5%)	19(12,7%)		80(53,7%)
Usa fechos (N156)	47(30,1%)	18(11,5%)		91(58,3%)
Calça as meias (N160)	56(35,0%)	41(25,6%)	1(0,6%)	62(38,8%)
Descalça as meias (N160)	56(35,0%)	41(25,6%)	1(0,6%)	62(38,8%)
Calça os sapatos (N157)	54(34,4%)	36(22,9%)	3(1,9%)	64(40,8%)
Descalça os sapatos (N157)	54(34,4%)	35(22,3%)	2(1,3%)	66(42,0%)
<b>Global (N161)</b>	<b>39(24,2%)</b>	<b>68(42,2%)</b>	<b>2(1,2%)</b>	<b>52(32,3%)</b>

Os dados disponíveis mostram-nos que, nos diferentes indicadores que compõem a escala, a percentagem de casos totalmente dependentes – Dependente não participa – se situa na ordem dos 30%.

Atendendo aos valores apurados no nível global de dependência para “vestir-se e despir-se”, constatámos, em linha com os resultados nos outros domínios do autocuidado, que a maioria dos dependentes estudados evidencia níveis de

dependência bastante acentuados. Neste particular, quase 2/3 dos casos ou são completamente dependentes ou necessitam de ajuda de pessoas.

### 3.2.1.5 Dependência para “Usar o sanitário”

No âmbito deste domínio do autocuidado foram avaliados 160 dependentes, com base nos seis indicadores específicos definidos e que compõem a respectiva escala.

Tabela 19 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para o “Uso do sanitário”

<b>Autocuidado: “Uso do sanitário”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente Não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de Equipamento Score 3</b>	<b>Completamente Independente Score 4</b>
Ocupa e desocupa o sanitário (N160)	32(20,0%)	20(12,5%)	3(1,9%)	105(65,6%)
Tira as roupas (N159)	31(19,5%)	24(15,1%)		104(65,4%)
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira (N159)	32(20,1%)	17(10,7%)		110(69,2%)
Faz higiene íntima após urinar ou evacuar (N157)	34(21,7%)	31(19,7%)		92(58,6%)
Ergue-se da sanita (N156)	31(19,9%)	18(11,5%)	5(3,2%)	102(65,4%)
Ajusta as roupas após a higiene íntima (N158)	32(20,2%)	24(15,2%)		102(64,5%)
<b>Global (N160)</b>	<b>32(20,0%)</b>	<b>39(24,4%)</b>	<b>4(2,5%)</b>	<b>85(53,1%)</b>

Numa visão global deste domínio do autocuidado, constatámos, mais uma vez, que quase metade dos dependentes identificados e avaliados evidenciam níveis de dependência bastante marcados.

### 3.2.1.6 Dependência para “Andar”

No domínio do autocuidado “Andar”, foram avaliados 155 casos, pese embora nem em todos os itens da escala. A tabela seguinte dá conta dos resultados apurados neste domínio do autocuidado.

Verifica-se que a actividade com maior número de dependentes que “não participa” é aquela que se refere a “percorre longas distâncias (> 500m)”, facto que, por si só, concorrerá para a limitação das capacidades de deambulação destes dependentes.

Tabela 20 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Andar”

<b>Autocuidado: “Andar”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de equipamento Score 3</b>	<b>Completamente independente Score 4</b>
Suporta o próprio corpo na posição de pé (N155)	26(16,7%)	11(7,1%)	59(38,1%)	59(38,1%)
Deambula com passadas eficazes a diferentes ritmos (N155)	30(19,4%)	15(9,7%)	63(40,6%)	47(30,3%)
Sobe e desce degraus (N155)	36(23,2%)	32(20,6%)	56(36,1%)	31(20,0%)
Deambula em aclives e declives (N153)	31(20,3%)	23(15,0%)	59(38,6%)	40(26,1%)
Percorre distâncias curtas (< 100m) (N 152)	28(18,4%)	12(7,9%)	64(42,1%)	48(31,6%)
Percorre distâncias moderadas (> 100 <500m) (N 149)	36(24,2%)	21(14,1%)	57(38,2%)	35(23,5%)
Percorre longas distâncias (> 500m) (N145)	49(33,8%)	22(15,2%)	47(32,4%)	27(18,6%)
<b>Global (N 155)</b>	<b>26(16,7%)</b>	<b>59(38,1%)</b>	<b>44(28,4%)</b>	<b>26(16,7%)</b>

Globalmente, podemos dizer que mais de metade dos casos avaliados neste domínio ou são completamente dependentes ou necessitam de ajuda de outra pessoa para andar.

Silva e colaboradores (2006), no seu estudo, apontam diversas consequências dos compromissos da capacidade de deambular. No referido estudo, 65% dos idosos avaliados não saíam de casa sozinhos, limitando suas vidas ao ambiente doméstico. Assim, actividades mais avançadas de autocuidado ficam comprometidas. São disso exemplo, o lazer, a capacidade de gerir a vida financeira ou de se deslocar às farmácias para adquirir os medicamentos.

### 3.2.1.7 Dependência para “Elevar-se”

A avaliação da dependência no autocuidado elevar-se, como vimos, concretiza-se através de um único indicador. Neste âmbito foram avaliados 161 dependentes.

Tabela 21 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Elevar-se”

<b>Autocuidado: “Elevar-se”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de equipamento Score 3</b>	<b>Completamente independente Score 4</b>
Levanta parte do corpo (N161)	28(17,4%)	22(13,7%)	20(12,4%)	91(56,5%)
<b>Global (N161)</b>	<b>28(17,4%)</b>	<b>22(13,7%)</b>	<b>20(12,4%)</b>	<b>91(56,5%)</b>

Constatámos que cerca de 31% dos dependentes avaliados para se sentarem, por exemplo, na cama, só o fazem com ajuda de outrem, o que nos dá uma noção muito clara do nível de dependência das pessoas envolvidas neste estudo.

### 3.2.1.8 Dependência para “Transferir-se”

Neste domínio do autocuidado, foram avaliados 159 dependentes. Aqui, foram usados dois itens / indicadores que se centram na capacidade da pessoa em se transferir, da cama para a cadeira e vice-versa. Este domínio do autocuidado é extremamente relevante porque nos dá apontamentos acerca das capacidades dos dependentes para saírem da cama.

Tabela 22 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Transferir-se”

<b>Autocuidado: “Transferir-se”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente Não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de Equipamento Score 3</b>	<b>Completamente Independente Score 4</b>
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão (N159)	28(17,6%)	22(13,8%)	18(11,3%)	91(57,2%)
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama (N157)	28(17,8%)	22(14,0%)	18(11,5%)	89(56,7%)
<b>Global (N159)</b>	<b>28(17,6%)</b>	<b>22(13,8%)</b>	<b>18(11,3%)</b>	<b>91(57,2%)</b>

Cerca de 30% dos dependentes incluídos no estudo são incapazes de, sem ajuda de pessoas, saírem da cama. Já anteriormente tínhamos visto que cerca de 30% dos dependentes da nossa amostra evidenciavam níveis de dependência bastante marcados para elevar-se, o que nos ajuda a construir uma noção mais clara da intensidade da dependência experimentada por estas pessoas. Para este quadro ficar mais claro, importa considerar os resultados apurados relativamente ao autocuidado “Virar-se” ou posicionar-se no leito.

### 3.2.1.9 Dependência para “Virar-se”

O autocuidado “Virar-se” concretiza-se num único indicador, que nos remete para a capacidade do cliente mover o corpo, em especial quando está no leito.

Tabela 23 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Virar-se”

<b>Autocuidado: “Virar-se”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente Não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de Equipamento Score 3</b>	<b>Completamente Independente Score 4</b>
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro (N161)	25(15,5%)	13(8,1%)		123(76,4%)
<b>Global (N161)</b>	<b>25(15,5%)</b>	<b>13(8,1%)</b>		<b>123(76,4%)</b>

Os dados disponíveis permitem-nos perceber que quase  $\frac{1}{4}$  dos casos avaliados são incapazes de, sem ajuda de pessoas, mudarem de posição na cama, facto que constitui um factor concorrente para graves problemas, nomeadamente, a alteração da integridade cutânea.

### 3.2.1.10 Dependência para “Usar a cadeira de rodas”

A dependência para “Usar a cadeira de rodas” é um domínio do autocuidado muito específico; facto que explica a razão pela qual dos 163 casos de dependentes identificados no concelho do Porto, apenas tenham sido avaliados 22 indivíduos.

