Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RECURSOS UTILIZADOS PELAS FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO: CONTRIBUTO PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

João Pedro da Silva Mendes

Coimbra, junho de 2022

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RECURSOS UTILIZADOS PELAS FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO: CONTRIBUTO PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

João Pedro da Silva Mendes

Orientador: Manuel Augusto Duarte Mariz, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Coimbra, junho de 2022

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Orientador Manuel Mariz agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho.

À Professora Doutora Maria da Conceição Bento agradeço o desafio e a oportunidade ímpar de crescimento académico, profissional, mas também pessoal.

Ao Professor Doutor António Amaral pelo precioso apoio na análise e tratamento dos dados estatísticos.

À União de Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades, na pessoa do seu presidente Jorge Manuel Veloso, pela demonstração de interesse e apoio logístico desde o primeiro momento facilitando o nosso trabalho.

Às famílias que aceitaram fazer parte desta investigação, peças-chave de todo o trabalho e sem as quais nada seria possível.

Às minhas colegas investigadoras, Cátia Cardoso e Joana Caridade, pelo espírito de equipa e por nunca desistirem.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos meus filhos, Carminho e Xavier, pela energia e amor inesgotável e à minha mulher, Vera, pelo incentivo, compreensão e aconchego.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID 19 – *Corona Virus Disease 2019*

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

Km^2 - Quilómetros quadrados

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MFPC – Membro da Família Prestador de Cuidados

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEER - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

Séc. – Século

SIDE – Sistema de Informação e Documentação em Enfermagem

TDAE – Teoria de Défice de Autocuidado de Enfermagem

TRD – Taxa de recursos desejados

TRN – Taxa de recursos necessários

TRU – Taxa de recursos utilizados

UE – União Europeia

UFSMBRF – União de Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades

RESUMO

A evolução demográfica de Portugal das últimas décadas é caracterizada por um envelhecimento populacional bastante marcado, provocado pela diminuição das taxas de natalidade, aumento de esperança média de vida à nascença e um cada vez maior número de pessoas de faixas etárias mais elevadas. Estas profundas alterações estruturais refletem-se em elevados índices de dependência no autocuidado e representam um enorme desafio para as famílias que integram estas pessoas no seu contexto domiciliário. Este estudo tem como principais objetivos conhecer a prevalência destas famílias no universo das famílias clássicas da União de Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades e identificar quais os recursos necessários, os utilizados e as razões da utilização por parte destas famílias. Foi concebido um desenho de investigação quantitativo, descrito e de cariz transversal. A amostra é probabilística, aleatória e estratificada. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o formulário "Famílias que integram dependentes no autocuidado" numa abordagem *porta-a-porta*. Foram entrevistadas 387 famílias, das quais 43 albergavam pessoas dependentes no autocuidado nas suas residências (11,1%). Destas 43 famílias, 35 aceitaram participar no estudo. O total de pessoas dependentes foi de 37, uma vez que 2 familias integravam 2 pessoas dependentes. Estas são maioritariamente do sexo feminino, viúvas e com uma média de idade de 83,1 anos. A dependência foi de instalação gradual devido ao envelhecimento e às doenças crónicas e durava, em média, há 4,2 anos. Os familiares prestadores de cuidados são maioritariamente do sexo feminino, casados, filhos da pessoa dependente e com uma idade média de 65,6 anos.

A taxa de utilização de recursos necessários foi de 50,4%, sendo que os autocuidados mais associados à sobrevivência e a aspectos vitais são os que têm uma maior taxa de utilização: tomar medicação, andar e uso do sanitário. Por outro lado, os autocuidados mais associados à mobilidade e independência são os que têm menor taxa de utilização de recursos: elevar-se, virar-se e transferir-se.

Os resultados observados, confirmam a necessidade de uma maior capacitação do familiar cuidador na utilização e seleção dos recursos, assim como, um acompanhamento mais profissionalizado por parte dos enfermeiros de reabilitação, maximizando a independência da pessoa dependente.

Palavras-Chave: autocuidado; dependência; membro da família prestador de cuidados; recursos; equipamentos; enfermagem de reabilitação

ABSTRACT

Portugal's demographic evolution in the last decades is characterized by a very pronounced population aging, caused by the decrease in birth rates, an increased life expectancy at birth, and an even bigger number of people of higher age groups. These deep structural changes are reflected in high dependency indexes in self-care and they represent a huge challenge for families that integrate these people into their homes. The main goals of this study are: to understand the prevalence of these families in the classic family context of the parish union of São Martinho do Bispo and Ribeira de Frades, and to identify which resources are needed, which are used, and the reasons for their non-utilization by these families. A cross-sectional descriptive quantitative research outline was created. The sample is probabilistic, random, and stratified. The data collection instrument used was a form called "Families integrated as self-care-dependent" in a door-to-door approach.

According to the sample distribution, 387 families were enquired, of which 43 housed self-care-dependent people in their homes (11,1%). 35 of those 43 families agreed to participate in the study, making a total of 37 dependent people. Many of these people are female, widows, and with an average age of 83,1 years old. The dependency was of gradual evolution resulting from aging, chronic disease, and lasted on average 4,2 years. Family caregivers are mostly female, married, direct descendants of the dependent person, and with an average age of 65,6 years old.

The utilization rate of necessary resources was 50,4% in the self-care procedures related to survival and vital aspects. These procedures have a higher utilization rate: taking medication, walking, and toilet use. On the other hand, the self-care procedures related to mobility and autonomy were the procedures with the lowest utilization rate of resources: getting up, turning around, and transferring themselves.

The observed results confirm a need for more training for the family caregiver in utilizing and selecting resources, as well as a professionalized aid by rehabilitation nurses for maximizing autonomy for the dependent person.

Keywords: self-care, dependency, family member caregiver; resources; equipment; rehabilitation nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relações entre os seis componentes da teoria das transições 33

Figura 2 – Representação esquemática da avaliação clínica dos recursos materiais..57

Figura 3 – Representação esquemática das características sociodemográficas majorativas do membro da família prestador de cuidados da UFSMBRF 76

Figura 4 – Representação esquemática das características sociodemográficas majorativas das pessoas dependentes do autocuidado na UFSMBRF 79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de utilização dos recursos materiais dos estudos no concelho do Porto, Maia, Lisboa e Paços de Ferreira. 42
Tabela 2 – Georreferenciação da amostra para a União de freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades 46
Tabela 3 – Lista das variáveis de atributo 47
Tabela 4 - Operacionalização das variáveis de investigação 48
Tabela 5 – Dados síntese do inquérito preliminar 53
Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica do MFPC 55
Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente 56
Tabela 8 – Caracterização da dependência da pessoa dependente 56
Tabela 9 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – tomar banho 59
Tabela 10 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – tomar banho 59
Tabela 11 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – vestir-se e despir-se 60
Tabela 12 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – vestir-se e despir-se 60
Tabela 13 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – arranjar-se 61
Tabela 14 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – arranjar-se 61
Tabela 15 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – alimentar-se 61
Tabela 16 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – alimentar-se 62
Tabela 17 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – uso de sanitário 62
Tabela 18 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – uso do sanitário 63
Tabela 19 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – elevar-se 63

Tabela 20 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – elevar-se 64
Tabela 21 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – virar-se 64
Tabela 22 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – virar-se 65
Tabela 23 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – transferir-se 65
Tabela 24 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – transferir-se 65
Tabela 25 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – usar cadeira de rodas 66
Tabela 26 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – usar cadeira de rodas 66
Tabela 27 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – andar 66
Tabela 28 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – andar 67
Tabela 29 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – tomar a medicação 67
Tabela 30 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – tomar a medicação 68
Tabela 31 – Taxas globais de recursos necessários, utilizados e desejados 68
Tabela 32 – Total das razões de não utilização de equipamentos necessários nos autocuidados 69
Tabela 33 – Recursos complementares necessários, utilizados e desejados 69
Tabela 34 – Razões da não-utilização de recursos complementares necessários 69
Tabela 35 – Recursos profissionais e não profissionais utilizados pelas famílias 70
Tabela 36 – Serviços de apoio utilizados pelas famílias (n>10) 70
Tabela 37 – Recursos financeiros utilizados pelas famílias 71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Proporção de famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado 74
Gráfico 2 – Taxa de participação no estudo das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. 75
Gráfico 3 - Comparação dos dados majorativos da caracterização sociodemográfica do MFPC 77
Gráfico 4 – Continuação da comparação dos dados majorativos da caracterização sociodemográfica do MFPC 78
Gráfico 5 – Comparação de dados majorativos da caracterização sociodemográfica da pessoa dependente no autocuidado 80
Gráfico 6 - Comparação do tempo médio e percentagem de início gradual da dependência. 81
Gráfico 7 – Taxa de recursos utilizados por autocuidado pelas famílias que integram pessoas dependentes. 85
Gráfico 8 – Taxas globais de recursos utilizados pelas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. 85
Gráfico 9 – Razões para a não utilização de equipamentos considerados necessários 87

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 19

1 – FASE CONCEPTUAL 23

1.1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 25

1.1.1 – A Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem 28

1.1.2 – A Teoria das Transições 32

1.1.3 – Os processos de transição do Membro da Família Prestador de Cuidados 35

1.1.4 – Os recursos e equipamentos 38

1.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 42

2 – FASE METODOLÓGICA 43

2.1 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO 43

2.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA 44

2.3 – MEDIDA E TRATAMENTO DAS VARIÁVEIS 47

2.4 – METODOLOGIA E INSTRUMENTO DE COLHETA DE DADOS 49

2.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 51

3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 53

4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 73

5 - CONCLUSÃO 91

BIBLIOGRAFIA 97

ANEXOS

ANEXO I – Folheto informativo sobre o estudo “Caracterização das famílias que integram dependentes no autocuidado”

ANEXO II – Fluxograma de atuação na colheita de dados

ANEXO III - Formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”

ANEXO IV – Pedido de apreciação à Comissão de Ética da UICISA da ESENFC

ANEXO V - Parecer da Comissão de Ética da UICISA da ESENFC

APÊNDICES

APENDICE I – Operacionalização das variáveis de atributo da pessoa dependente

APENDICE II – Operacionalização das variáveis de atributo do MFPC

APENDICE III – Distribuição dos produtos de apoio pelos autocuidados

APENDICE IV – Distribuição dos recursos não materiais pelas 4 categorias

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população portuguesa é hoje uma realidade sobejamente conhecida assim como os fatores que o desencadearam. A transformação económico-social da sociedade moderna juntamente com uma maior acessibilidade a cuidados de saúde, diminuíram as taxas de fecundidade e natalidade e melhoraram as probabilidades de sobrevivência dos indivíduos (Moreira, 2020). O Instituto Nacional de Estatística (INE) estima que nas próximas décadas esta tendência não só se mantenha, como se agrave. Se nada se alterar nos próximos 50 anos, Portugal perderá quase 2 milhões de habitantes. O índice de envelhecimento passará de 159 idosos por cada 100 jovens para o dobro, o número de jovens descerá de 1,4 para 1 milhão e o de idosos crescerá o dobro para os 3 milhões (INE, 2020). Este agravamento, deve-se não só à diminuição da taxa de natalidade e aumento da esperança média de vida à nascença, mas também aos fluxos emigratórios que retiram população em idade ativa de Portugal, tal como sucedeu entre 2011 e 2014 (Moreira, 2020).

No entanto, não foi apenas a esperança média de vida que aumentou nas últimas décadas. Também o número de pessoas das faixas etárias cada vez maiores tem acompanhado esta evolução. À medida que a idade avança, ocorre a perda de capacidade funcional para realizar as suas atividades de vida diária e aumentam as doenças crónicas e de evolução prolongada (Campos, 2019).

Atualmente, a questão fundamental não passa tanto por “quantos anos” se pode esperar viver, mas antes “quantos anos saudáveis”, sem problemas de saúde moderados ou graves. Investigações recentes da Fundação Francisco Manuel dos Santos revelam que, embora as mulheres tenham uma esperança média de vida superior à dos homens, vivem, em média, mais 5 anos em situações de dependência após os 65 anos (Moreira, 2020). Segundo o Eurostat (2014), cerca de 52% da população idosa indica ter dificuldades moderadas ou severas, em pelo menos uma atividade de cuidados pessoais ou domésticos (dificuldade em tomar banho, ir à casa de banho, fazer tarefas domésticas ou fazer compras). Se entre os 65 e os 74 essa percentagem ronda os 30%, entre os 75 e os 89 essa percentagem sobe para metade e acima dos 90 anos a percentagem de pessoas a necessitar de ajuda ultrapassa os 85% (INE, 2011).

Embora o fenómeno da incapacidade funcional deva ser perspetivado numa abordagem pluridisciplinar, para a disciplina de Enfermagem é uma área de particular interesse já

que o autocuidado e a eventual dependência no mesmo é o seu foco de atenção central. Para a enfermagem de reabilitação, a dependência no autocuidado em contexto domiciliário é considerada uma área de investigação emergente dada a necessidade de conhecer o contexto, as dificuldades e definir áreas de intervenção prioritárias (OE, 2015).