Tabela 24 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Usar a cadeira de rodas”

<b>Autocuidado: “Usar cadeira de rodas”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente Não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de Equipamento Score 3</b>	<b>Completamente Independente Score 4</b>
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas (N22)	16(72,7%)	3(13,6%)	1(4,5%)	2(9,1%)
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança (N22)	17(77,3%)	3(13,6%)	1(4,5%)	1(4,5%)
Manobra a cadeira de rodas em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida (N22)	17(77,3%)	4(18,2%)	1(4,5%)	
<b>Global (N22)</b>	<b>16(72,7%)</b>	<b>5(22,7%)</b>	<b>1(4,5%)</b>	

Olhando para os valores apurados nos diferentes indicadores, verificamos que, percentualmente, existe um predomínio dos casos completamente dependentes. Este facto explica os valores globais do nível de dependência neste domínio do autocuidado.

### 3.2.1.11 Dependência para “Tomar a medicação”

Este domínio de autocuidado foi incluído de novo no instrumento de avaliação da dependência, na medida em que não tinha sido utilizado por Duque (2009), muito provavelmente porque esta dimensão não fazia sentido num estudo realizado em contexto hospitalar. A escala que utilizámos comporta três indicadores. Dos 163 dependentes identificados no seio das famílias clássicas do Porto, foram avaliados 158 casos, relativamente à dependência para tomar a medicação.

Tabela 25 – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência para “Tomar a medicação”

<b>Autocuidado: “Tomar a medicação”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de equipamento Score 3</b>	<b>Completamente independente Score 4</b>
Providencia medicamentos (N156)	80(51,3%)	25(16,0%)		51(32,7%)
Prepara medicação <sup>a</sup> (N158)	74(46,8%)	25(15,8%)	1(0,6%)	58(36,7%)
Toma medicação <sup>a</sup> (N158)	34(21,5%)	25(15,8%)	2(1,3%)	97(61,4%)
<b>Global (N158)</b>	<b>34(21,5%)</b>	<b>75(47,5%)</b>	<b>2(1,3%)</b>	<b>47(29,7%)</b>

No âmbito do autocuidado “Tomar a medicação”, cerca de 2/3 dos casos evidenciam níveis de dependência bastante marcados. Como se depreende da consulta da Tabela 25, mais de metade dos casos é completamente dependente para providenciar os medicamentos. Este facto levanta várias questões relativamente ao cumprimento do regime medicamentoso, por parte destas pessoas.

Henriques (2006), ao estudar a adesão ao regime terapêutico em idosos, constatou que um dos factores altamente condicionadores dos comportamentos de gestão do regime medicamentoso estava relacionado com a incapacidade física para auto-administrar os medicamentos.

#### 3.2.1.12 Nível global de dependência nos diferentes domínios do autocuidado

Tomando por referência aquilo que fomos apresentando ao longo deste capítulo, estamos em condições de avançar com a caracterização da amostra, tendo em consideração os níveis globais de dependência, em cada um dos domínios do autocuidado.

Tabela 26 – Caracterização da amostra quanto ao nível global de dependência nos diferentes domínios do autocuidado

Autocuidado	N	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4
Usar cadeira de rodas	22	16(72,7%)	5(22,7%)	1(4,5%)	
Alimentar-se	161	25(15,5%)	92(57,1%)		44(27,3%)
Arranjar-se	160	34(21,3%)	81(50,6%)		45(28,1%)
Tomar banho	161	46(28,6%)	68(42,2%)	2(1,2%)	45(28,0%)
Tomar medicação <sup>a</sup>	158	34(21,5%)	75(47,5%)	2(1,3%)	47(29,7%)
Vestir-se e despir-se <sup>e</sup>	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 sanitário <sup>o</sup>	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%)		123(76,4%)
<b>Nível Global de Dependência</b>	<b>163</b>	<b>18 (11,1%)</b>	<b>129 (79,6%)</b>	<b>14 (8,6%)</b>	<b>2 (0,7%)</b>

Conforme se depreende da consulta da tabela anterior (Tabela 26), evoluímos para a computação de uma variável que denominámos como “Nível global de dependência” no autocuidado. Este nível global corresponde a um score agregado, numa escala ordinal. Para este efeito, utilizámos os mesmos princípios a que recorremos para calcular o nível global de dependência em cada um dos diferentes domínios estudados. Os valores apurados para o “nível global de dependência no autocuidado” são bastante ilustrativos. Assim, podemos constatar que, globalmente, cerca de 90% dos casos estudados “necessitam de ajuda de uma pessoa” (familiar cuidador ou profissional), para realizarem algumas das actividades de autocuidado. Para além disso, cerca de um em cada dez casos é completamente dependente em todos os

domínios do autocuidado. Esta panorâmica elucida-nos acerca da grande intensidade da dependência dos dependentes integrados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto.

Para facilitar a análise dos dados organizamos propositadamente a Tabela 26 por ordem decrescente em relação ao somatório das percentagens dos scores 1 (dependente não participa) e 2 (necessita de ajuda de pessoa) de cada um dos domínios de autocuidado.

O autocuidado “Usar a cadeira de rodas” ocupa o primeiro lugar deste “ranking” devendo-se provavelmente tal facto ao menor número de casos e à especificidade deste domínio.

Seguem-se os autocuidados “Alimentar-se”, “Arranjar-se” e “Tomar banho” com valores percentuais do somatório dos casos completamente dependentes (score 1) e dos casos que necessitam de ajuda de pessoas (score 2) na ordem dos 70%, um número ainda significativo de dependentes de alguém para domínios que se podem considerar essenciais à condição de vida e saúde. Os domínios “Vestir-se e despir-se” e “Usar o sanitário” que fazem parte do bloco que anteriormente designamos de “asseio pessoal” também apresentam uma percentagem de casos relevante.

No que se reporta aos domínios “Transferir-se”, “Elevar-se”, “Virar-se” e “Andar” – relativos à mobilidade dos dependentes – os valores percentuais que resultam do somatório dos casos, cifram-se por volta dos 30% sendo que no caso do autocuidado “Andar” este valor ascende aos 55%. Como referimos, estes domínios do autocuidado estão intimamente associados às capacidades dos clientes para “se mobilizarem”, aspecto central para a sua “autonomia funcional”.

Se nos focarmos apenas nos valores apurados para os domínios “Transferir-se”, “Elevar-se” e “Virar-se”, estaremos mesmo a falar da capacidade dos dependentes saírem da cama. A matriz das correlações entre os scores nos diferentes domínios do autocuidado, que apresentamos em anexo (Anexo 17), revela-nos que, quanto maior é o nível de dependência num daqueles três domínios, maior será a dependência nos outros dois. Neste quadro, estaremos em condições de dizer que, cerca de  $\frac{1}{4}$  dos dependentes integrados no seio das famílias do Porto são pessoas “acamadas”. Este tipo de análise será objecto de maior profundidade, no âmbito do projecto global de investigação para o qual este nosso trabalho concorre. Contudo, desde já, podemos admitir que estes casos apresentarão necessidades que exigirão uma forte intensidade em cuidado de enfermagem. Assim, importa considerar este tipo de dados no planeamento em saúde...

Quanto ao domínio “Tomar a medicação” o seu posicionamento a meio da tabela vem mais uma vez alertar para o facto da necessidade de outra pessoa para que os dependentes cumpram os seus regimes medicamentosos.

Da leitura da tabela é possível perceber a existência de dois casos globalmente categorizados como “completamente independente”. A presença destes dois casos é fruto da metodologia de colheita de dados utilizada. A primeira identificação de um dependente integrado na família era feita pelo respondente, normalmente um membro da família prestador de cuidados. Após, iniciava-se a avaliação feita pelo investigador, com base nos critérios das diferentes escalas adoptadas. Assim, era possível que no final da (extensa) avaliação pudesse existir algum “caso” indicado como dependente pelo familiar e que, afinal, com base na nossa avaliação, seria “completamente independente”. A ocorrência de apenas dois casos num universo de 163 permite-nos atestar da adequação da avaliação / sinalização feita pelos membros da família prestadores de cuidados / respondentes.

A relevância dos resultados que emergem deste nosso percurso vem corroborar e confirmar aquilo que tem sido produzido nos últimos anos na região Norte do país. A este respeito, e como forma de confrontação dos nossos resultados com os demais, realizámos uma pesquisa nas bibliotecas das principais instituições da região, com ensino pós-graduado de Enfermagem. Estivemos interessados em dissertações de mestrado e teses de doutoramento. As instituições consultadas foram a Universidade Católica Portuguesa – Porto; o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; e, a Escola Superior de Enfermagem do Porto. Procurámos títulos que, de alguma forma, abordassem o tema do autocuidado, da dependência e / ou do envelhecimento. Na pesquisa realizada, foram encontrados 19 trabalhos aparentemente relevantes. Após análise dos resumos, foram seleccionados nove trabalhos, nos quais, de alguma forma, foram feitas avaliações do nível de dependência dos participantes. O paralelismo do nosso estudo com os demais está condicionado pelo facto de as avaliações do nível de dependência terem sido realizadas recorrendo a escalas de avaliação distintas das utilizadas no nosso estudo. Globalmente, os estudos partiam de universos de idosos dependentes; eram desenvolvidos em áreas geográficas e contextos situacionais diferentes do nosso e; geralmente, os estudos eram dirigidos aos “prestadores de cuidados informais” e não aos dependentes.

As escalas de avaliação mais frequentemente utilizadas foram o “Índice de Barthel” e “Escala de Katz” para avaliação das ABVD; e a Escala de Lawton e Brody para avaliação das AIVD (Moreira, 1995; Imaginário, 2002; Ferraz, 2003; Quesado, 2006; Lage, 2007; Ricarte, 2009), outras formas de avaliação foram aplicadas nos restantes

três estudos (Petronilho, 2006; Rodrigues, 2007; Pereira, 2007).

Em todos os estudos, em que foi utilizado o índice de Barthel, verificou-se um predomínio de indivíduos totalmente e severamente dependentes. Na mesma linha, nos estudos baseados no índice de Katz, encontrou-se um predomínio da dependência em todas as funções avaliadas.

Quando avaliadas as AIVD (Quesado, 2006; Lage, 2007; Ricarte, 2009), verificou-se um predomínio dos dependentes “severamente dependentes”. É de salientar que, em relação à capacidade de se responsabilizarem pela medicação, nos três estudos, os dependentes apresentavam-se, na sua maioria, incapazes de se responsabilizarem pela sua (auto) medicação.

Quando utilizadas outras formas de avaliação (Petronilho, 2006; Rodrigues, 2007 e Pereira, 2007), os resultados foram semelhantes, com a excepção do trabalho de Rodrigues. Este utilizou uma amostra constituída por 202 idosos, inscritos num centro de saúde. Aqui foi utilizado o “Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos” (versão portuguesa do *Older Americans Resources and Services*), tendo sido avaliada, entre outros factores, a capacidade dos idosos no desempenho das AVD. Neste estudo, conclui-se que a maioria dos idosos era capaz de realizar as tarefas sem ajuda. Todavia, vale a pena equacionar a natureza do referido instrumento e a natureza da amostra, o que levanta problemas de comparação com os resultados do nosso estudo.

No entanto, na maioria dos estudos, independentemente das estratégias utilizadas para avaliar o “nível de dependência”, verifica-se, como vimos, uma grande concordância com os nossos resultados.

### **3.2.2 Factores associados à dependência no autocuidado**

O discurso produzido até este ponto do relatório permite-nos, com segurança, afirmar do nosso cumprimento dos objectivos enunciados para o estudo. Contudo, depois de termos apresentado e discutido os resultados que nos permitiram identificar e caracterizar os casos de pessoas dependentes inseridas no seio das famílias clássicas do concelho do Porto, julgamos adequado explorar a forma como as variáveis de atributo dos participantes (dependentes) e das famílias em que estão inseridos interferem com o nível global e agregado de dependência no autocuidado. Procedemos ao estudo de todas as possíveis associações e correlações, optando por, neste relatório, só fazer referência aos aspectos com significado estatístico, a um nível de significância de 95%. Os testes estatísticos utilizados neste trabalho foram os considerados adequados à natureza das variáveis em equação.

Ao realizar os testes estatísticos apropriados para testar as associações entre as variáveis de atributo e o nível global de dependência no autocuidado, não foram encontradas quaisquer associações estatisticamente significativas, exceptuando a associação com a idade.

No que se reporta à associação entre a idade e o nível global e agregado de dependência no autocuidado, utilizamos o coeficiente *Rho de Spearman*, já que é este o teste mais adequado quando se pretende medir a intensidade da relação entre uma variável ordinal e outra quantitativa (Pestana e Gageiro, 2008). Este coeficiente varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo destes extremos for o resultado maior será a intensidade da associação entre as variáveis; o sinal positivo ou negativo indica o sentido da associação.

Em relação às variáveis idade e nível de dependência, os dados dizem-nos que há uma correlação negativa e fraca (*Rho Spearman*: -0,208;  $p=0,005$ ) entre as duas variáveis. Numa correlação negativa as variáveis variam em sentidos opostos. Contudo, a escala utilizada para “medir” o nível de dependência é uma escala do tipo “invertido”, em que o maior valor (score 4) corresponde a “completamente independente” e o menor valor (score 1 - “dependente não participa”) ao maior nível de dependência. Assim, podemos afirmar que à medida que aumenta a idade dos participantes maior será o seu nível global e agregado de dependência no autocuidado. Este resultado está de acordo com aquilo que aparece descrito na literatura (Santos, 2005; Figueiredo, 2007); razão pela qual, como vimos no capítulo da metodologia, a idade poder ser utilizada como critério para avaliar a validade das escalas que utilizámos.

### 3.3 Referências

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

FERRAZ, C. M. M. – *A família do doente com AVC e a alta hospitalar: papel do enfermeiro na gestão da adaptação nas freguesias de Aldoar e Ramalde (Porto)*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Janeiro 2003

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

GOEMAN, D. P.; DOUGLASS, J. A. – Optimal management of asthma in elderly patients. *Drugs Aging*. Vol. 24, n.º 5 (2007), p.381 – 394

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

IMAGINÁRIO, C. – *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau: formação e saúde, 2002

LAGE, M. I. G. – *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

MELCHIORS, A. C.; CORRER, C.J.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. – Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. Vol. 89, n.º4 (2007), p. 210 – 218

MOREIRA, I. A. R. T. – *Estudo sobre a saúde do idoso no concelho de Vila Pouca de Aguiar: perspectiva de enfermagem*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Janeiro 1995

PADILHA, J. S. C.; OLIVEIRA, M. F. S.; CAMPOS, M. J. A. - Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 44, n.º4. (Dezembro 2010). p. 1129 – 1134

PEREIRA, M. F. C. – *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional, social e psicopatologia*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, 2007

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

PETRONILHO, F. – *Preparação do regresso a casa – evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, 2006

QUESADO, A. J. L.D. – *Necessidades do idoso dependente no domicílio após alta hospitalar*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar – Universidade do Porto, 2006

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

ROBNETT, R. H.; DIONNE, C.; JACQUES, R.; LACHANCE, A.; MAILHOT, M. – The ManageMed Screening: an interdisciplinary tool for quickly assessing medication management skills. *Clinical Gerontologist*. Vol. 30, n.º4 (2007). p. 1 – 23

RODRIGUES, R. M. C. – *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, 2007

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

SILVA, M.J.; LOPES, M.; ARAÚJO, M.; MORAES, G. – Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Acta paulista de enfermagem*. Vol. 19, n.º2 (Abril – Junho 2006). p. 201 – 206



## 4 Conclusões

O aumento das pessoas com dependência no autocuidado é, hoje em dia, uma realidade fortemente associada ao envelhecimento da população que decorre do aumento da esperança de vida da população associado aos desenvolvimentos científicos e técnicos na área da saúde. O envelhecimento e as doenças crónicas, conforme se constata no nosso estudo, fazem parte das principais causas de compromisso nas capacidades de desempenho no autocuidado. Com efeito, tal como se percebe dos resultados do nosso estudo, e em linha com aquilo que está disponível na literatura, são as pessoas mais idosas que tendem a apresentar níveis mais intensos de dependência nos vários domínios do autocuidado.

O conceito de autocuidado e aqueles que lhe estão associados, como a dependência, a autonomia e a capacidade funcional, são nucleares e assumem um estatuto central no seio da disciplina de enfermagem. A centralidade do conceito de autocuidado é atestado pelo relevo da produção científica que tem vindo a ser desenvolvida nos últimos anos, a grande maioria ancorada nos princípios teóricos da Escola das necessidades (Kérouac, 1996; Meleis, 2007). Em Portugal, nos últimos anos, temos assistido a um forte incremento da investigação em enfermagem focada no domínio problemático do autocuidado. Este forte investimento é fruto da centralidade do conceito para a disciplina e, porque não dizê-lo, da inevitabilidade de encontrar soluções que nos permitam lidar com o aumento (que se assume real) dos quadros de dependência.

A nível político, têm surgido medidas que pretendem dar resposta a esta nova situação, nomeadamente através da criação da RNCCI, com grande aposta na reabilitação daquele 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 actividades da vida diária” (Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Dada a centralidade da problemática da dependência no autocuidado para a enfermagem, aos enfermeiros, como parte integrante e indispensável do sistema de saúde, pede-se que produzam conhecimento válido sobre o fenómeno e participem activamente na definição de políticas capazes de ir de encontro às reais necessidades da população em cuidados de saúde. A promoção da autonomia no autocuidado e a promoção das competências dos membros da família prestadores de cuidados a dependentes integrados no seio das famílias são dois dos pilares essenciais da

qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001; Pereira, 2007; Silva, 2007).