Apesar de já existirem políticas direcionadas à pessoa com dependência e aos seus cuidadores informais, o fenómeno da prestação de cuidados a um familiar dependente e a forma como cada família responde às suas necessidades em cuidados é desconhecida (Gonçalves, 2013). Uma vez que a identificação e o aconselhamento/prescrição de produtos de apoio fazem parte das competências específicas e inerentes à atividade dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER), optou-se por explorar esta temática junto das famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado numa freguesia do concelho de Coimbra: a União de Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades.

Assim sendo, esta dissertação tem como principal objetivo descrever os recursos utilizados pelas famílias clássicas da União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades que integram pessoas dependentes no autocuidado, em contexto domiciliário.

Derivam deste objetivo geral os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a prevalência de famílias clássicas da União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades que integram familiares dependentes no autocuidado;

- Descrever os recursos materiais e equipamentos utilizados pelas famílias clássicas da União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades que integram pessoas dependentes no autocuidado, em contexto domiciliário;

- Descrever os principais motivos da não utilização de recursos materiais e equipamentos pelas famílias clássicas da União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades que integram pessoas dependentes no autocuidado, em contexto domiciliário;

- Descrever outros recursos (profissionais, não profissionais, institucionais e financeiros) são utilizados pelas famílias clássicas da União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades que integram pessoas dependentes no autocuidado, em contexto domiciliário;

Para a consecução destes objetivos foi desenhada uma investigação do tipo quantitativo, de natureza exploratória e transversal – estudo de prevalência. A população em estudo é a totalidade das famílias clássicas da freguesia de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades que integrem, no seu contexto familiar, pessoas dependentes no autocuidado. Optou-se por uma amostra probabilística, de tipo areolar e estratificada em função da densidade populacional. Esta foi apurada por georreferenciação, utilizando o programa ArcGIS, permitindo assim inferir para a realidade global da união de freguesias. Como instrumento de colheita de dados elegeu-se o formulário "Famílias que integram dependentes no autocuidado".

Os resultados obtidos permitem constatar que as familias utilizam apenas metade dos recursos materais avaliados como necessários, com diferenças relevantes entre os vários autocuidados. A prevalência de pessoas dependentes que integram o agregado das famílias clássicas é de 11,1%. Salienta-se igualmente o aumento da idade das pessoas dependentes bem como dos familiares cuidadores, colocando-os numa situação de particular vulnerabilidade.

O presente trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos; uma primeira parte de enquadramento e fundamentação teórica, a segunda parte dedicada à organização e planeamento das opções metodológicas tomadas, uma terceira parte para a apresentação dos resultados, a quarta de discussão e análise dos resultados apresentados e uma quinta e última parte onde se destacam as principais conclusões, implicações e limitações da investigação em causa.

Pretende-se, acima de tudo que a presente dissertação forneça importantes contributos para o conhecimento sobre a prevalência destas famílias na comunidade, a utilização que fazem dos diversos tipos de recursos à sua disposição e o contributo que o EEER pode desempenhar na capacitação para a utilização dos recursos pelas pessoas dependentes.

1 – FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual compreende o conjunto de atividades que vão desde a justificação da problemática até ao enunciado da questão de investigação. Nesta fase foi trabalhada a ideia que orientou a investigação delimitando o problema e demonstrando a sua relevância e operacionalidade.

O enquadramento teórico serviu para clarificar alguns conceitos que orientaram e delimitaram o trajeto e o alcance do estudo, indispensáveis para compreender o domínio de investigação, no contexto dos conhecimentos atuais. Finalmente, enunciou-se a questão de investigação decorrente dos modelos concetuais abordados (Lima & Pacheco, 2006).

A principal inquietação deste estudo prendeu-se com a necessidade de conhecer a forma como as famílias do concelho de Coimbra, que integram pessoas dependentes no seu agregado familiar, cuidam dos seus familiares; quais os recursos (materiais e não materiais) que utilizam e quais as razões para não utilizarem equipamentos considerados necessários.

No sentido de contribuir para o conhecimento desta realidade concelhia e enquadrado num estudo de maior dimensão, selecionou-se a União de freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades (UFSMBRF) para o desenvolvimento da investigação.

A dependência no autocuidado da pessoa, é uma preocupação nuclear do enfermeiro em ambiente institucional, pelo que esta se deveria manter em contexto domiciliário. O enfermeiro necessita de garantir que a autonomia e independência da pessoa seja promovida, dando assim continuidade ao trabalho que iniciou. Para o EEER, conhecer os recursos que a família usa para tomar conta do seu familiar dependente, reveste-se de uma relevância extrema para a consecução desse objetivo.

O Regulamento das competências específicas do EEER destaca, de uma forma vincada, o compromisso que lhe é atribuído na identificação de necessidades de intervenção especializada, nas pessoas que estão impossibilitadas de executar atividades básicas de forma independente, tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (Regulamento 392/2019). O mesmo regulamento foca ainda, por diversas vezes, a temática dos recursos, declarando que o EEER “identifica e gere os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos facilitadores para a transição

saúde/doença e ou incapacidade", "seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)" e "ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa" (Regulamento 392/2019, p.13567).

Continuando na mesma senda, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER), identifica "a dependência no autocuidado em contexto domiciliário" como uma das áreas de investigação mais prioritárias em enfermagem de reabilitação para a década compreendida entre 2015 e 2025 (OE, 2015).

Porém, a relevância do estudo, não se cinge apenas ao aspeto mais teórico do conhecimento dos dados. Eles podem, e devem, suportar análises críticas do que pode ser modificado na prática, para aumentar o apoio às famílias que tomam conta de pessoas dependentes no domicílio. O conhecimento sobre utilização de recursos (ou a falta dela) trará de volta informações relevantes para o EEER, para que este possa tentar compreender as razões da não-utilização dos equipamentos, suportar uma maior necessidade de intervenção do EEER em contexto domiciliário ou um maior investimento nos ensinos acerca dos recursos disponíveis em contexto institucional.

Em última análise, será relevante para a sociedade civil e política, permitindo-lhes um retrato das condições de dependência destas pessoas/famílias e realçando a necessidade de uma política de gestão eficiente dos recursos disponibilizados a estas populações.

Em termos de viabilidade, e sendo o estudo apoiado quer por outros investigadores que já desenvolveram a mesma investigação noutros locais do país quer por tecnologias que facilitam a alocação e a análise de dados, não se constataram entraves. Como fator facilitador do desenvolvimento da investigação contribuiu a existência de um grupo de investigação dedicado a esta temática, não sendo, por essa razão, um processo solitário.

Decorre do anteriormente descrito, a seguinte interrogação: "*Estarão os recursos (materiais e não materiais) a ser utilizados com critério por parte das famílias da União de freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades que integram pessoas dependentes no autocuidado, no seu contexto domiciliário?"*

1.1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico traduz o fundamento conceptual de um estudo e caracteriza-se pela definição de um tema ou domínio de investigação que deverá ser circunscrito e delimitado (Polit & Beck, 2010). Para Fortin (2009), a conceptualização é um processo de documentação de ideias em volta de um assunto preciso tendo em vista uma organização clara do objeto em estudo.

Dada a relevância que a temática da dependência do autocuidado em contexto domiciliário tem para o desenvolvimento da enfermagem de reabilitação, e não havendo dados no concelho de Coimbra acerca dos recursos utilizados pelas famílias que integram no seu núcleo familiar uma pessoa dependente, importa clarificar alguns conceitos que irão delimitar e traçar o alcance do estudo. O conhecimento e caracterização da realidade destas famílias permitirá ao EEER cumprir o seu propósito primordial: identificar necessidades de intervenção especializada nas pessoas e de produtos de apoio, dotando-a das habilidades para atingir o seu potencial e autonomia máxima.

Decidiu-se então, circunscrever o enquadramento teórico do estudo aos principais focos de atenção da prática clínica dos enfermeiros, suportados pelos modelos conceptuais recomendados pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) e emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE); ""Na orientação prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional" (PQCEER-OE, 2018, p.6)

A Teoria das Transições de Afaf Meleis oferece uma estrutura que ajuda os enfermeiros, alocando recursos para maior competência na sua ação profissional, uma vez que ajuda as pessoas a fazerem uma transição saudável saúde-doença ou uma transição situacional no caso da necessidade de assumir o papel de prestador de cuidados. Esta teoria tem uma maior aplicabilidade quando enquadrada num contexto de aumento das doenças crónicas como sucede na presente investigação (Brito, 2012)

A mesma autora refere ainda que os aumentos da longevidade com potencial impacto na diminuição da capacidade ou dependência para a realização do autocuidado, encontram na Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, o modelo conceptual para a resposta a esta necessidade central da profissão.

Num contexto social caracterizado por exigentes necessidades de saúde, decorrentes das recentes alterações sociodemográficas, em que o envelhecimento e as doenças

crónicas se destacam, é necessário focar a atenção na pessoa dependente, no seu cuidador e nos recursos por estes utilizados (Petronilho, 2013).

Esta conjuntura sociodemográfica marcada pelo envelhecimento da população, por um aumento significativo de doenças crónicas e um elevado número de pessoas portadoras de diversas patologias, eleva a complexidade de cuidados de forma inquestionável, interferindo concomitantemente na autonomia e qualidade de vida da pessoa (Ministério da Saúde, 2018).

O envelhecimento demográfico é uma tendência de longo prazo que começou há várias décadas na Europa, traduzindo-se numa transformação das idades da população através de um crescente número de pessoas idosas juntamente com uma menor percentagem de pessoas em idade ativa (Figueiredo, 2007). Atualmente, a esperança média de vida dos portugueses ultrapassa os 80 anos, sendo inclusivamente superior à média da União Europeia (UE) e registando mais de 1 milhão de habitantes com idade superior a 75 anos (Ministério da Saúde, 2018). Assim sendo, não é de admirar que os dados disponibilizados pela Fundação Francisco Manuel dos Santos (Moreira, 2020), coloquem Portugal como o terceiro país com a estrutura etária mais envelhecida entre os 28 estados-membro da UE.

No que diz respeito à prevalência das doenças crónicas e da pluripatologia, as informações estão dispersas, mas o Retrato da Saúde (Ministério da Saúde, 2018) aponta dados alarmantes:

- Entre 2011 e 2017 o número de diagnósticos ativos de Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) mais do que duplicou;

- 63% dos portugueses, entre os 25-74 anos, apresentam hipercolesterolemia;

- A diabetes afeta 10% da população entre os 25 e os 74 anos e 23% com idades superiores;

- A Hipertensão Arterial (HTA) afeta 36% dos portugueses entre os 25 e os 74 anos;

- O excesso de peso afeta 5,9 milhões de portugueses (cerca de 57% da população);

- As doenças mentais, importantes causas de dependência e morbilidade, registam aumentos na ordem dos 50% de 2011 até 2017.

Embora a situação de dependência da pessoa possa ser transversal às diversas faixas etárias, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015) refere, no seu relatório de primavera, que existe uma correlação positiva entre o aumento da idade e uma maior necessidade de cuidados. Dois anos antes, Gonçalves (2013), constata no seu estudo,

que 55% das pessoas dependentes no autocuidado integradas em famílias clássicas do Porto, têm mais de 80 anos e apenas 11% tem menos de 65 anos. O estudo que envolveu 241 famílias que integravam pessoas dependentes a cargo, desenvolvido por Ribeiro, Pinto & Regadas (2014), estabeleceu, de igual modo, uma associação positiva entre a idade e uma maior dependência, tendo-se obtido uma média de idades dos dependentes de 65,57 anos e uma percentagem maior de dependentes em idosos com mais de 80 anos. No entanto, não é de negligenciar que 6,2% dos dependentes tinham menos de 18 anos, o que comprova que a dependência pode surgir em qualquer fase do ciclo vital.

Os dados mais recentes estão publicados pela fundação Francisco Manuel dos Santos e o PORDATA (Moreira, 2020) que além de revelarem um considerável aumento dos índices de envelhecimento global, revelam simultaneamente um decréscimo nos anos de vida saudável após os 65 anos, de 10 anos (média europeia) para 6,9 anos nos homens e 5,6 anos nas mulheres. Com efeito, as mulheres apesar de viverem mais anos vivem-nos com menor qualidade de vida. Uma das possíveis explicações avançadas pela autora, tem a ver com o facto das patologias nas mulheres serem mais incapacitantes, como é o exemplo da osteoporose e osteoartrose, do que nos homens. Segundo dados do Eurostat (2018) referidos por Moreira (2020) mais de metade das pessoas idosas com mais de 65 anos indicava ter dificuldades em pelo menos uma atividade de cuidado pessoal ou doméstico.

Pode-se afirmar convictamente, que as pessoas vivem e viverão mais tempo, mas que essa longevidade pode acarretar situações de fragilidade e dependência, constituindo-se como um desafio para a sociedade em geral, para a enfermagem em particular e nomeadamente para os EEER.