Para efeitos da avaliação da “dependência no autocuidado” têm sido utilizados múltiplos instrumentos, de acordo com aquilo que está disponível na literatura. No entanto e apesar do reconhecimento da sua importância científica, tais instrumentos, em termos clínicos (para a enfermagem), têm pouca utilidade, na medida em que fazem avaliações demasiado genéricas (globais), com limitado poder de discriminação dos casos e das suas reais capacidades de desempenho. Esta questão, que se prende com a validade dos instrumentos, não é desprezível, na medida em que, para a tomada de decisão clínica, é necessário conhecer quais as limitações específicas do dependente, de modo a dirigir e a adequar as intervenções aos seus reais défices nas diferentes dimensões / actividades do autocuidado. Assim, para ser clinicamente útil para os enfermeiros, a avaliação do tipo e do nível de dependência no autocuidado não pode ser demasiado genérica. A este respeito, já em 1993, Dorothea Orem defendia que a realização dos requisitos do autocuidado depende do grau em que estes requisitos se conhecem (acrescentamos: “com propriedade”) e do modo como se compreendem as formas de os satisfazer. Para esta autora que tomamos por referência, as necessidades de autocuidado de um indivíduo só podem ser conhecidas se forem devidamente avaliadas.

Os instrumentos que utilizámos neste estudo, para efeitos de avaliar o tipo e o grau de dependência nos diferentes domínios do autocuidado, foram desenvolvidos com o propósito de contornar os problemas a que aludimos anteriormente. Assumindo a validade de conteúdo das escalas utilizadas, o estudo por nós realizado permitiu reforçar a fidelidade daqueles instrumentos. Com efeito, os valores de  $\alpha$  de Cronbach obtidos no nosso estudo, quando se analisou cada uma das diferentes escalas isoladamente, demonstram a elevada consistência interna dos instrumentos. Na realidade, valores de  $\alpha$  de Cronbach acima de 0,9 evidenciam medidas de consistência interna muito boas (Pestana e Gageiro, 2008). Face ao exposto, afirma-se a elevada fidelidade e precisão dos resultados obtidos com a utilização das diferentes (sub)escalas de avaliação da dependência no(s) autocuidado(s), facto que concorre para a robustez do estudo aqui relatado.

Importa também destacar que, para além dos valores obtidos na estatística  $\alpha$  de Cronbach, a matriz das correlações inter-itens de cada uma das diferentes escalas de avaliação da dependência no autocuidado revelou-nos a existência de relações apenas com sentido positivo entre os itens de cada escala, o que indica que todos os itens avaliam o mesmo parâmetro (Fortin, 2009). Contudo, vale a pena salientar a

existência (pontual) de itens que apresentam uma relação quase ou mesmo perfeita entre si. Este facto pode desvelar alguma redundância entre alguns itens (indicadores) incluídos nas diferentes escalas (Pestana e Gageiro, 2008). Mas, a questão que se coloca, por agora, situa-se, mais uma vez, no âmbito da problemática da validade (de conteúdo) dos instrumentos e da sua utilidade clínica. As escalas utilizadas, se forem incorporadas na acção quotidiana dos enfermeiros da comunidade, para além de, com propriedade, avaliarem o tipo e o grau de dependência no autocuidado, poderão constituir-se como instrumentos de monitorização da evolução clínica dos clientes, neste particular.

Em termos metodológicos, o estudo aqui relatado pode ser considerado como o primeiro de base populacional, realizado no concelho do Porto e na região Norte, focado na problemática da “Dependência no autocuidado” no seio das famílias clássicas, incorporando uma perspectiva teórica eminentemente de enfermagem. A natureza e o processo de amostragem utilizado permitem-nos inferir resultados para a população de origem, facto que se revela uma mais-valia do estudo.

A dimensão ou “prevalência” do fenómeno de dependência no autocuidado, no seio das famílias clássicas do concelho do Porto, de acordo com os dados que temos disponíveis, situa-se na ordem dos 10,41%. Tendo, apenas, em consideração os casos de famílias que afirmam integrar pelo menos um dependente no seu seio, constata-se que as freguesias de São Nicolau e Miragaia, integradas no “Porto ribeirinho e antigo” são aquelas com valores percentuais mais elevados. Esta tendência mantém-se quando olhamos apenas para os casos (163) em que foi possível avaliar através das escalas incluídas no estudo, o tipo e o grau de dependência no autocuidado.

Quanto às características dos indivíduos dependentes no autocuidado na população residente no concelho do Porto, assemelham-se às de outros estudos: são, na sua maioria, mulheres, idosos e viúvos. Quanto à forma como se instalou a dependência, na maioria dos casos, constata-se que foi de forma gradual, em consequência do envelhecimento.

De acordo com dados do INE (2010a, 2010b) a população portuguesa atingiu em 2009 os 10 637 713 habitantes, dos quais 1 901 153 têm idade superior a 65 anos, o que corresponde a uma proporção de 17,9% da população portuguesa. Ao limitarmos estes dados à população do concelho do Porto, verifica-se que, numa população de 210 558 habitantes, 44 086 se encontram numa faixa etária superior aos 65 anos, o que corresponde, neste particular, a uma proporção de 20,9% da população do

concelho. Os dados disponíveis revelam que, no Porto, a proporção de idosos é superior ao resto do país.

Segundo as projecções do INE (2009), no ano 2060, a população portuguesa vai apresentar um decréscimo para valores na ordem dos 10 364 157 habitantes, dos quais 3 351 045 apresentarão idade superior a 65 anos, o que representa um aumento significativo da proporção de idosos para 32,3%. Quer isto dizer que, daqui a 50 anos, a percentagem de idosos na população portuguesa vai dobrar. Não existindo projecções do INE a nível concelhio, apenas podemos perspectivar, de acordo com os dados anteriores e caso se mantenha a tendência actual, que no concelho do Porto este aumento do valor percentual de idosos fará com que quase 40% da população do concelho tenha mais de 65 anos de idade. Ao assumirmos a relação entre o envelhecimento e a instalação da dependência, então, podemos também projectar no futuro um aumento significativo de dependentes integrados nas famílias do Porto. O cenário projectado, desde já, obriga-nos a repensar e a otimizar as capacidades instaladas de assistência a este segmento da população que, indubitavelmente, necessita de cuidados de enfermagem.

Naquilo que se refere ao tipo e grau de dependência nos diferentes domínios do autocuidado, globalmente, vale a pena sublinhar que, quando se considera o valor do somatório dos casos que são “completamente dependentes – não participam” e aqueles que “necessitam de ajuda de pessoas”, mais de metade dos casos avaliados corresponde àquilo que se pode designar na “linguagem folk profissional” como “grandes dependentes”. Olhando em particular para os domínios “Elevar-se”; “Transferir-se” e “Virar-se”, constatamos que cerca de 30% dos casos avaliados se inserem no conceito de “acamado”.

Tendo em conta o número de pessoas completamente dependentes ou a necessitar de ajuda de pessoas na realização das actividades de autocuidado, é de sublinhar que o processo de reabilitação da pessoa dependente está muito ligado ao perfil de prestação de cuidados dos familiares. Muitas vezes, os membros da família prestadores de cuidados, querendo proteger o seu dependente, substituem-no realizando a maioria das suas rotinas diárias e as actividades de autocuidado, limitando dessa forma a capacidade de autonomia do dependente (Vugt et al, 2004). Este facto coloca em destaque a necessidade de, quando se perspectiva a assistência a estes dependentes, os seus familiares cuidadores terem que ser, também, perspectivados como portadores de necessidades e, por isso, alvo das terapêuticas de enfermagem.

Maximizar e/ou preservar o potencial dos dependentes é um aspecto crucial da intencionalidade em que se alicerçam as intervenções de enfermagem. Quando o dependente detém, para além de capacidades cognitivas, outros factores que podem condicionar positivamente a reconstrução/preservação da sua autonomia, como por exemplo a sua postura face ao autocuidado (Backman e Hentinen, 1999; 2001), importa capitalizar tais circunstâncias.

Acreditamos que a informação que resulta deste nosso estudo é um contributo válido para a enfermagem, para os enfermeiros e para todos aqueles que se vêm envolvidos no planeamento em saúde. Neste contexto, defendemos o alargamento deste tipo de estudo a outras realidades regionais (facto já em curso) e, quem sabe, a criação de um “observatório da dependência no autocuidado” que, periodicamente, nos fosse disponibilizando informação relativa à incidência e prevalência do fenómeno à escala regional e nacional. Defendemos, ainda, que o valor desta informação não pode ser negligenciado.