De igual forma, é também inegável a relevância do papel do prestador de cuidados na ajuda e/ou substituição da pessoa naquilo que ela não pode fazer por si, facilitando assim a sua transição para a nova condição de saúde. O prestador de cuidados deve, também, ser alvo da atenção do profissional de saúde, tendo em vista a otimização do seu exercício e o desenvolvimento de competências no domínio da informação e suporte (Silva, 2009).

Para Petronilho (2007), os enfermeiros são os profissionais mais capacitados para prever as necessidades de utilização de recursos, assim como os que podem dar mais contributos para a obtenção de ganhos em saúde por parte das pessoas afetadas na sua condição de saúde.

1.1.1 – Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem

O progresso científico verificado durante a última parte do séc. XIX e a primeira metade do séc. XX, veio alterar a duração das doenças para um padrão maioritariamente crónico, possibilitando às pessoas e à família um convívio com a doença durante muitos anos. O mesmo progresso aumentou a dependência da pessoa em peritos de saúde enquadrados com o modelo biomédico, originando uma menor participação ativa no seu processo de saúde (Petronilho, 2012; Teixeira, 2012).

O número de pessoas em situação de dependência tem aumentado mais significativamente nos países com um maior índice de envelhecimento, onde Portugal se inclui. A possibilidade de serem cuidados no seu domicílio, apesar da situação de dependência, é uma solução que agrada às pessoas - pela possibilidade de continuarem a viver em sua casa - e aos sistemas de saúde, pois são menos dispendiosos do que os cuidados de internamento (Backman & Hentinen, 1999).

Os mesmos autores identificam ainda outros fatores para tal preferência, nomeadamente: a força de vontade de permanecer no domicílio; o apoio informal fornecido pelo familiar cuidador; o suporte formal; as condições económicas; mas sobretudo, a sua condição de saúde e a sua capacidade para realizar o autocuidado.

Perante este novo paradigma, torna-se necessário revisitar o conceito de autocuidado e as suas vertentes. O conceito de autocuidado tem sido larga e indiscriminadamente utilizado, embora nem sempre corretamente. Tem havido (nos últimos 30 a 40 anos) debate teórico para uma tentativa de harmonização do seu conceito e evitar o uso abusivo ou confuso. Apesar de ainda não ter sido possível atingir esse consenso, é maioritariamente aceite que ele se faz acompanhar por 4 características específicas: possui uma situação e uma cultura própria, inclui a capacidade para agir e tomar escolhas, é influenciado pelo conhecimento, pelos valores, pelas capacidades, pela motivação e pela eficácia e foca-se em cuidados de saúde que estão sobre o controlo do individuo (Wilkinson & Whitehead, 2009).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2 define autocuidado como uma “atividade executada pelo próprio; tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária.” (ICN, 2011, p.41).

Embora a conceptualização de autocuidado se tenha iniciado em 1956 só foi formalizado e validado oficialmente em 1967. No entanto, o conceito é indissociável de Dorothea de Orem, teórica de enfermagem, que em 1991, o descreveu como as

atividades que a pessoa inicia e executa no seu próprio interesse de manter a vida, funcionamento saudável e continuo desenvolvimento pessoal e de bem-estar (Wilkinson & Whitehead, 2009).

Mais tarde, em 2001, redefiniu o conceito para uma “ação deliberada, realizada pelas pessoas, para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento ou dos seus dependentes.” (CHUC - SIDE, 2017, p.69), conferindo-lhe a capacidade de ser aprendida e desenvolvida ao longo da vida. Quando a pessoa necessita que outros desempenhem as suas funções de autocuidado dada a sua incapacidade, considera-se que tem um défice de autocuidado (Orem, 2001).

Com base nestes pressupostos, Orem desenvolveu a TDAE, tornando-se atualmente numa das teorias - da Escola das Necessidades - mais aludidas em Enfermagem, contribuído de forma inquestionável para a projeção da enfermagem enquanto ciência. A Escola das Necessidades engloba teorias em que a enfermagem visa atingir para a pessoa o que ela própria conseguiria fazer caso tivesse a força, a vontade ou os conhecimentos necessários. Centra-se no que fazem os enfermeiros e na respetiva compensação nas atividades que a pessoa não consegue fazer até que esta atinja a sua independência (Pereira & Nabais, 2014).

A TDAE engloba 3 teorias intimamente ligadas; a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014; Petronilho, 2013).

A teoria do Autocuidado

Esta teoria descreve o “como” e o “porquê” de as pessoas cuidarem de si. São abordados os conceitos de ação, de capacidade e de necessidade terapêutica de autocuidado (CHUC - SIDE, 2017).

De acordo com Orem (2001), o autocuidado não é inato. É uma função humana que vai sendo adquirida e aprendida ao longo da vida, tornando a pessoa autónoma e agente do seu próprio autocuidado em todas as atividades de vida diária (AVD), de manutenção da saúde e bem-estar. A ação de autocuidado ou ação deliberada, vai sendo influenciada ao longo da vida por domínios cognitivos (habilidades na tomada de decisão), físicos (possuir capacidade física para a ação), emocionais (valores, atitudes e motivação para a ação) e comportamentais (habilidades comportamentais para a ação).

Orem (2001), parte então do pressuposto que toda a pessoa tem a capacidade de se autocuidar por apresentar estas habilidades e conhecimentos. Por esta razão, denomina-se de agente de autocuidado. No entanto, caso o indivíduo seja cuidado por familiares ou amigos que aceitem essa responsabilidade, estes passar-se-ão a denominar de agente dependente de cuidados e se estes cuidados forem prestados por enfermeiros, estes serão os agentes terapêuticos de autocuidado (Petronilho, 2012) Esta intervenção dos enfermeiros na satisfação das necessidades de autocuidado é realizada de forma terapêutica, em consequência da incapacidade ou falta de autonomia da pessoa as executar (McEwen & Willis, 2009).

Desta necessidade terapêutica de autocuidado deriva outro conceito importante nesta teoria: os requisitos de autocuidado. Dividem-se em 3 categorias:

- *Requisitos universais de autocuidado* - São processos de vida comuns a todos os humanos ao longo do seu ciclo vital e associados com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Comummente denominados de AVD;

- *Requisitos de autocuidado de desenvolvimento* – Estão associados ao crescimento humano e processos de desenvolvimento que podem ocorrer nas diferentes fases do ciclo da vida;

- *Requisitos de autocuidado no desvio de saúde* – Relacionados com situações de doença ou incapacidade, assim como, aos tratamentos exigidos para se corrigirem estas situações (CHUC - SIDE, 2017).

Constata-se pelo acima descrito que a necessidade terapêutica de autocuidado se inicia quando há compromisso dos requisitos, oscilando na sua composição e complexidade ao longo do ciclo vital. Quando as necessidades de apoio dos agentes de autocuidado se alteram, comprometendo a nossa condição de saúde e autonomia caminhamos para a dependência (Queirós, 2010).

A teoria do défice do autocuidado de enfermagem

A ideia central da TDAE é que a necessidade de cuidados de enfermagem está relacionada com limitações associadas à saúde ou com os cuidados de saúde. Estas limitações deixam a pessoa completa ou parcialmente incapaz de cuidar de si ou dos seus familiares dependentes, determinando assim a necessidade da intervenção de enfermagem. Ou seja, surge um défice de autocuidado quando as exigências são

maiores do que a capacidade da pessoa para desenvolver esse autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

Neste sentido, “são necessários cuidados de enfermagem quando existe um défice entre aquilo que a pessoa consegue realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado), tendo em conta os requisitos de autocuidado” (CHUC - SIDE, 2017, p.75)

Para Söderhamn (2010), a capacidade de adquirir ou de recuperar o autocuidado, por ação própria ou de terceiros, ocorre em três fases;

- *Autocuidado estimativo*: o que deve ser feito para recuperar o autocuidado;

- *Autocuidado transitivo*: seleção da opção mais favorável para a recuperação do autocuidado de entre as várias opções;

- *Autocuidado produtivo*: a pessoa demonstra capacidade para cuidar de si.

O mesmo autor considera que a capacidade de autocuidado só é efetiva quando o indivíduo for capaz de desempenhar a atividade de autocuidado, mantendo ou melhorando a sua saúde e bem-estar. Esta conceção remete-nos para o conceito de transição proposto por Meleis que será abordado mais adiante no enquadramento teórico.

Teoria dos Sistemas de Enfermagem

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem sugere que a enfermagem é uma ação humana concebida e produzida por enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

Para Orem (2001) as necessidades de autocuidado colmatadas pelas intervenções dos enfermeiros utilizam 3 sistemas diferentes, em função da compensação ou ajuda dada às pessoas;

- *Sistema totalmente compensatório* – quando a pessoa é incapaz de executar qualquer tipo de autocuidado;

- *Sistema parcialmente compensatório* – ambos (enfermeiro/pessoa) partilham a responsabilidade de satisfazer as necessidades de autocuidado.

- *Sistema de apoio* – a pessoa tem capacidade, necessitando apenas apoio, instrução e orientação dos enfermeiros (CHUC - SIDE, 2017).

Na investigação, a TDAE tem servido de fundamentação a estudos para testar os conceitos em populações específicas e em estudos para o desenvolvimento de instrumentos para a medição dos elementos conceptuais, no qual este se enquadra. Não foram ainda criados todos os instrumentos necessários para a avaliação de todas as entidades teóricas, uma vez que elas não são constantes em todas as populações (Tomey & Alligood, 2002).

Os enfermeiros são profissionais essenciais no suporte aos indivíduos com dependência no autocuidado. Estas ações de autocuidado tanto podem ter como destinatário a pessoa como pode ser dirigido ao Membro da Família Prestador de Cuidados (MFPC), facilitando os seus processos de transição para o desempenho desse papel. No próximo tema será precisamente abordado este processo de transição do familiar de referência para prestador de cuidados, à luz da teoria das transições de Meleis.

1.1.2 – A Teoria das Transições

A teoria das transições teve início na década de 60, quando a enfermeira Afaf Ibrahim Meleis investigou o planeamento familiar, os processos envolvidos em tornar-se mãe/pai e o domínio dos papeis parentais. Gradualmente interessou-se por investigar as intervenções que poderiam facilitar este processo de transição, e porque é que algumas pessoas que não o conseguem fazer de uma forma saudável (Guimarães & Siva, 2016).

Chick e Meleis (1986) referidos por (CHUC - SIDE, 2017, p.49) definem transição "como sendo uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar, para outro. (…) os enfermeiros passam uma parte substancial do seu tempo e energia a lidar com clientes que vivenciam transições". As mudanças que ocorrem na vida das pessoas e família são singulares, diversificadas, complexas e multidimensionais.

A transição não é um evento, mas um modo de reorientação e autodefinição, sendo que o que os enfermeiros fazem é facilitar os processos de transição com vista ao bem-estar, à saúde e à harmonia. Fazem-no, promovendo os processos adaptativos, facilitando a recuperação, estimulando a autonomia, a independência, promovendo a capacidade de autocuidado e cuidando das pessoas para que estas tenham a capacidade de cuidar de si mesmas. Se, no final destes processos de cuidar profissionalizado, as pessoas estiverem bem consigo próprias, estiverem bem com os outros e conseguirem lidar com a situação em que ficaram, então, teremos uma transição saudável (Meleis, 2010).

Dos vários exemplos de transições dados por esta teoria, enquadram-se na problemática presente a experiência de doença e a assunção do papel de MFPC.

A teoria das transições foi organizada em três conceitos centrais: a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta (Figura 1).

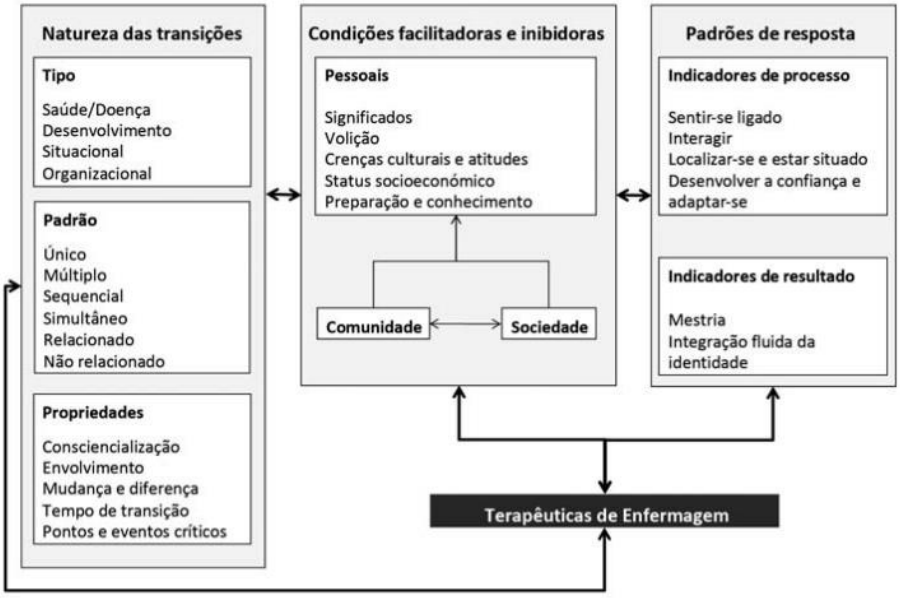


Figura 1 – Relações entre os seis componentes da teoria das transições *Fonte:* Brito (2012)

<u>A natureza das transições</u>

O conceito de natureza das transições inclui o tipo, padrão e as propriedades das transições.