## 4.1 Referências

BACKMAN K; HENTINEN M. - Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, n. 03 (Setembro 1999), p.564 - 572

BACKMAN, K.; HENTINEN, M. – Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 15, n. 03 (2001), p. 195 – 202

DECRETO-LEI N.º101/2006 D.R. I Série – A N.º109 (2006-06-06) [Em linha] [Consult. 1 de Março de 2008]. Disponível em URL <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao.htm>

FORTIN, M. F. – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – Projecções de população residente Portugal 2008-2060 – Instituto Nacional de Estatística, 2009. [Em linha] [Consult.9 de Setembro de 2010]. Disponível em URL: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=65944632&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – *Estatísticas demográficas 2009*. – Instituto Nacional de Estatística, 2010a [Em linha] [Consult.9 de Setembro de 2011]. Disponível em URL: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub)

[\\_boui=102638621&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=102638621&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – *Anuário estatístico da região norte 2009*.  
– Instituto Nacional de Estatística, 2010b [Em linha] [Consult.9 de Setembro de 2011].

Disponível em URL:  
[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=102939024&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=102939024&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2)

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

MELEIS, A. I. - *Theoretical Nursing: Development and progress*. 4.<sup>a</sup> ed.: Lippincott Williams &Wilkins, 2007

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

OREM, D. – *Modelo de Orem. Conceptos de enfermaria en la practica*: Masson, 1993

PEREIRA, F. M.S. – *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

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

SILVA, A. P. – “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

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

---

## **Anexos**



## **Anexo 1: Escala de avaliação do nível de dependência no autocuidado**

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro				
Obtém objectos para o banho				
Consegue água				
Abre a torneira				
Regula a temperatura da água				
Regula o fluxo da água				
Lava-se no chuveiro				
Lava o corpo				
Seca o corpo				
Outro _____				
Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas				
Retira as roupas da gaveta e do armário				
Segura as roupas				
Veste as roupas na parte superior do corpo				
Veste as roupas na parte inferior do corpo				
Despe as roupas na parte superior do corpo				
Despe as roupas na parte inferior do corpo				
Abotoa as roupas				
Desabotoa as roupas				
Usa cordões para amarrar				
Usa fechos				
Calça as meias				
Descalça as meias				
Calça os sapatos				
Descalça os sapatos				
Outro _____				
Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão				
Abre recipientes				
Utiliza utensílios				
Coloca o alimento nos utensílios				
Pega no copo ou chávena				
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão				
Leva os alimentos à boca com recipiente				
Leva os alimentos à boca com os utensílios				
Bebe por copo ou chávena				
Coloca os alimentos na boca				
Conclui uma refeição				
Outro _____				
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				
Barbeia-se				
Aplica maquilhagem				
Cuida das unhas				
Usa um espelho				
Outro _____				
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				
Aplica desodorizante				
Limpa a área do períneo				
Limpa as orelhas				
Mantém o nariz desobstruído e limpo				
Mantém a higiene oral				
Outro _____				
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo				

Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário				
Tira as roupas				
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar				
Ergue-se da sanita				
Ajusta as roupas após a higiene íntima				
Outro _____				
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				
Outro _____				
Virar-se				
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro				
Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas				
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança				
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida				
Outro _____				

## **Anexo2: Definição das variáveis do Instituto Nacional de Estatística**

**ALOJAMENTO FAMILIAR:** Local distinto e independente que pelo modo como foi construído, reconstruído, ampliado ou transformado ou como está a ser utilizado, se destina a alojar, normalmente, apenas uma família (embora nele possam residir várias no momento), na condição de no momento de referência não estar a ser utilizado totalmente para outros fins.

Os alojamentos familiares podem ser de dois tipos:

**Alojamento familiar clássico** – Local distinto e independente, constituído por uma divisão ou conjunto de divisões e seus anexos que, fazendo parte de um edifício clássico, ou seja, com carácter não precário, ou sendo estruturalmente separados daquele, pela considerando a forma como foi construído, reconstruído ampliado ou transformado se destina a servir de habitação de uma família, não estando no momento censitário a servir totalmente para outros fins. Deve ter uma entrada independente que dê acesso (quer directamente, quer através de um jardim ou um terreno) a uma via ou a uma passagem comum no interior do edifício (escada, corredor ou galeria, etc.). As divisões isoladas, manifestamente construídas, ampliadas ou transformadas para fazer parte do alojamento familiar clássico são consideradas como parte integrante do mesmo.

**Alojamento familiar não clássico** – Local habitado por pessoas e que, pelo tipo e precariedade da construção, não satisfaz inteiramente as condições de alojamento familiar clássico. Estão compreendidas neste grupo: barraca; casa rudimentar de madeira; móvel; improvisado em edifício; outro local habitado.

**ESTADO CIVIL:** Situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado face às relações familiares, que constam obrigatoriamente do registo civil: solteiro, casado, viúvo, divorciado ou outro.

**FAMÍLIA CLÁSSICA:** Conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. São incluídos na família clássica o (a)s empregados domésticos internos, desde que não se desloquem todas ou quase todas as semanas à residência da respectiva família.

**IDADE:** Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos, salvo se tratar de crianças com menos de 1 ano, devendo nestes casos ser expressa em meses, semanas ou dias completos.

**NACIONALIDADE:** Cidadania legal da pessoa no momento de observação; são consideradas as nacionalidades constantes no bilhete de identidade, no passaporte, no título de residência ou no certificado de nacionalidade apresentado. As pessoas que, no momento de observação, tenham pendente um processo para obtenção da nacionalidade, devem ser considerados com a nacionalidade que detinham anteriormente.

**NÍVEL DE ESCOLARIDADE COMPLETO:** Refere-se ao nível ou grau de ensino mais elevado que o indivíduo concluiu, em termos de níveis e graus do sistema formal de ensino, isto é, do ensino básico, secundário e superior, e obteve o respectivo certificado ou diploma.

**PROFISSÃO:** Ofício ou modalidade de trabalho, remunerado ou não, a que corresponde um determinado título ou designação profissional, constituído por um conjunto de tarefas que concorrem para a mesma finalidade e que pressupõem conhecimentos semelhantes.

### **Anexo 3: Operacionalização das variáveis de atributo (dependente / família)**

Variáveis	Indicadores
Sexo	Masculino Feminino
Idade	Número 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 – 1ºciclo (4anos) Ensino Básico – 2ºciclo (6anos) Ensino Básico – 3ºciclo (9anos) Ensino secundário (11 ou 12 anos) Ensino superior
Profissão	Membros das forças armadas Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa Especialistas das profissões intelectuais e científicas Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares Pessoal dos serviços e vendedores Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas Operários, artificies e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem Trabalhadores não qualificados Domestico Desempregado Reformado
Situação que originou a dependência: Envelhecimento Acidente Doença aguda Doença crónica Outra	Sim Não
Instalação da dependência	Súbita Gradual
Tempo de dependência	Anos Meses.
Consumo de medicamentos	Sim Não
Variedade de fármacos	Número
Fármacos nas tomas/dia	Número
Internamentos no último ano	Nenhum Um Dois Três Mais de três (especificar)
Episódios de recursos ao SU, no último ano	Nenhum Um Dois Três Mais de três (especificar)

Variáveis	Indicadores
Tipo de família	Clássica: sem núcleos Clássica: com um núcleo Clássica: com dois núcleos Clássica: com três núcleos
Número de membros da família	Número
Rendimento 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
Tipo de edifício de alojamento familiar	Clássico: moradia Clássico: apartamento Clássico: outro tipo Não clássico (barraca / móvel / improvisado)
Alojamento com: Retrete Água canalizada Instalação de banho ou duche Aquecimento Acessibilidade a PMC	Sim Não
Necessidade de reparações do alojamento familiar	Muito grandes Grandes Médias Pequenas Nenhumas