No que concerne ao tipo, as transições podem ser: de desenvolvimento (relacionadas a mudanças no ciclo vital, por exemplo velhice ou puberdade); situacionais (que implicam a definição ou redefinição de papéis, como tornar-se mãe/pai); saúde/doença (quando ocorre uma alteração súbita da condição de saúde, da passagem de um estado saudável para viver com uma doença crónica ou agravamento da sua condição de saúde); e organizacionais (mudanças relacionadas com o ambiente, que poderá ser social, político e económico) (Meleis, 2010).

Chick & Meleis (1986) referenciados por (CHUC - SIDE, 2017) declaram que existem apenas três tipos de transições relevantes para a enfermagem, que são relativas ao desenvolvimento, situacionais e ao estado saúde-doença.

Quanto aos padrões, as transições podem ser: únicas ou múltiplas. (ocorrem num determinado período de tempo, podendo ou não estar relacionadas); sequenciais

(quando, por exemplo, a morte de um cônjuge, implique que o outro fique institucionalizado); simultâneas (numa situação em que um Acidente Vascular Cerebral (AVC), implique a assunção do MFPC por outro membro da família (Guimarães & Siva, 2016).

As transições apresentam ainda 5 propriedades:

- *Consciencialização* - considerada a propriedade chave de todo o processo de transição. Embora o enfermeiro possa identificar a necessidade de transição mesmo antes desta ser percecionada pela pessoa, a transição dificilmente será bem-sucedida, sem o reconhecimento da mesma, facilitando assim o processo de reconstrução de autonomia;

- *Envolvimento* - nível com que alguém revela estar implicado no processo de transição e é altamente influenciado pela consciencialização, uma vez que ninguém se envolve no que não reconhece;

- *Mudança e diferença* - todas as transições implicam mudança, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com transição. Os eventos agudos e de rápida resolução não são classificadas como transições. A diferença diz respeito às expectativas divergentes de se ver como diferente e de ver os outros (e os outros a ele) como diferente;

- *Tempo de transição* - à ideia de transição está sempre associada uma ideia de movimento, quer seja na condição de saúde, quer seja no tempo. Ao longo da transição, a pessoa passa por um período de consciencialização e instabilidade até adquirir a desejada estabilidade;

- *Pontos e eventos críticos* - dizem respeito a eventos que as pessoas facilmente identificam como momentos de incerteza havendo por um lado uma maior consciencialização da mudança, mas por outro uma maior vulnerabilidade. (CHUC - SIDE, 2017)

<u>Condições facilitadoras e inibidoras</u>

O modo de vivenciar cada transição é único, pelo que, existem circunstâncias que podem facilitar ou dificultar todo o processo de uma transição bem-sucedida. As condicionantes pessoais incluem os significados pessoais, as crenças e atitudes culturais relacionados com o evento que despoleta a transição, mas também o estatuto

socioeconómico, a preparação e o conhecimento prévio. Nestes últimos, é sabido, que quanto mais elevado, menor será a inibição para uma transição saudável. Neste ponto, não se pode deixar de ressalvar, dada a problemática em estudo, que uma família que usufrua de recursos financeiros superiores terá mais facilidade em adquirir recursos materiais e de serviços, podendo, desta forma, proporcionar condições facilitadoras no processo de transição (Brito, 2012)

A mesma autora, refere ainda que as condições da comunidade e sociedade também condicionam a transição. Os recursos da comunidade podem facilitar ou inibir a transição, pois quanto mais bem organizados, preparados e acessíveis forem os recursos disponíveis, maior a probabilidade de ocorrer uma transição mais eficiente.

Padrões de resposta

Os padrões de resposta às transições podem ser monitorizados através de indicadores, capazes de traduzir o nível de conhecimentos, o nível de desempenho necessários para fazer face aos novos contextos e ao impacto do evento na saúde. Uma transição saudável é caracterizada por indicadores de processo e de resultado:

- *Indicadores de processo* - sentir-se ligado e interagir com outros, sentir-se consciencializado aceitando a sua condição de saúde e desenvolver confiança e *coping*. A presença destes indicadores transmite ao enfermeiro que a transição está de decorrer de um modo expectável (Meleis, 2012);

- *Indicadores de resultado* - "Os indicadores de transições de sucesso são o bem-estar subjetivo, o papel de mestria e o bem-estar nas relações" (Meleis, 2010, p.38) Considera-se mestria, "a capacidade de gerir sinais e sintomas, eventual medicação prescrita e conseguir gerir eficazmente os processos de vida e de trabalho" (Gomes & Queirós, 2018, p.70)

1.1.3 – Os processos de transição do Membro da Família Prestador de Cuidados

Perante o surgimento de um evento critico gerador de dependência desenvolve-se a necessidade de encontrar alguém que assegure os cuidados à pessoa dependente. Na maioria das vezes essa opção recai num membro da família. Com base na definição do ICN, membro da família prestador de cuidados é o responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família, dando resposta às necessidades do seu familiar. (ICN, 2011).

Figueiredo (2007) destaca o papel do MFPC como fundamental não só no cuidado à pessoa dependente, mas também na sua manutenção no domicílio e comunidade junto das pessoas que lhe são significativas.

No entanto, a transição para assumir este novo papel, ou seja, cuidar de um familiar com algum grau de dependência, enquanto mudança de uma condição de saúde para outra, leva a alterações que afetam a qualidade de vida dos envolvidos. O papel dos enfermeiros na manutenção e adaptação do MFPC e na criação de estratégias para o desempenho desse papel é tremendamente importante (Araújo, 2015).

Aliás, Meleis (2000), considera que assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem. Contudo, esta transição com o aparecimento súbito da dependência no autocuidado, é quase sempre acompanhada por uma crise familiar, pela alteração da dinâmica e mudança de papéis. (Petronilho, 2007).

A questão da prestação de cuidados a um familiar dependente tem sido sujeita a diversos estudos que se centram no binómio prestador-recetor de cuidados, sendo escassas investigações mais abrangentes e globais. Nas últimas décadas, e em virtude do ainda maior desenvolvimento científico, aumentou a prevalência das doenças crónicas, a sobrevivência dos doentes durante mais anos, com mais incapacidades e com maiores níveis de dependência. Estes fenómenos associados a uma redução dos agregados familiares e à problemática do envelhecimento desencadearam uma mudança acelerada nas necessidades em saúde por parte das famílias, principalmente no MFPC (Gonçalves, 2013).

A assunção do desempenho do papel de prestador de cuidados atribui a responsabilidade de garantir os cuidados necessários à manutenção do bem-estar do familiar dependente. Este apoio não se cinge meramente ao apoio instrumental ou material nas AVD, mas é também um apoio informativo na resolução de problemas da pessoa dependente e emocional pela disponibilidade e presença requerida.

Dada a exigência deste novo papel ao longo da transição, encontram-se frequentemente repercussões negativas, especialmente quando expostas a stress prolongado. Estão identificadas duas dimensões para estas situações de sobrecarga; uma objetiva, associada ao rol de atividades que o cuidador deve desempenhar e o impacto na sua vida familiar e outra subjetiva, quando os cuidadores se percecionam presos, oprimidos e ultrapassados nas suas capacidades.

Por outro lado, várias investigações têm vindo a demonstrar também, repercussões positivas na assunção do papel de MFPC; no estreitamento dos laços com o familiar

dependente, no reconhecimento pela família, no reforço da autoestima, na possibilidade de ajudar ou retribuir a um familiar e na diminuição de possíveis sentimentos de culpa (Garcia, 2010).

Destaca-se o compromisso do MFPC, enquanto propriedade de uma transição saudável, através do envolvimento terapêutico no processo de transição do seu familiar e no estabelecimento de um padrão harmonioso, em que a identidade e a autodeterminação de ambos é preservada e valorizada.

Apesar da assistência a um familiar dependente estar no cerne da essência do ser humano e de ser uma prática há muito conhecida e incentivada pelos enfermeiros, estas mudanças da realidade implicam novas abordagens, no sentido de perceber quais as verdadeiras necessidades e utilização dos recursos por parte das famílias com pessoas dependentes a cargo (Petronilho, 2007).

Na teoria das transições de Meleis (2010) os recursos que existem ao dispor da pessoa são essenciais para uma transição bem sucedida, sejam eles pessoais, familiares ou da comunidade. O próprio prestador de cuidados sofre também um processo de transição, muitas vezes simultâneo, em que os recursos, sejam eles de ordem material, financeiro ou humano, desempenham um papel preponderante.

É inegável a relevância do papel do MFPC na ajuda ou substituição da pessoa naquilo que ela não pode fazer por si, facilitando assim a sua transição para a nova condição de saúde. Porém, o MFPC deve também ser alvo da atenção do profissional de saúde, tendo em vista a otimização do seu exercício e o desenvolvimento de competências no domínio da informação e suporte. A sua transição é muitas vezes morosa, desde o evento crítico até à verificação de indicadores de resultado. O tempo associado a cada transição é incerto e depende da natureza e da dimensão da mudança na vida da pessoa. Sendo um processo de avanço e recuos, o mesmo deve ser monitorizado de perto pelos profissionais que o acompanham (Silva, 2009).

Para Meleis (2010) uma transição é um conceito multidimensional na qual ocorre a mudança de um estado, fase da vida ou condição para outro, produzindo um desequilíbrio entre os dois momentos com impacto temporal. O conceito de tempo toma, nos 4 tipos de transições propostas por esta autora uma elevada relevância. Enquanto que às transições de desenvolvimento e organizacionais correspondem períodos de tempo mais longo, às transições saúde/doença e situacionais estão associadas mudanças que ocorrem num curto espaço de tempo.

Quando a pessoa se depara com transições de instalação súbita (transição saúde-doença) emerge o papel do EEER na exploração do potencial de reconstrução da

autonomia. É também frequente, que nestas alturas os familiares cuidadores vivenciem transições situacionais e, por essa razão, necessitem de uma correta identificação dos problemas no desempenho destes novos papéis. Pode-se então constatar que todas as transições no estado de saúde da pessoa implicam mudanças familiares, readaptando e reformulando os papeis pessoais, familiares, sociais e profissionais (Silva et al., 2019).

Os mesmos autores consideram que a efetividade da intervenção do EEER é condicionada pela consciencialização da pessoa e família face à sua nova condição de saúde, bem como às mudanças necessárias. Nesse sentido, e para além dos condicionantes pessoais e familiares, é imperativo que o EEER conheça as condicionantes da comunidade e da sociedade, como a existência de apoio social, recursos instrumentais e representação social. Estas podem influenciar mormente o processo de transição saudável permitindo que a pessoa e o MFPC se reestruturem numa nova identidade com novas habilidades, demonstrando mestria nos comportamentos adotados e nos sentimentos vivenciados perante a nova condição de saúde.

Em suma, pode-se afirmar, que a assunção do papel de MFPC acarreta tremendas exigências e mudanças que podem ter um impacto negativo sobre o familiar cuidador e sobre a pessoa dependente. No entanto, existem também sensações positivas associadas ao *tomar conta* de um familiar dependente. A forma como o MFPC entende e se envolve no seu processo de transição é determinante para o sucesso da mesma. Os enfermeiros enquanto profissionais facilitadores dos processos de transição devem estar atentos ao decurso da transição auxiliando-os e orientando-os ao longo de um processo que se prevê mais longo que uma transição saúde-doença.

1.1.4 – Os recursos e equipamentos

Segundo o ICN (2022) os equipamentos e os recursos referem-se ao conjunto de meios e dispositivos que a pessoa dependente ou MFPC utilizam para, respetivamente, diminuir quer a dependência no autocuidado quer a exigência para *tomar conta*.

O padrão de recursos disponíveis no domicílio e na comunidade são um fator decisivo para uma transição bem-sucedida no que concerne ao exercício do papel de cuidador familiar e na prevenção e deteção de situações de crise (Petronilho, 2007; Regadas, 2021),

Assim, apesar da família no seu todo assumir o encargo com a pessoa dependente, cabe na maioria das vezes ao MFPC, assumir o ónus da responsabilidade para a

prestação de cuidados sem saber concretamente de que recursos dispõe (Regadas, 2021).

A utilização dos recursos e dos serviços de apoio às pessoas dependentes e ao MFPC são reconhecidamente os elementos centrais deste estudo. Petronilho (2012) afirma que o desempenho do papel de prestador de cuidados a pessoas dependentes emerge no seio das famílias a partir do momento em que surge a dependência de uma pessoa. Deste modo, é essencial conhecer a forma como as famílias cuidam dos seus dependentes e que tipo de recursos utilizam para diminuir essa dependência.

A denominação de "recursos" ao nível da saúde, refere-se a um conjunto de meios, quer humanos quer materiais que, ao serem utilizados, vão favorecer a qualidade de vida das pessoas que deles precisam ao dar-lhes resposta às necessidades específicas. Na situação das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, a utilização dos serviços de saúde e de apoio social, de financiamento, de produtos de apoio pode ajudar a promover a reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado, assim como, a facilitar o desempenho no exercício do MFPC (Rocha, 2015).

Regadas (2021), baseando-se em Häggman-Laitila (2005), propõe na sua tese de doutoramento uma definição mais vasta quando se aborda o conceito de "*recursos em saúde*". Segundo a autora, este reporta-se a um conjunto de instrumentos, serviços, meios, financiamento ou informação para fazer face a necessidades específicas em cuidados de saúde. Tratando-se de um conceito tão abrangente a autora propõe a sua divisão em duas categorias:

- <u>Recursos internos</u>:

  - Dizem respeito às capacidades intrínsecas do MFPC e da família e dividem-se em 3 áreas principais; competências pessoais e familiares, significados atribuídos e estratégias de *coping*. Nas primeiras podem-se incluir a motivação, a inteligência, o conhecimento, mas também a adoção de estratégias de *coping* do MFPC. Estas competências são fulcrais para o sucesso do processo de cuidar. Igualmente importantes são as competências familiares nomeadamente a coesão, a organização familiar e a comunicação eficaz. Os significados que o MFPC atribui ao fenómeno de *tomar conta* são ainda influenciados quer por experiências prévias positivas ou negativas, gratificantes ou não, mas também por sentimentos de cumprimento de um dever, de retribuição cuidados previamente recebidos ou até pelo reconhecimento por outros familiares do papel desempenhado;

- Recursos externos:

  - Referem-se aos aspetos mais utilitários do conceito e reportam-se a equipamentos, materiais, recursos financeiros e acessibilidade a serviços de saúde e transporte, podendo estes ser fornecidos por instituições de saúde, por familiares ou pela sociedade. Incluem ainda a necessidade de informação sobre como realizar os cuidados, assim como as redes de suporte emocional e apoio aos cuidadores, de acordo com a necessidades individuais das pessoas.

O MFPC apresenta uma série de necessidades enquadradas em diversas categorias: recursos materiais, emocionais e informativos (realização de cuidados, adaptações ambientais e arquitetónicas ao doente, direitos e legislação).

Os recursos materiais/produtos de apoio referem-se ao tipo de produtos e equipamentos indispensáveis à autonomia da pessoa com deficiência e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas dos cuidadores, diminuindo a sua sobrecarga, sendo por isso considerado essencial para a prestação de cuidados (Monteiro, 2010).

Por outro lado, os recursos não materiais estão subdivididos em profissionais, não profissionais, serviços de apoio (institucionais) e financeiros. Enquadram os serviços e os meios de assistência mobilizados em benefício da pessoa dependente e do cuidador familiar nas tarefas de tomar conta (Gonçalves, 2013).

Os recursos financeiros têm por objetivo minimizar no orçamento familiar o aumento substancial de gastos e a perda de receitas associado à dependência quer da pessoa, quer do MFPC (Monteiro, 2010).

Tal como refere Pimentel (2005) referido por (Gonçalves, 2013), (Petronilho, 2007) e Andrade (2009) dentro das principais razões que concorrem para a institucionalização da pessoa dependente estão precisamente as dificuldades sentidas pelo MFPC e a falta de apoio. Estas dificuldades aumentam o stress do cuidador, que concorre para um desequilíbrio entre as exigências e os seus recursos e capacidades para resolver os problemas, originando a sobrecarga do cuidador.

No sentido de diminuir o stress relacionado com os recursos materiais algumas famílias optam por adquiri-los (caso tenham capacidade económica), outras recorrem a bancos de equipamentos por empréstimo ou ainda solicitam-nos a instituições de solidariedade social a preços simbólicos (Imaginário, 2004).

Na realidade, não existem serviços específicos de apoio às famílias prestadoras de cuidados aos idosos. Alguns recursos e equipamentos existentes constituem, apenas,

formas indiretas de apoio, na medida em que tentam criar condições conducentes à manutenção do idoso no seu seio familiar (Araújo, 2010)

Martins (2010) aprofunda ainda mais esta problemática, referindo que apesar do aumento dos recursos para cuidar da pessoa dependente, eles ainda são pouco utilizados, assumindo a família um papel praticamente solitário neste apoio.

Figueiredo (2007) agrupa as principais necessidades em “ajudas práticas e técnicas, apoio financeiro, apoio psicossocial, tempo livre, informação e de formação” (2007, p.139)

Fica claro que as famílias valorizam bastante os recursos e que a ausência dos mesmos é geradora de stress. Embora não valorizem todos os recursos de igual forma, sentem que deviam ser mais apoiados, podendo esse défice estar na origem da institucionalização da pessoa dependente.

São ainda vários os estudos que têm demonstrado que um suporte desadequado, quer seja em termos materiais e/ou equipamentos influenciam negativamente a prestação cuidados e a saúde da pessoa dependente e dos MFPC (Lage, 2007; Petronilho, 2007; Gonçalves, 2013; Lourenço, 2015).

O denominador comum presente em praticamente todos os estudos é o apoio económico pelo papel que representa na aquisição dos produtos de apoio, medicação ou cuidados diferenciados e na estabilidade familiar (Lopes, 2007; Regadas, 2021)

No presente estudo, a identificação dos recursos utilizados pelas famílias para cuidar do familiar dependente estará organizada por autocuidados de acordo com a CIPE: alimentar-se, andar, arranjar-se, tomar banho, usar a cadeira de rodas, usar o sanitário, tomar a medicação, transferir-se e vestir-se.

Importante será aferir também a razão da não utilização dos equipamentos, no caso de haver indicação para tal (Gonçalves, 2013).

Na tabela seguinte podem observar-se alguns resultados decorrentes de investigações realizadas sobre a utilização dos recursos por autocuidado. (Tabela 1)

Autocuidado	Porto *Maia (2012)*	Maia *Rocha (2015)*	Lisboa *Costa (2013)*	P. Ferreira *Regadas (2021)*
Tomar banho	41,85%	40,10%	48,33%	38,5%
Vestir-se	8,93%	7,67%	25,94%	25,3%
Arranjar-se	0%	6,66%	7,14%	58,1%
Alimentar-se	35,68%	59,64%	48,37%	54,2%
Uso do sanitário	68,21%	62,67%	54,49%	68,5%
Elevar-se	28,27%	33,26%	-	53,3%
Virar-se	53,82%	41,34%	35,53%	47,5%
Transferir-se	16,50%	27,23%	22,63%	30,5%
Usar cadeira de rodas	25%	-	-	66,2%
Andar	78,14%	67,93%	77,61%	80,7%
Tomar medicação	74,80%	78,78%	62,20%	70,9%
Recursos Complementares	57,03%	62,90%	70,80%	48%
Taxa Global	**43,20%**	**45,31%**	**55,91%**	**53,5%**

Tabela 1 – Taxa de utilização dos recursos materiais dos estudos no concelho do Porto, Maia, Lisboa e Paços de Ferreira.

1.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Nesta investigação foram elaboradas questões de investigação uma vez que se procura compreender ou descrever um fenómeno acerca do qual ainda existem poucas informações na população estudada.

Definiu-se a seguinte questão de investigação:

"Quais são os recursos utilizados pelas famílias da União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades que integram pessoas dependentes no autocuidado, em contexto domiciliário?"

2 – FASE METODOLÓGICA

Após a delimitação dos temas e contextualização dos fenómenos, abordar-se-ão neste capítulo os aspetos metodológicos propostos para dar continuidade à investigação. Os tópicos foram esquematizados de acordo com Fortin (2009).

Segundo esta autora, a fase metodológica compreende 4 etapas, nas quais o investigador:

1. escolhe o desenho de investigação que varia de acordo com objetivos e questões de investigação;
2. define a população e a amostra junto da qual pretende colher as informações;
3. aborda os métodos de medida e tratamento das variáveis;
4. descreve os métodos de colheita e análise de dados.

Este estudo replica a metodologia e desenho de investigação de outros estudos anteriores como o de Gonçalves (2013), Rocha (2015) ou Regadas (2021) porém com o enfoque na utilização de recursos materiais e não materiais.

A base populacional estudada foi a UFSMBRB, a terceira freguesia mais populosa do concelho de Coimbra. Procura-se que este estudo contribua para o conhecimento da realidade concelhia, uma vez que está integrado noutro estudo de maior dimensão.

Os dados obtidos a partir da realização deste estudo permitirão a inferência para a realidade da freguesia em questão assim como comparar com outros estudos doutras realidades do país.

2.1 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O desenho de investigação revelou-se um dos elementos mais relevantes da investigação, pois permitiu planificar adequadamente, respondendo às questões de investigação, reduzindo a fontes de erro e delineando o tipo de estudo mais adequado.

Tipo de estudo

Atendendo ao problema e à questão de investigação que emergiu, decorrente da escassez de informações acerca dos fenómenos em estudo, optou-se por um estudo exploratório, descritivo, transversal e de cariz quantitativo.

Os estudos descritivos, como se situam no primeiro nível de investigação, visam investigar para conhecer e caracterizar uma determinada situação até agora desconhecida. Baseiam-se em questões de investigação e não em hipóteses (Rafferty & Traynor, 2002).

Concomitantemente, é um estudo transversal (também denominado por estudo de prevalência ou inquérito epidemiológico) uma vez se tenta, num determinado momento, conhecer o fenómeno de cuidar de uma pessoa dependente no autocuidado na população em causa (ICN, 2010).

Trata-se de um estudo que replica um conjunto de estudos já realizados em Portugal, procurando seguir a mesma metodologia e os instrumentos utilizados nos referidos estudos. Poder-se-á ainda comparar os dados e contribuir para o alargamento do retrato da situação em Portugal relativamente à caracterização das famílias clássicas com pessoas dependentes no autocuidado no seu domicílio.

Meio

Este estudo decorreu no meio natural, ou seja, no domicílio onde as pessoas que aceitarem participar, vivem.

Por poder ser entendido como uma intromissão, e implicar a avaliação de um familiar num estado de dependência, logo de maior vulnerabilidade, o investigador empenhou-se em clarificar todos os direitos às famílias participantes e reforçar a existência das autorizações necessárias, assim como os princípios etico-deontológicos a que está obrigado, por inerência da profissão.

2.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo corresponde à totalidade das famílias clássicas residentes na UFSMBRF à data do processo de colheita de dados. De salientar que neste estudo aplica-se o conceito de família clássica adotado pelo INE, que corresponde ao

> *"conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento.*
>
> (INE, 2005, p. 60).

O concelho de Coimbra é o concelho mais populoso da região Centro com aproximadamente 140838 habitantes e um total de 60091 agregados familiares, segundo os Censos de 2021 (INE, 2022). Desde os censos de 2001, a população perdeu mais de 8000 pessoas, na sua grande maioria jovens entre os 18 e os 24 anos. Tem aumentado simultaneamente o número de pessoas com mais de 65 anos. Apresenta, portanto, uma taxa de crescimento negativa, representando a problemática do envelhecimento, à semelhança do resto do país, uma séria preocupação.

Os dados mais recentes do concelho (INE, 2022) revelam uma subida de 23,5% na faixa etária das pessoas com idade superior a 65 anos face aos valores de 2011, conjugada com uma diminuição de 8,5% na população entre os 25 e 64 anos de idade.

O concelho de Coimbra divide-se em 18 freguesias distribuídas por 320km^2 de enorme variabilidade de densidade populacional. A UFSMBRF apresenta uma densidade populacional e distribuição etária próxima da média do concelho pelo que poderá fornecer dados semelhantes e próximos da realidade concelhia. (Câmara Municipal de Coimbra, 2018).

Os dados fornecidos pelo INE (2022), indicam que vivem na UFSMBRF 15321 pessoas, distribuídos por 6289 agregados familiares, correspondendo a uma variação negativa de 4,5% da população total, comparativamente com os Censos de 2011. A tendência global verificada no município observa-se de uma forma mais vincada nesta união de freguesias com um crescimento da população com idade superior a 65 anos de 25,8% e uma diminuição da população em idade ativa de 11,3%, valores bem superiores à média concelhia.

Tendo por base os dados supra, optou-se por uma amostra probabilística, aleatória e estratificada que permita inferir para a população alvo e conhecer qual a percentagem de famílias na freguesia em estudo que tem pessoas dependentes no autocuidado em contexto domiciliário. Essa amostra foi calculada com base na densidade populacional de cada zona/ lugar da freguesia, possibilitando poder-se estimar quer o número total de famílias com necessidade de acompanhamento, quer conhecer os recursos mais utilizados para tomar conta dos familiares dependentes.