## **Anexo 4: Operacionalização da variável em estudo: dependência no autocuidado**

Dimensões	Componentes	Indicadores
Tomar banho	<p>Obtém objectos para o banho  Consegue água  Abre a torneira  Regula a temperatura da água  Regula o fluxo da água  Lava-se no chuveiro  Lava o corpo  Seca o corpo</p>	<p>Dependente não participa  Necessita de ajuda de pessoa  Necessita de equipamento  Completamente independente</p>
Vestir-se e despir-se	<p>Escolhe as roupas  Retira as roupas da gaveta e do armário  Segura as roupas  Veste as roupas na parte superior do corpo  Veste as roupas na parte inferior do corpo  Despe as roupas na parte superior do corpo  Despe as roupas na parte inferior do corpo  Abotoa as roupas  Desabotoa as roupas  Usa cordões para amarrar  Usa fechos  Calça as meias  Descalça as meias  Calça os sapatos  Descalça os sapatos</p>	<p>Dependente não participa  Necessita de ajuda de pessoa  Necessita de equipamento  Completamente independente.</p>
Arranjar-se	<p>Penteia ou escova os cabelos  Barbeia-se  Aplica maquilhagem  Cuida das unhas  Usa um espelho  Aplica desodorizante  Limpa a área do períneo  Limpa as orelhas  Mantém o nariz desobstruído e limpo  Mantém a higiene oral</p>	<p>Dependente; não participa  Necessita de ajuda de pessoa  Necessita de equipamento  Completamente independente.</p>
Alimentar-se	<p>Prepara os alimentos para a ingestão  Abre recipientes  Utiliza utensílios  Coloca o alimento nos utensílios  Pega no copo ou chávena  Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão  Leva os alimentos à boca com recipiente  Leva os alimentos à boca com os utensílios  Bebe por copo ou chávena  Coloca os alimentos na boca  Conclui uma refeição</p>	<p>Dependente não participa  Necessita de ajuda de pessoa  Necessita de equipamento  Completamente independente</p>
Usar o sanitário	<p>Ocupa e desocupa o sanitário  Tira as roupas  Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira  Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar  Ergue-se da sanita  Ajusta as roupas após a higiene íntima</p>	<p>Dependente; não participa  Necessita de ajuda de pessoa  Necessita de equipamento  Completamente independente.</p>
Elevar-se	<p>Levanta parte do corpo</p>	<p>Dependente; não participa  Necessita de ajuda de pessoa  Necessita de equipamento  Completamente independente.</p>
Virar-se	<p>Move o corpo, virando-o de um lado para o outro</p>	<p>Dependente; não participa  Necessita de ajuda de pessoa  Necessita de equipamento  Completamente independente.</p>

Transferir-se	Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	Dependente; não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.
Usar a cadeira de rodas	Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	Dependente; não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.
Andar	Suporta o próprio corpo na posição de pé Deambula com passadas eficazes a diferentes ritmos Sobe e desce degraus Deambula em aclives e declives Percorre distâncias curtas (<100m) Percorre distâncias moderadas (>100<500m) Percorre longas distâncias (>500m)	Dependente; não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.
Tomar a medicação	Providencia medicamentos Prepara a medicação Toma a medicação	Dependente; não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente.

**Anexo 5: 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>

	Famílias clássicas (N.º) por Local de residência
	Período de referência dos dados
	2001
	N.º
Local de residência	
Porto	100696
Aldoar	4770
Bonfim	11925
Campanhã	13786
Cedofeita	10269
Foz do Douro	4388
Lordelo do Ouro	7840
Massarelos	3089
Miragaia	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 actualização destes dados: 15 de Maio de 2007

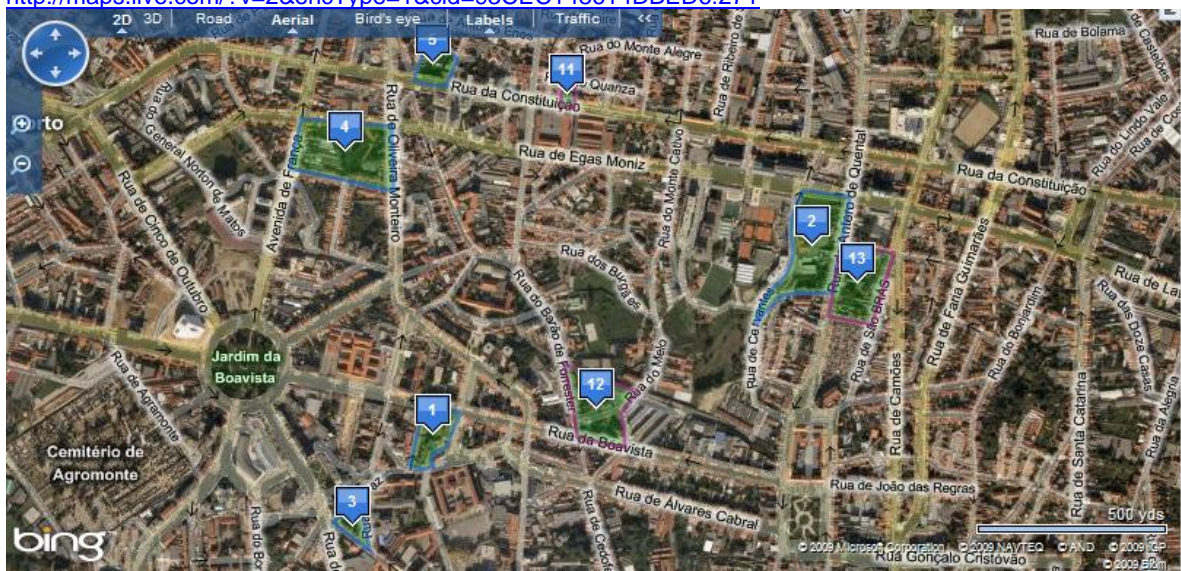
## **Anexo 6: Distribuição das famílias a entrevistar por freguesias**

	Nº de famílias total	Nº de famílias da amostra
Porto	100696	2402
Aldoar	4770	114
Bonfim	11925	284
Campanhã	13786	329
Cedofeita	10269	245
Foz do Douro	4388	105
Lordelo do Ouro	7840	187
Massarelos	3089	74
Miragaia	1111	26
Nevogilde	1892	45
Paranhos	19294	460
Ramalde	13735	327
Santo Ildefonso	4512	108
São Nicolau	1075	26
Sé	1880	45
Vitória	1130	27

**Anexo 7: Áreas geográficas por freguesias / links de acesso (BGRI)**

Exemplo: CEDOFEITA

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



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

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

CAMPANHÁ: <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>

NEVOGILDÉ: <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>

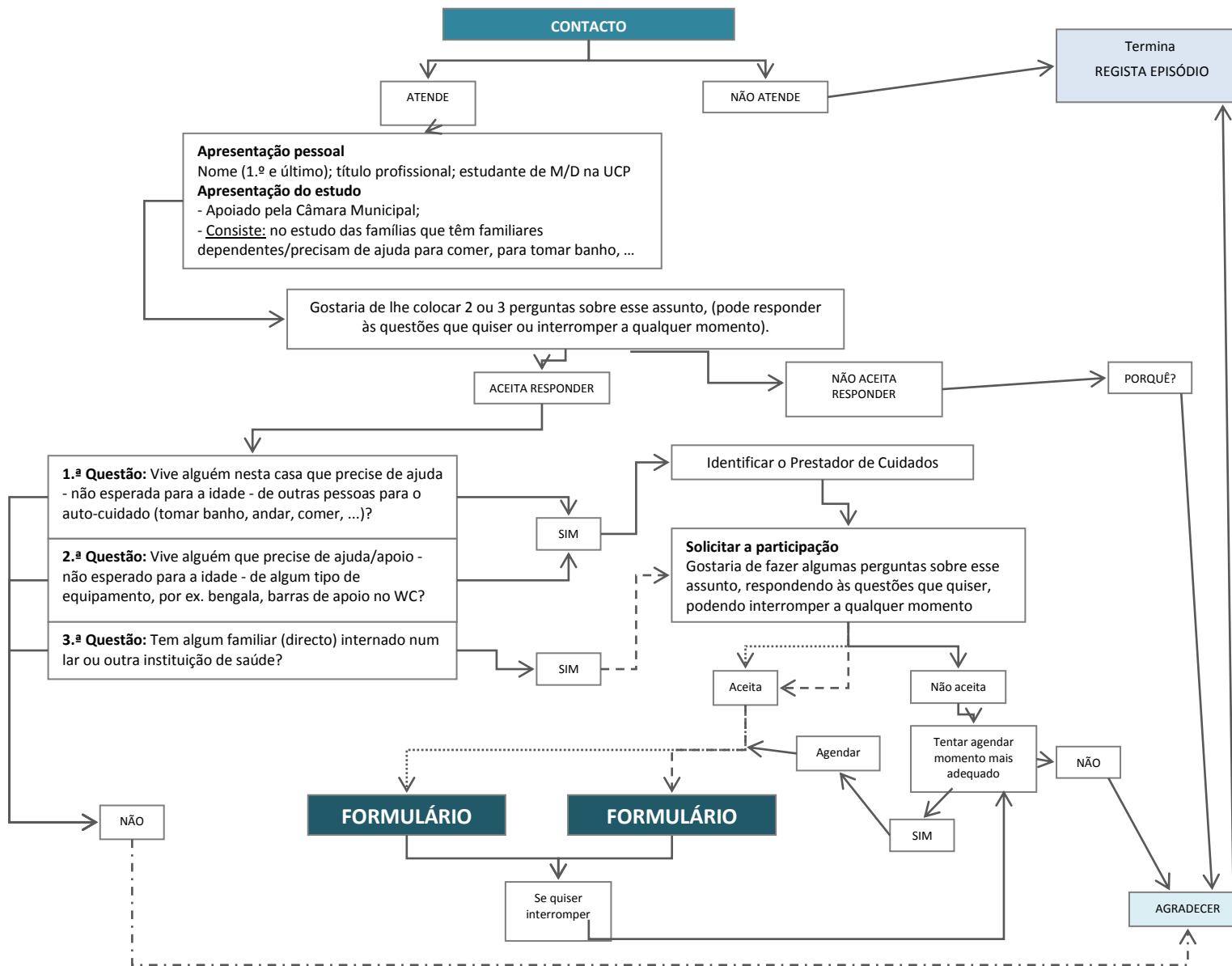
SANTO ILDEFONSO: <http://maps.live.com/?v=2&encType=1&cid=93CEC148614DBED6!327>