Antes da condução de um estudo, existem formas de calcular o tamanho da amostra (estimando o número mínimo de participantes), para que ela tenha validade e representatividade estatística, evitando erros de amostragem (Martin & Thompson, 2002). Para esta determinação, a equipa de investigação recorreu à fórmula de Lwanga e Lemeshow, derivando da aplicação da mesma uma amostra calculada de 387 famílias, para um intervalo de confiança de 99,7%, um erro máximo de 3% e uma percentagem de ocorrência máxima do fenómeno de 50% (Tabela 2).

União de freguesias São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades	n
Monte do Calhau	18
R. Tenente de Brito/ R. Pedro Rodrigues dos Santos	30
R. Santa Eufémia	1
Estrada do Espírito Santo das Touregas	1
R. D Pedro/ R. do Arco	14
R. da Fonte do Frade	15
R. dos Casarões / Estrada das Figuras	18
R. Caraboio/ Tr. Caraboio	28
R. Progresso/R. Liberdade/R. 5 de Outubro	54
R. da Fontinha/ R. 1º de Maio/ R. Francisco Augusto dos Reis	56
R. Projetada/ Rua da Condessa/ Ladeira de S. Martinho	58
R. 1º de Maio/ Out. de Fala/ R. da Bela Vista-7 Tr. Água Férreas	85
R. General Humberto Delgado/ R. do Poço/ Tr. da Cabine	9
Total	**387**

Tabela 2 – Georreferenciação da amostra para a União de freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades

Optou-se então pelo modelo de amostragem aleatória estratificada, que permitiu a consolidação a representatividade da amostra através da criação de conglomerados homogéneos, dentre os quais são selecionados aleatoriamente os elementos. Nesta etapa, foi utilizada a tecnologia de Sistemas de Informação Geográfica (georreferenciação) através do aplicativo arcGIS®, que constituiu uma amostra areolar (método probabilístico) em função dos dados demográficos fornecidos pelo INE

Foram ainda definidos os seguintes critérios de inclusão para participação no estudo (relativo ao dependente):

- Ter aceitado participar no estudo;

- Ser residente na União de freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades;

- Ter idade superior a 18 anos;

- Ser dependente no autocuidado;

- Fazer parte de uma família clássica, segundo a nomenclatura do INE.

Concomitantemente, foram delineados os critérios de exclusão, relativamente à pessoa dependente:

- Não correspondam a todos os critérios de inclusão;

- Esteja institucionalizada;

- A causa da dependência decorra de um processo de desenvolvimento ou de crescimento.

2.3 – MEDIDA E TRATAMENTO DAS VARIÁVEIS

As variáveis, sendo representações mensuráveis de um constructo abstrato, não são facilmente avaliadas pelo que se torna necessário encontrar formas de as mensurar. No entanto, e tratando-se de um estudo descritivo que não visa manipular nem estabelecer relações causa-efeito, só faz sentido falar em variáveis de investigação, que são propriedades ou características medidas. Incluíram-se também as variáveis de atributo que foram utilizadas para se obter um perfil sociodemográfico das características da amostra (Bhattacherjee, 2012).

Variáveis de atributo

Neste estudo optou-se por fazer uma caracterização sociodemográfica, tanto da pessoa dependente como do MFPC envolvendo as variáveis de atributo vertidas na seguinte tabela (Tabela 3):

Pessoa dependente	MFPC
Idade	Idade
Sexo	Sexo
Estado civil	Estado civil
Profissão	Profissão
Nível de escolaridade	Nível de escolaridade
Tempo de dependência	Grau de parentesco com o familiar dependente.
Modo de instalação da dependência	
Situação que originou a dependência	

Tabela 3 – Lista das variáveis de atributo

A operacionalização de todas as variáveis de atributo da pessoa dependente e do MFPC podem ser consultadas no Apêndice I e II, respetivamente (Apêndice I e II).

Variáveis de investigação

O estudo em causa visou identificar quais os recursos utilizados para tomar conta da pessoa dependente em contexto domiciliário pelo que o investigador não teve qualquer interferência no campo. Mediante o conjunto de recursos presentes no inquérito (extraídos a partir do catálogo de ajudas técnicas da Administração Central do Sistema de Saúde e com maior probabilidade de utilização), foi necessário um juízo clínico por parte do enfermeiro/investigador sobre a sua necessidade, perante cada pessoa com dependência e por cada autocuidado (Gonçalves, 2013).

Caso os equipamentos fossem necessários, questionava-se se eram utilizados. No caso de não serem utilizados inquiria-se acerca do seu eventual desejo de aquisição e razão da não utilização.

É também importante referir, que foram considerados como utilizados não apenas os recursos propriamente ditos, mas também possíveis adaptações criadas pelas famílias que desempenhassem a mesma função. (Tabela 4)**.**

Variáveis	Tipo	Valor
Recursos Necessários	Escala Nominal, dicotómica	Sim
		Não
Recursos Utilizados	Escala Nominal, dicotómica	Sim
		Não
Recursos Desejados	Escala Nominal, dicotómica	Sim
		Não
Razões da não utilização	Escala Nominal	Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
		Desconhecimento da forma de funcionamento
		Económica
		Limitações da residência
		Outro

Tabela 4 - Operacionalização das variáveis de investigação

No que concerne às variáveis de investigação, o inventário dos produtos de apoio foi enquadrado nos autocuidados: alimentar-se, andar, arranjar-se, tomar banho, usar a cadeira de rodas, usar o sanitário, tomar a medicação, transferir-se e vestir-se. A forma como os diversos produtos de apoio estão distribuídos por autocuidado podem ser consultados no Apêndice III.

Realça-se ainda o facto, de o instrumento elaborado por Duque, em 2009, ter sido adaptado por Gonçalves (2013), aglutinando os domínios “arranjar-se” e “cuidar da higiene pessoal” no autocuidado “arranjar-se”. Por outro lado, foram adicionados dois autocuidados (“andar” e “tomar a medicação”) pela relevância que ambos têm na manutenção da independência em contexto domiciliar.

Para além dos recursos materiais, é também objetivo específico deste estudo, identificar quais os recursos profissionais, não profissionais, institucionais e financeiros utilizados pelas famílias que integram uma pessoa dependente no autocuidado. A forma como os diversos tipos de recursos estão distribuídos pelas 4 categorias no inquérito podem ser consultadas no Apêndice IV.

Desta forma, consideraram-se como necessários às pessoas dependentes nos autocuidados e pelos MFPC, os seguintes recursos:

- Equipamentos: integram os produtos de apoio que melhoram a funcionalidade, a integração da pessoa dependente no autocuidado e simplificam a prestação de cuidados dos MFPC;

- Complementares: abrangem um conjunto de materiais, como os aparelhos para viabilizar a comunicação ou proporcionar autonomia para atividades de lazer;

- Serviços de apoio: incluem os serviços de apoio quer de âmbito profissional quer não profissional. Incluem-se, igualmente, nesta área, os serviços de apoio relacionados com a prestação de cuidados de higiene, confeção de refeições, entre outros;

- Financeiros: rendimentos provenientes da pensão/reforma, subsídios ou outros e com os quais têm de gerir as despesas do agregado familiar (Rocha, 2015).

2.4 – METODOLOGIA E INSTRUMENTO DE COLHETA DE DADOS

Trata-se de um estudo iminentemente exploratório e transversal cujo intuito é conhecer o estado do fenómeno, mas fundamentalmente, descrever e retratar a realidade num único instante no tempo.

O plano de colheita de dados incluiu um contacto prévio com a UFSMBRF aferindo da sua disponibilidade para a colaboração, no sentido de consciencializar a população para a realização do estudo e para os seus objetivos, potenciando, dessa forma, a participação da comunidade. Para esse efeito, elaborou-se um folheto informativo que foi distribuído pela população antes de se iniciarem os inquéritos. Nele constavam os

principais objetivos do estudo, a identificação dos investigadores e uma declaração de apoio do Presidente da UFSMBRF (Anexo I).

Garantido este primeiro ponto, no momento seguinte estabeleceu-se já o contacto porta-a-porta, contactando as famílias de acordo com o plano de amostragem randomizado pelo software e identificando a existência de pessoas dependentes.

Após esta identificação, e uma vez obtida a anuência para participação no estudo, tentou-se agendar um segundo momento de contacto para recolha dos restantes dados.

De forma a garantir uma uniformização de procedimentos entre investigadores foi elaborado um fluxograma de atuação (Anexo II).

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo foi o formulário "Famílias que integram dependentes no autocuidado" elaborado na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este instrumento foi inicalmente desenvolvdo por Duque, em 2009 e posteriormente adaptado ao contexto domiciliar por Gonçalves (2013) e restante equipa de investigação. (Anexo III)

O formulário é constituído por 3 partes:

Parte I – Inquérito Preliminar - contém as questões que permitem proceder ao levantamento das famílias com pessoas dependentes no autocuidado e obter a caracterização do tipo de alojamento, tipo de família, condições socioeconómicas do agregado familiar e caracterização sociodemográfica do prestador de cuidados;

Parte II - Formulário Prestador de Cuidados Dependente - possibilita a obtenção de dados da pessoa dependente: caracterização social, grau de dependência e condição de saúde. Viabiliza ainda a obtenção de dados relativos à perceção de autoeficácia do prestador de cuidados, caracterizar os cuidados prestados e os recursos utilizados na prestação dos cuidados;

Parte III - Formulário Parente Próximo Dependente – permite a recolha de informação acerca das circunstâncias que poderão ter determinado a institucionalização de um familiar, a avaliação que os familiares fazem desse processo de institucionalização, caracterização global do parente institucionalizado (idade, estado civil, parentesco, nível de escolaridade), razões determinantes para a decisão de institucionalização e caracterização dessa institucionalização (Gonçalves, 2013)

A colheita de dados decorreu durante aproximadamente 3 meses, entre 26 de outubro de 2021 e 4 de fevereiro de 2022. Ao longo deste período foram realizados 387 inquéritos preliminares a famílias da UFSMBRF de acordo com o inicialmente estimado.

Métodos de análise e tratamento de dados

Após a colheita de dados e depois da verificação individual da inexistência de anomalias utilizou-se a tecnologia de leitura óptica *TELEFORM® Reader* para o carregamentos dos dados e posterior exportação dos mesmos para o programa *IBM SPSS Statistics for Windows*, onde foi elaborada a respetiva análise estatística, de acordo com a medida de cada variável.

2.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Sendo o objeto de estudo desta investigação a pessoa/família, o investigador assegurou o estrito cumprimento pelos princípios éticos, assim como dos direitos dos participantes. Estes direitos incluiram a autodeterminação, a intimidade, o anonimato e confidencialidade, a proteção contra o desconforto e um tratamento justo e equitativo.

Os participantes não foram, em momento algum, prejudicados, estando protegido o seu bem-estar (princípio da não maleficência). O investigador obteve o consentimento informado de forma voluntária (princípio da autonomia), assegurando o anonimato e a confidencialidade, tratando os participantes com respeito e dignidade (princípios da beneficência e da justiça)

Com o claro objetivo de respeitar quer os principios éticos da investigação em saúde quer os direitos dos participantes enunciam-se, em seguida, alguns dos passos executados:

- Pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo IV) e respetivo parecer positivo (Anexo V);

- Pedido de colaboração com a União de freguesias de São Martinho e Ribeira de Frades, agilizando a informação e preparando previamente as pessoas para o inquérto;

- Apresentação na dupla qualidade de investigadores e enfermeiros (apresentação da cédula profissional);

- Explicação sumária do contexto da entrevista, dos objetivos, do interesse do estudo e dos direitos que a todo o tempo lhes assistem, nomeadamente, o de recusar ou de interromper a entrevista em qualquer momento e o de ver garantida, não só a confidencialidade da informação recolhida, mas também o anonimato no tratamento dos dados;

- Autorização para entrar no alojamento para observar a pessoa dependente, esclarecendo que esse contacto não inclui qualquer intervenção física nem lhe será provocado qualquer desconforto;

- Garantia que em nenhum momento da recolha de dados, será solicitado qualquer tipo de identificação pessoal dos participantes ou da pessoa dependente.

3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo irá proceder-se à apresentação dos resultados obtidos que resultaram do processo de colheita, análise e sistematização dos dados recolhidos no campo de investigação.

Os dados apresentados encontram-se divididos em três partes; a primeira parte, onde se faz a caracterização sociodemográfica dos MFPC, uma segunda parte, caracterizando-se as pessoas dependentes no autocuidado que constituem a amostra e uma terceira parte, onde se descreve a necessidade, a utilização e o desejo dos recursos materiais bem como a razão(ôes) da "não utilização" dos mesmos.

No final da terceira parte, serão ainda abordados os recursos complementares utilizados pelas famílias que integram familiares dependentes no autocuidado, incluindo os recursos profissionais, não profissionais, financeiros e serviços de apoio.