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 8: Esquema de entrevista**



**Anexo 9: Formulário de colheita de dados (alargado)**

23967

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

--	--

23967

**PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO****Perfil 1**

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

- Coabita com o dependente?**  Sim  Não

**Sexo**

- M  F

**Idade**

--	--

**Estado civil**

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

**Nacionalidade**

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

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

**Nível de escolaridade**

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

**Parentesco**

- Marido / Esposa  
 Pai/Mãe  
 Filho/Filha  
 Irmão/Irmã  
 Afinidade (nora; padrastrô; 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; padrastrô; 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

17099

CODIFICAÇÃO:

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

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE II - FORMULÁRIO PCD

#### PESSOA DEPENDENTE

**Sexo**

- M  
 F

**Idade**

--	--

**Estado civil**

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

**Nacionalidade**

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

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

**Nível de escolaridade**

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

**Profissão**

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

**Situação que originou a dependência**

- Sim Não
- Envelhecimento  
  Acidente  
  Doença aguda  
  Doença crónica  
  Outra

**Instalação da dependência**

- Súbita  
 Gradual

**Tempo de dependência**

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

 Anos      Meses

**Consumo medicamentos**

- Não  
 Sim

**Variedades de fármacos (n.º)**

--	--

**Internamentos no último ano**

- Nenhum  
 Um  
 Dois  
 Três  
 Mais de três (especificar)

--	--

**Episódios de recursos ao SU, no último ano**

- Nenhuma  
 Uma  
 Duas  
 Três  
 Mais de três (especificar)

--	--

**Número de fármacos nas tomas/dia**

--	--

#### AUTOCUIDADO: Tomar banho

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Obtém objectos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula a temperatura da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula o fluxo da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava-se no chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seca o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17099

Com que frequência dá banho ao seu familiar?   vezes / semana

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

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

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- Na cama  
 No chuveiro/banheira  
 Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Outro

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

- Sempre  Às vezes  Nunca

**Assento suspenso para banheira**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

**Barras de apoio para banho**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

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

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

**Cadeira higiénica**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

**Elevador de banheira**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

**Lava cabeças para acamados**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

**Antiderrapante**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

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"/>

### AUTO-CUIDADO: 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****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Calça meias/tira meias****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Calçadeira de cabo longo****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Cordões elásticos****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Extensões para fechos de correr****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro

Para:

Sente-se:

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

17099

**AUTOCUIDADO: Arranjar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Penteia ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbeia-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica maquilhagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência penteia o cabelo ao seu familiar?   vezes / diaCom que frequência corta/apara a barba ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica maquilhagem ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência lava os dentes ao seu familiar?   vezes / dia**Pente de cabo longo****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

**AUTO-CUIDADO: 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

**Mesa de comer na cama****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
**Rebordo para prato****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência

 Outro
**Suporte de copos****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência

 Outro
**Suporte de palhinha para copo****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência

 Outro

Para:

Sente-se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desnutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desidratação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar de comer / beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar para as refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



17099

**AUTOCUIDADO: Uso do sanitário**

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

**Normalmente, em que local o seu familiar evacua?**

- 
- Fralda
- 
- Arrastadeira
- 
- Sanita
- 
- Outro

**Normalmente, em que local o seu familiar urina?**

- 
- Fralda
- 
- Arrastadeira
- 
- Sanita
- 
- Outro

**Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?**

- 
- Dependente
- 
- Prestador de cuidados
- 
- Outro

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

**Posiciona o seu familiar no sanitário?**  Sempre  Às vezes  Nunca

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

**Alteador de sanita**
**Razão da não utilização**

- 
- Económica
- 
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- 
- S
- 
- N

**Utilizado**

- 
- S
- 
- N

**Desejado**

- 
- S
- 
- N

- 
- Desconhecimento da forma de funcionamento

- 
- Limitações da residência
- 
- Outro

**Arrastadeira**
**Razão da não utilização**

- 
- Económica
- 
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- 
- S
- 
- N

**Utilizado**

- 
- S
- 
- N

**Desejado**

- 
- S
- 
- N

- 
- Desconhecimento da forma de funcionamento

- 
- Limitações da residência
- 
- Outro

**Barra de apoio de sanitário**
**Razão da não utilização**

- 
- Económica
- 
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- 
- S
- 
- N

**Utilizado**

- 
- S
- 
- N

**Desejado**

- 
- S
- 
- N

- 
- Desconhecimento da forma de funcionamento

- 
- Limitações da residência
- 
- Outro

**Cadeira sanitária**
**Razão da não utilização**

- 
- Económica
- 
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- 
- S
- 
- N

**Utilizado**

- 
- S
- 
- N

**Desejado**

- 
- S
- 
- N

- 
- Desconhecimento da forma de funcionamento

- 
- Limitações da residência
- 
- Outro

**Cueca impermeável**
**Razão da não utilização**

- 
- Económica
- 
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- 
- S
- 
- N

**Utilizado**

- 
- S
- 
- N

**Desejado**

- 
- S
- 
- N

- 
- Desconhecimento da forma de funcionamento

- 
- Limitações da residência
- 
- Outro

**Colector urinário**
**Razão da não utilização**

- 
- Económica
- 
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- 
- S
- 
- N

**Utilizado**

- 
- S
- 
- N

**Desejado**

- 
- S
- 
- N

- 
- Desconhecimento da forma de funcionamento

- 
- Limitações da residência
- 
- Outro

17099

**Fralda****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

**Penso absorvente para incontinência****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

**Penso higiénico****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

**Resguardo****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

**Saco de colostomia/ileostomia/urina****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

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

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

**Para:****Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade 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"/>

17099

**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

**Grades de apoio / segurança****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Colchão anti-úlceras de pressão****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Cotoveleira****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Coxim****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Transfer de cama (dispositivo para posicionar)****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Imobilizador abdominal****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Luva de imobilização****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Posicionador de perna e pés****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Suporte para as costas****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro
**Dispositivo de prevenção de pé equino****Razão da não utilização**
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
**Necessário (juízo do enfermeiro)**
 S  N
**Utilizado**
 S  N
**Desejado**
 S  N

 Desconhecimento da forma de funcionamento

 Limitações da residência  Outro

17099

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

### AUTOCUIDADO: Transferir-se

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

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

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

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

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

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

O dependente    O prestador de cuidados    O enfermeiro    Outro

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

#### Barra de apoio

##### Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S    N

Utilizado

S    N

Desejado

S    N

#### Cabeceira e pés da cama amovíveis

##### Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S    N

Utilizado

S    N

Desejado

S    N

#### Cama articulada

##### Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S    N

Utilizado

S    N

Desejado

S    N

#### Elevador de transferência

##### Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S    N

Utilizado

S    N

Desejado

S    N

17099

**Transfer leito-cadeira****Razão da não utilização**

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

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

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N**Para:****Sente-se:**

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

**AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas**

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

Com que frequência movimenta o seu familiar na cadeira de rodas?   vezes / dia

Com que frequência leva o seu familiar a passear/sair de casa, na cadeira de rodas?   vezes / mês

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro

Incentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas?  Sempre  Às vezes  Nunca

**Rampa****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N**Rodas anti-queda****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N**Plataforma vertical para cadeiras de rodas****Razão da não utilização**

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

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

17099

**AUTOCUIDADO: Andar**

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

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

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

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

Razão da não utilização

 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

 S  N

Utilizado

 S  N

Desejado

 S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência  Outro**Bengala**

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**Canadiana(s)**

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**Prótese**

Razão da não utilização

 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

 S  N

Utilizado

 S  N

Desejado

 S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência  Outro

Para:

Sente-se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber 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

**AUTOUIDADO: Tomar medicação**

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

Procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação?  Sempre  Às vezes  Nunca

Incentiva o seu familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos?  Sempre  Às vezes  Nunca

**Aparelho para tensão arterial****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Aspirador de secreções****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Caixa de comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Caneta de insulina****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Corta comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Máquina de pesquisas de glicemia capilar****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Nebulizador****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Oxigenoterapia****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Termómetro (para registo de temperatura)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Triturador de comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

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

17099

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

## CUIDADOS COMPLEMENTARES

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

Quem decide a dieta do seu familiar?