Os dados obtidos do inquérito preliminar encontram-se sintetizados na seguinte tabela (Tabela 5).

	n	**%**
Inquérito preliminar		
Aceita responder ao inquérito		
• Sim	387	100
• Não	-	-
Total	**387**	**100**
Vive com alguém que precise de ajuda para o AC ou de apoio de equipamento		
• Sim	35	9,0
○ Recusa a participação	8	2,1
Total	**43**	**11,1**
Tem algum familiar direto internado num lar ou instituição de saúde		
• Sim	20	5,2
○ Recusa a participação	3	0,8
Total	**23**	**5,9**
Vive com alguém que precise de ajuda para o AC ou de apoio de equipamento **ou** tem algum familiar direto internado num lar ou instituição de saúde		
• Não	**324**	**83,7**

Tabela 5 – Dados síntese do inquérito preliminar

Refira-se que existem 3 famílias que integram pessoas dependentes no seu domicílio e, simultaneamente, possuem familiares diretos institucionalizados num lar ou instituição de saúde, razão pela qual o somatório das famílias que não possuem familiares dependentes no seu domicílio ou institucionalizados (324), com as famílias

que integram pessoas dependentes no seio familiar (43) e com as famílias que têm familiares diretos em lares ou outras instituições (23), é de 390 e não de 387 famílias.

Da totalidade das famílias inquiridas, 43 referiram integrar pelo menos uma pessoa no seu domicílio que necessitava de ajuda no autocuidado ou que necessitava de apoio de equipamento, ou seja, 11,1% da amostra. Deste valor inicial, 8 famílias recusaram participar (2,1% da amostra) pelo que serão 35 as famílias que integram o estudo mais aprofundado. É também importante sublinhar também que 2 famílias integram 2 familiares com dependência no autocuidado no seu domicílio perfazendo um total de 37 pessoas dependentes.

Caracterização sociodemográfica dos MFPC

Tal como foi enunciado na parte metodológica, pretende-se caracterizar a amostra de MFPC através das suas variáveis de atributo (sexo, estado civil, idade, nível de escolaridade, profissão e parentesco do familiar cuidador com a pessoa dependente). Os familiares cuidadores são, em mais de 80%, do sexo feminino, sendo a larga maioria (71,4%) casada.

As suas idades variam entre os 50 e os 89 anos, para uma média de 65,7 anos e um desvio padrão 10,1 anos.

No que à escolaridade diz respeito, observa-se que mais de metade (62,8%) não tem ensino secundário completo (escolaridade mínima obrigatória).

Os MFPC estão na sua grande maioria reformados (62,9%) havendo, porém, uma percentagem significativa de cuidadores que acumula o cuidado do seu familiar dependente com a sua atividade profissional (31,5%).

Nesta amostra observou-se ainda que dos 35 familiares cuidadores, 21 são filhos da pessoa dependente (60%) havendo 12 que cuidam dos maridos/esposas e 2 são cuidadores por afinidade.

Os resultados da caracterização sociodemográfica do MFPC estão sintetizados na tabela seguinte (Tabela 6).

	n	%
Sexo		
Masculino	7	20
Feminino	28	80
Total	**35**	**100**
Estado Civil		
Casado	26	71,4
Viúvo	3	8,6
Solteiro	1	2,7
Divorciado	5	14,3
Total	**35**	**100**
Nível de escolaridade		
Nenhum	3	8,6
Ensino básico – 1º Ciclo	9	25,7
Ensino básico – 2 Ciclo	5	14,3
Ensino básico – 3º Ciclo	6	17,1
Ensino secundário	3	8,6
Ensino superior	9	25,7
Total	**35**	**100**
Profissão		
Trabalhadores não qualificados	2	5,7
Doméstico	1	2,9
Desempregado	1	2,9
Pensionista/Reformado	22	62,9
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	5	14,3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	5,7
Pessoal administrativo e similares	1	2,9
Quadros superiores da Administração pública	1	2,9
Total	**35**	**100**
Parentesco		
Marido/ Esposa	12	34,3
Filho/ Filha	21	60
Afinidade (nora, padrasto, cunhado)	2	5,7
Total	**35**	**100**

Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica do MFPC

Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente

As variáveis sociodemográficas da pessoa dependente incluem o sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e profissão.

Das 37 pessoas dependentes que compõem a amostra pode-se afirmar que a maioria é do sexo feminino (54,1%) e que as suas idades variam entre os 51 anos e os 99 anos, com uma média de 83,1 anos e um desvio padrão de 9,9 anos.

Quanto ao estado civil, constatou-se a existência apenas pessoas dependentes casadas/ união de facto ou viúvas com ligeira vantagem para a primeira situação (51,4%). Já quanto ao nível de escolaridade da pessoa dependente verifica-se que o 1º

ciclo do ensino básico representa claramente a larga maioria das situações identificadas (59,4%) assim como o facto de 100% das pessoas dependentes serem pensionistas. A nacionalidade portuguesa foi outro parâmetro onde também houve unanimidade (Tabela 7).

	n	%
Sexo		
Masculino	17	45,9
Feminino	20	54,1
Total	**37**	**100**
Estado Civil		
Casado	19	51,4
Viúvo	18	48,6
Solteiro	-	-
Divorciado	-	-
Total	**37**	**100**
Nível de escolaridade		
Nenhum	6	16,2
Ensino básico – 1º Ciclo	22	59,4
Ensino básico – 2 Ciclo	2	5,4
Ensino básico – 3º Ciclo	3	8,1
Ensino secundário	3	8,1
Ensino superior	1	2,7
Total	**37**	**100**
Profissão		
Pensionista	37	100
Total	**37**	**100**

Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente

Já no que respeita à origem da situação da dependência, verifica-se que a doença crónica e o envelhecimento estão presentes em mais de metade dos casos identificados, sendo estes dados reforçados pelo facto de 73% dos inquiridos terem referido uma instalação gradual da dependência. Estas pessoas estão em média há 4,2 anos com algum tipo de dependência, sendo o tempo mínimo de 1 mês e o máximo de 22 anos com um desvio padrão de 4,8 anos (Tabela 8).

	n	%
Situação que originou a dependência		
Doença crónica	21	56,7
Envelhecimento	19	51,3
Doença aguda	9	24,3
Acidente	3	8,1
Outra	1	2,7
Modo de instalação da dependência		
Gradual	27	73
Súbita	10	27
Total	**37**	**100**

Tabela 8 – Caracterização da dependência da pessoa dependente

Recursos utilizados pelas famílias

Em seguida serão apresentados os resultados nucleares deste estudo. Porém, antes da sua apresentação, torna-se necessário tecer algumas considerações que foram tidas em conta no processo de síntese, organização e apresentação dos dados.

A necessidade dos recursos materiais e equipamentos foi avaliada individualmente e por autocuidado em função do juízo clínico do enfermeiro-investigador que conduziu cada inquérito. Seguidamente avaliou-se a sua utilização por parte da pessoa dependente ou do MFPC e caso o recurso fosse necessário, mas não fosse utilizado era questionado se tal recurso era desejado e qual a razão da não utilização (Figura 2).

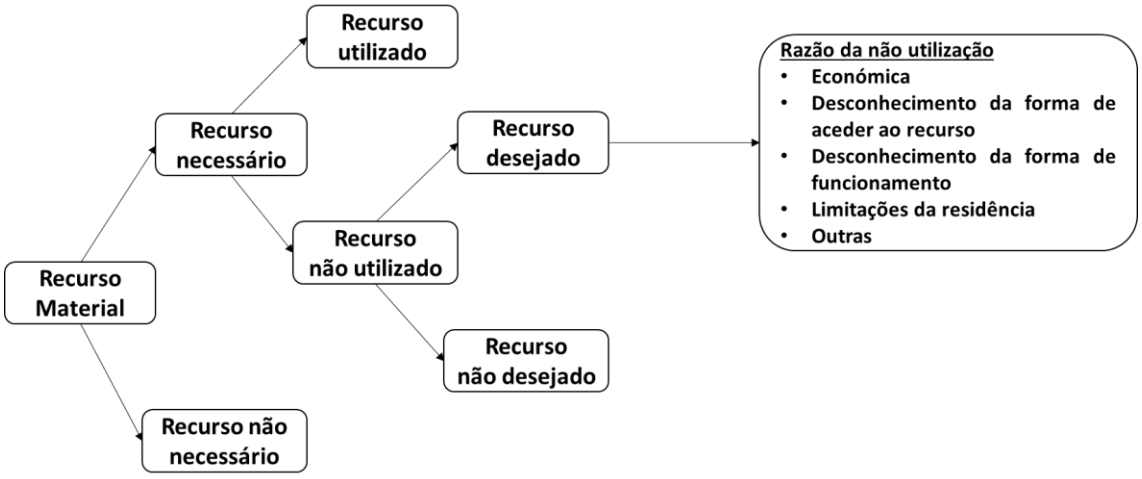


Figura 2 – Representação esquemática da avaliação clínica dos recursos materiais

Relembra-se que a necessidade de utilização de um equipamento tem por finalidade não só o aumento da funcionalidade e integração da pessoa dependente no autocuidado (ex: alteador de sanita ou barras de apoio), mas igualmente, a diminuição da exigência e a simplificação para o MFPC das atividades inerentes ao *tomar conta* (ex: cama articulada ou disco de rotação). Concomitantemente, com a necessidade de determinado recurso material no total da amostra, apresenta-se a *taxa de recursos necessários* (TRN) por cada recurso e por autocuidado que advém da fórmula:

$$\textit{Número de recursos necessários} / \textit{Total de pessoas dependentes} \ x100$$

O parâmetro seguinte reporta-se à utilização pelo MFPC ou pessoa dependente do recurso material ou equipamento que foi previamente considerado necessário. Da relação entre as duas frequências absolutas surge a *taxa de recursos utilizados* (TRU) por equipamento e por autocuidado, sintetizada pela seguinte fórmula:

$$\textit{Número de recursos utilizados} / \textit{Número de recursos necessários} \ x100$$

Sempre que os equipamentos sejam considerados necessários, mas não sejam utilizados pelas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado é aferido seu eventual desejo de o adquirir. Desse valor absoluto é também possível calcular a *taxa de recursos desejados* (TRD):

$$\textit{Número de recursos desejados} / \textit{Número de recursos necessários não utilizados} \ x100$$

As razões que sustentam a não utilização ou aquisição de cada recurso material no momento do inquérito estarão sintetizadas separadamente. Cada razão não é mutuamente exclusiva e por isso pode haver mais do que uma razão para a não aquisição de um equipamento. Desse modo é possível que o número absoluto de razões da não utilização supere o valor de recursos não utilizados. Recorde-se que as razões da não utilização de um recurso podem ser devido ao facto da pessoa não o desejar, não ter capacidade económica para o adquirir, desconhecer a forma de aceder ao recurso, desconhecer a sua forma de funcionamento, limitações da residência ou outras razões consideradas relevantes.

O mesmo raciocínio foi considerado para a apresentação dos dados dos recursos complementares.

Finalmente na apresentação dos dados dos recursos profissionais, não profissionais, financeiros e serviços de saúde, as opções não são mutuamente exclusivas, pelo que os valores refletem a frequência de cada item na totalidade da amostra.

Utilização dos recursos materiais e equipamentos por autocuidado

A apresentação dos resultados da utilização dos recursos materiais foi dividida por autocuidado.

Autocuidado – Tomar banho

Dentre os vários equipamentos que compõem o autocuidado – tomar banho, aquele que foi considerado mais necessário pelos investigadores foi o *tapete antiderrapante* em 70,2% dos inquiridos, logo seguido pelas *barras de apoio para banho* (67,6%). Os recursos que os MFPC identificam e utilizam de acordo com a necessidade avaliada (e por isso apresentam maiores TRU) são igualmente o *tapete antiderrapante* e a *cadeira higiénica*. A taxa global de recursos utilizados é de 56,1%, revelando-se uma das mais altas do estudo (Tabela 9).

AC - Tomar banho	**Necessário/ TRN**		**Utilizado/ TRU**		**Desejado/ TRD**	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Assento suspenso para a banheira	2	5,4	1	50	1	100
Barras de apoio para banho	25	67,6	10	40	8	53,3
Cadeira de banho (fixa/giratória)	1	2,7	-	-	1	100
Cadeira higiénica	22	59,5	15	68,2	5	71,4
Elevador de banheira	-	-	-	-	-	-
Lava cabeças para acamados	6	16,2	1	16,7	5	100
Antiderrapante	26	70,2	19	73,1	5	71,4
Total/ Taxa média	**82**	**31,7**	**46**	**56,1**	**25**	**69,4**

Tabela 9 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – tomar banho

Podemos também verificar, pela análise da tabela anterior, que foram identificados 82 equipamentos para o autocuidado – tomar banho como necessários, sendo apenas são utilizados 46 e consequentemente não utilizados 36. Destes 36 equipamentos, 25 são desejados, resultando numa TRD de 69,4%.