O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro

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

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

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

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

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

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

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

Costuma fazer a pesquisa de fecalomas?  Sempre  Às vezes  Nunca

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sempre  Às vezes  Nunca



17099

## OUTROS RECURSOS

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

## Serviços de:

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

## Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

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

## AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

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



29522

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

Anos   Meses

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

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

Razões da escolha da instituição

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

O dependente foi contrariado  S  N

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

- |                       |                       |  |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| Sim                   | Não                   |  | Sim                   | Não                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Visitar com o familiar a instituição antes da institucionalização  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Integração faseada (primeiro as refeições; posteriormente já passava lá o dia todo e finalmente já morava lá por completo) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Outro  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                       |                       |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                       |                       |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Globalmente, qual o seu grau de satisfação com:

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

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

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

Deseja poder ter o seu familiar a viver consigo  S  N

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

- |                       |                       |                            |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim                   | Não                   |                            | Sim                   | Não                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Apoio financeiro           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Apoio das equipas de saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Apoio dos serviços sociais | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Outro                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                       |                       |                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                       |                       |                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

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

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

- Má  Fraca  Razoável  Boa  Muito boa

## **Anexo 10: Correlação inter-itens das escalas de autocuidado**

## Autocuidado: Tomar Banho

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

## Autocuidado: Vestir-se e Despir-se

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

Autocuidado: Arranjar-se										
	Penteia ou escova os cabelos	Mantém a higiene oral	Barbeia-se	Aplica maquiagem	Cuida das unhas	Usa um espelho	Aplica desodorizante	Limpa a área do períneo	Limpa as orelhas	Mantém o nariz desobstruído e limpo
Penteia ou escova os cabelos	1,000	0,980	0,980	0,984	0,955	1,000	1,000	0,984	0,984	1,000
Mantém a higiene oral	0,980	1,000	0,968	0,964	0,933	0,980	0,980	0,996	0,996	0,980
Barbeia-se	0,980	0,968	1,000	0,996	0,966	0,980	0,980	0,964	0,964	0,980
Aplica maquiagem	0,984	0,964	0,996	1,000	0,969	0,984	0,984	0,968	0,968	0,984
Cuida das unhas	0,955	0,933	0,966	0,969	1,000	0,955	0,955	0,938	0,938	0,955
Usa um espelho	1,000	0,980	0,980	0,984	0,955	1,000	1,000	0,984	0,984	1,000
Aplica desodorizante	1,000	0,980	0,980	0,984	0,955	1,000	1,000	0,984	0,984	1,000
Limpa a área do períneo	0,984	0,996	0,964	0,968	0,938	0,984	0,984	1,000	1,000	0,984
Limpa as orelhas	0,984	0,996	0,964	0,968	0,938	0,984	0,984	1,000	1,000	0,984
Mantém o nariz desobstruído e limpo	1,000	0,980	0,980	0,984	0,955	1,000	1,000	0,984	0,984	1,000

## Autocuidado: Alimentar-se

	Prepara os alimentos para ingestão	Coloca os alimentos na boca	Conclui uma refeição	Abre recipientes	Utiliza utensílios	Coloca o alimento nos utensílios	Pega no copo ou chávena	Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	Leva os alimentos à boca com recipiente	Leva os alimentos à boca com os utensílios	Bebe por copo ou chávena
Prepara os alimentos para ingestão	1,000	0,439	0,452	0,560	0,487	0,463	0,441	0,429	0,434	0,452	0,434
Coloca os alimentos na boca	0,439	1,000	0,959	0,673	0,886	0,907	0,966	0,976	0,963	0,978	0,964
Conclui uma refeição	0,452	0,959	1,000	0,688	0,885	0,922	0,947	0,935	0,934	0,959	0,938
Abre recipientes	0,560	0,673	0,688	1,000	0,749	0,732	0,677	0,658	0,656	0,683	0,659
Utiliza utensílios	0,487	0,886	0,885	0,749	1,000	0,926	0,873	0,871	0,870	0,893	0,864
Coloca o alimento nos utensílios	0,463	0,907	0,922	0,732	0,926	1,000	0,896	0,888	0,887	0,914	0,886
Pega no copo ou chávena	0,441	0,966	0,947	0,677	0,873	0,896	1,000	0,984	0,971	0,958	0,970
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	0,429	0,976	0,935	0,658	0,871	0,888	0,984	1,000	0,987	0,959	0,977
Leva os alimentos à boca com recipiente	0,434	0,963	0,934	0,656	0,870	0,887	0,971	0,987	1,000	0,972	0,987
Leva os alimentos à boca com os utensílios	0,452	0,978	0,959	0,683	0,893	0,914	0,958	0,959	0,972	1,000	0,968
Bebe por copo ou chávena	0,434	0,964	0,938	0,659	0,864	0,886	0,970	0,977	0,987	0,968	1,000

**Autocuidado: Usar o sanitário**

	Ocupa e desocupa o sanitário	Tira as roupas	Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	Ergue-se da sanita	Ajusta as roupas após a higiene íntima
Ocupa e desocupa o sanitário	1,000	0,923	0,951	0,850	0,954	0,921
Tira as roupas	0,923	1,000	0,920	0,866	0,909	0,961
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	0,951	0,920	1,000	0,836	0,941	0,903
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	0,850	0,866	0,836	1,000	0,837	0,891
Ergue-se da sanita	0,954	0,909	0,941	0,837	1,000	0,917
Ajusta as roupas após a higiene íntima	0,921	0,961	0,903	0,891	0,917	1,000

**Autocuidado "Transferir-se"**

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

**Autocuidado "Usar cadeira de rodas"**

	Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	1,000	0,781	0,609
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	0,781	1,000	0,746
Manobra a cadeira de rodas em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	0,609	0,746	1,000

## Autocuidado: Andar

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

## Autocuidado: Tomar a medicação

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

## **Anexo 11: Distribuição das entrevistas realizadas por freguesia**

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

**Anexo 12: Número de entrevistas a realizar / Número de entrevistas realizadas durante a recolha de dados**

	Entrevistas a realizar (%)	Entrevistas realizadas (%)
Aldoar	114 (4,7%)	114 (4,7%)
Bonfim	284 (11,8%)	280 (11,4%)
Campanha	329 (13,7%)	388 (15,9%)
Cedofeita	245 (10,2%)	244 (10,0%)
Foz do Douro	105 (4,4%)	106 (4,3%)
Lordelo do Ouro	187 (7,8%)	182 (7,4%)
Massarelos	74 (3,1%)	73 (3,0%)
Miragaia	26 (1,1%)	26 (1,1%)
Nevogilde	45 (1,9%)	45 (1,8%)
Paranhos	460 (19,1%)	453 (18,5%)
Ramalde	327 (13,6%)	327 (13,4%)
Santo Ildefonso	108 (4,5%)	109 (4,5%)
São Nicolau	26(1,1%)	26 (1,1%)
Sé	45 (1,9%)	45 (1,8%)
Vitória	27 (1,1%)	27 (1,1%)

**Anexo 13: Tipo de edifício do alojamento familiar**

Tipo de Edifício	N	%
Clássico: apartamento	76	48,4
Clássico: moradia	52	33,1
Clássico: outro tipo	28	17,8
Não clássico	1	0,6
Sub total	157	100
“Não respostas”	5	
Total	162	

**Anexo 14: Necessidade de reparações (estrutura / cobertura / paredes /  
caixilharia) do alojamento familiar**

Necessidade de reparações	N	%
Muito grandes	6	4,4
Grandes	17	12,4
Médias	39	28,5
Pequenas	52	37,9
Nenhumas	23	16,8
Sub total	137	100
“Não respostas”	25	
Total	162	

## **Anexo 15: Nível de escolaridade (Dependente)**

Nível de escolaridade	N	%
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
Sub total	152	100,0
"Não respostas"	11	
Total	163	

## **Anexo 16: Profissão (Dependente)**

Profissão	N	%
Domestica	13	8,5
Operários	2	1,3
Outra	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
Sub Total	153	100,0
“Não respostas”	10	
Total	163	

**Anexo 17: Matriz de correlação entre os “scores” globais nos diferentes domínios do autocuidado (com base nos 163 casos do estudo do Porto**