As razões enumeradas para a não utilização dos recursos materiais para o autocuidado – tomar banho estão sintetizadas na tabela abaixo. Pode observar-se que as principais razões que levam à não utilização dos equipamentos são as limitações da residência e o não desejo de adquirir o equipamento (Tabela 10).

AC – Tomar banho		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	11	25
Económica	9	20,4
Desconhecimento da forma de aceder	3	6,9
Desconhecimento da forma de funcionamento	9	20,4
Limitações da residência	11	25
Outras	1	2,3
Total	**44**	**100**

Tabela 10 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – tomar banho

Autocuidado – Vestir-se e despir-se

Neste autocuidado, o recurso material mais frequentemente identificado como necessário foi a *calçadeira de cabo longo* (54%), apresentando todos os restantes recursos TRN inferiores a 50%. De igual forma é, igualmente esse recurso que apresenta uma maior utilização (50%) e desejo de aquisição com 40% (Tabela 11).

AC - Vestir-se e despir-se	**Necessário/ TRN**		**Utilizado/ TRU**		**Desejado/ TRD**	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Abotoador	2	5,4	-	-	-	-
Calça meias/ Tira meias	12	32,4	3	25	3	33,3
Calçadeira de cabo longo	20	54	10	50	4	40
Cordões elásticos	9	24,3	4	44,4	5	100
Extensões para fechos de correr	1	2,7	-	-	-	-
Total/ Taxa média	**44**	**23,2**	**17**	**38,6**	**18**	**66,7**

Tabela 11 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – vestir-se e despir-se

A taxa de recursos desejados neste autocuidado foi de 66.7%, ou seja, 2 em cada 3 MFPC desejam adquirir um equipamento considerado necessário e não utilizado pela pessoa dependente. Os inquiridos que ainda assim desejam os recursos, mas não os utilizam, alegam maioritariamente motivos de desconhecimento da forma de funcionamento dos mesmos (Tabela 12).

AC – Vestir-se e despir-se		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	9	25
Económica	-	-
Desconhecimento da forma de aceder	-	-
Desconhecimento da forma de funcionamento	24	66,7
Limitações da residência	-	-
Outras	3	8,3
Total	**36**	**100**

Tabela 12 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – vestir-se e despir-se

Autocuidado – Arranjar-se

Os recursos materiais para o autocuidado – arranjar-se apenas apresentaram uma taxa de recursos necessários de 5,4%, a segunda mais baixa do estudo.

Ainda assim a sua utilização estava totalmente adequada no caso do *espelho inclinável*, permitindo dessa forma obter uma TRU de 50% (Tabela 13).

AC - Arranjar-se	Necessário/ TRN		Utilizado/ TRU		Desejado/ TRD	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pente de cabo longo	2	5,4	-	-	-	-
Espelho inclinável	2	5,4	2	100	-	-
Total/ Taxa média	**4**	**5,4**	**2**	**50**	**-**	**-**

Tabela 13 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – arranjar-se

No caso específico deste autocuidado a TRD é de 0% uma vez que, apesar de necessários, ninguém deseja adquiri-los.

As razões que levam os prestadores de cuidados a não os desejarem e consequentemente a não utilizarem este recurso prendem-se, de acordo com as notas de campo, com a disponibilidade e vontade de serem os próprios a pentearem os familiares, substituindo-a sem que tal seja necessário (Tabela 14).

AC – Arranjar-se		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	2	2
Económica	-	-
Desconhecimento da forma de aceder	-	-
Desconhecimento da forma de funcionamento	-	-
Limitações da residência	-	-
Outras	-	-
Total	**2**	**100**

Tabela 14 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – arranjar-se

Autocuidado – Alimentar-se

O autocuidado alimentar-se apresenta uma TRN de 9% sendo que o *babete* foi o recurso material mais frequentemente identificado como necessário (n=10).

É igualmente este recurso que apresenta uma taxa de utilização mais alta – 80% (Tabela 15).

AC - Alimentar-se	Necessário/ TRN		Utilizado/ TRU		Desejado/ TRD	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Abridor de frascos	6	16,2	2	33,3	1	25
Adaptador de talheres	1	2,7	-	-	-	-
Babete	10	27	8	80	2	100
Copo adaptado	3	8,1	2	66,7	1	100
Garfo flexível	1	2,7	-	-	-	-
Mesa de comer na cama	4	10,8	1	25	1	33,3
Rebordo para prato	-	-	-	-	-	-
Suporte de copos	-	-	-	-	-	-
Suporte de palhinha para copos	5	13,5	3	60	1	50
Total/ Taxa média	**30**	**9**	**16**	**53,3**	**6**	**42,9**

Tabela 15 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – alimentar-se

Apesar de existirem dois recursos cuja TRD é de 100%, existem igualmente recursos que apesar de serem necessários não são utilizados nem desejados como é o caso do *adaptador de talheres* e do *garfo flexível*. Assim, a taxa média de recursos desejados para este autocuidado cifra-se então nos 42,9%, ou em valores absolutos, são apenas desejados 6 equipamentos para um total de 14 não utilizados.

As principais razões da não utilização dos recursos dividem-se entre o não desejar o equipamento e entre o desconhecer a sua forma de funcionamento (Tabela 16).

AC – Alimentar-se		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	8	36,5
Económica	1	4,5
Desconhecimento da forma de aceder	4	18,1
Desconhecimento da forma de funcionamento	9	40,9
Limitações da residência	-	-
Outras	-	-
Total	**22**	**100**

Tabela 16 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – alimentar-se

Autocuidado – Uso do Sanitário

As *barras de apoio sanitário* destacam-se claramente como o recurso mais necessário no autocuidado – uso do sanitário (67,6%).

Todos os restantes recursos são identificados em menos de metade da amostra. Sobressai também neste autocuidado a existência de 5 recursos com taxas de utilização de 100% o que contribui significativamente para uma das mais altas TRU do estudo – 62,8% (Tabela 17)

AC - Uso do sanitário	**Necessário/ TRN**		**Utilizado/ TRU**		**Desejado/ TRD**	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Alteador de sanita	11	29,7	2	18,2	7	77,8
Arrastadeira	1	2,7	-	-	1	100
Barra de apoio de sanitário	25	67,6	9	36	10	62,5
Cadeira sanitária	6	16,2	4	66,7	2	100
Cueca impermeável	-	-	-	-	-	-
Coletor urinário	1	2,7	-	-	-	-
Fralda	12	32,4	12	100	-	-
Penso absorvente para incontinência	4	10,8	4	100	-	-
Penso higiénico	1	2,7	1	100	-	-
Resguardo	11	29,7	11	100	-	-
Saco de colostomia/ ileostomia/ urina	3	8,1	3	100	-	-
Urinol	11	29,7	8	72,7	3	100
Total/ Taxa média	**86**	**16,2**	**54**	**62,8**	**24**	**75**

Tabela 17 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – uso de sanitário

O total de recursos necessários não utilizados é de 32, sendo que destes, 8 prestadores de cuidados não desejam esses equipamentos e 24 desejam-nos. A TRD é então de 75%. Ainda assim a razão mais comummente identificadas para a não utilização dos recursos materiais no autocuidado – uso de sanitário é o desconhecimento da forma de funcionamento (Tabela 18).

AC – Uso do sanitário		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	8	20,5
Económica	7	18
Desconhecimento da forma de aceder	7	18
Desconhecimento da forma de funcionamento	11	28,2
Limitações da residência	4	10,2
Outras	2	5,1
Total	**39**	**100**

Tabela 18 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – uso do sanitário

Autocuidado – Elevar-se

No autocuidado – elevar-se existente um equipamento – *almofada elevatória* - que sobressai relativamente aos restantes com uma TRN de 45,6%, pese embora apenas tenha uma TRU de 11,8%.

Ainda assim é o equipamento mais desejado neste autocuidado com uma TRD de 53,3%, significando isto que mais de metade das pessoas inquiridas apesar de não o possuir, deseja-o (Tabela 19).

AC - Elevar-se	**Necessário/ TRN**		**Utilizado/ TRU**		**Desejado/ TRD**	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Almofada elevatória	17	45,9	2	11,8	8	53,3
Apoio de cabeça anatómico	1	2,7	-	-	1	100
Apoio de pés	1	2,7	1	100	-	-
Barras paralelas e apoios de posição de pé	-	-	-	-	-	-
Total/ Taxa média	**19**	**12,8**	**3**	**15,8**	**9**	**56,3**

Tabela 19 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – elevar-se

Já no que respeita às principais razões da não utilização dos recursos volta a destacar-se como principal motivo o desconhecimento da forma de aceder ao funcionamento (Tabela 20).

AC – Elevar-se		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	7	
Económica	1	
Desconhecimento da forma de aceder	5	
Desconhecimento da forma de funcionamento	9	
Limitações da residência	1	
Outras	-	
Total	**23**	**100**

Tabela 20 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – elevar-se

Autocuidado – Virar-se

As *grades de apoio/segurança* e o *colchão anti-úlcera de pressão* evidenciam-se no autocuidado – virar-se como os equipamentos mais necessários, porém os que apresentam taxas mais elevadas de utilização são o *coxim* e o *imobilizador abdominal* (100%).

Neste autocuidado a TRU é de 27,5%, o que significa que apenas 1 em cada 4 prestadores de cuidados utiliza os equipamentos considerados necessários.

No total dos 29 equipamentos não utilizados 15 são desejados, ou seja, sensivelmente metade (Tabela 21).

AC - Virar-se	**Necessário/ TRN**		**Utilizado/ TRU**		**Desejado/ TRD**	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Grades de apoio/ segurança	14	37,8	5	35,7	5	55,6
Colchão anti-úlcera de pressão	9	24,3	2	22,2	5	71,4
Cotoveleira	1	2,7	-	-	-	-
Coxim	2	5,4	2	100	-	-
Transfer de cama	4	10,8	1	25	-	25
Imobilizador abdominal	1	2,7	1	100	-	-
Luva de imobilização	1	2,7	-	-	1	100
Posicionador de perna e pés	2	5,4	-	-	1	50
Suporte para as costas	2	5,4	-	-	2	100
Dispositivo de prevenção de pé equino	4	10,8	-	-	1	25
Total/ Taxa média	**40**	**10,8**	**11**	**27,5**	**15**	**51,7**

Tabela 21 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – virar-se

As principais razões para a não utilização dos recursos neste autocuidado voltam a ser o desconhecimento da forma de funcionamento bem como o facto de o não desejarem (Tabela 22).

AC – Virar-se		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	14	35
Económica	6	15
Desconhecimento da forma de aceder	2	5
Desconhecimento da forma de funcionamento	12	30
Limitações da residência	2	5
Outras	4	10
Total	**40**	**100**

Tabela 22 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – virar-se

Autocuidado – Transferir-se

Relativamente ao autocuidado – transferir-se a *cama articulada* destaca-se como o equipamento mais necessário, tendo uma taxa de utilização abaixo dos 50%. Significa isto, que mais de metade das pessoas dependentes que necessita de uma *cama articulada* não a usa (Tabela 23)

AC - Transferir-se	**Necessário/ TRN**		**Utilizado/ TRU**		**Desejado/ TRD**	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Barras de apoio	2	5,4	1	50	1	100
Cabeceira e pés da cama amovíveis	1	2,7	1	100	-	-
Cama articulada	13	35,1	6	46,1	5	71,4
Elevador de transferência	1	2,7	-	-	-	-
Transfer leito-cadeira	2	5,4	-	-	1	50
Disco de rotação	6	16,2	-	-	5	83,3
Total/ Taxa média	**25**	**11,3**	**8**	**32**	**12**	**70,6**

Tabela 23 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – transferir-se

Pela primeira vez, e maioritariamente associada ao recurso supramencionado, surge a razão económica como a principal razão para a não utilização de um recurso (Tabela 24).

AC – Transferir-se		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	5	27,8
Económica	5	27,8
Desconhecimento da forma de aceder	2	11,1
Desconhecimento da forma de funcionamento	5	27,8
Limitações da residência	1	11,1
Outras	-	-
Total	**18**	**100**

Tabela 24 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – transferir-se

Autocuidado – Usar cadeira de rodas

Este autocuidado apresenta a TRN mais baixa do estudo (4,5%) tendo sido apenas identificado 1 dos 3 equipamentos que o compõem. Ainda assim a taxa de utilização da *rampa* é de 60% e desejado pela totalidade das pessoas que não o possui (Tabela 25).

AC - Usar cadeira de rodas	**Necessário/ TRN**		**Utilizado/ TRU**		**Desejado/ TRD**	
	n	(%)	n	n	(%)	n
Rampa	5	13,5	3	60	2	100
Rodas anti-queda	-	-	-	-	-	-
Plataforma vertical para cadeira de rodas	-	-	-	-	-	-
Total/ Taxa média	**5**	**4,5**	**3**	**60**	**2**	**100**

Tabela 25 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – usar cadeira de rodas

As razões associadas à sua não utilização estão essencialmente ligadas a razões de ordem económica ou limitações da residência (Tabela 26).

AC – Usar cadeira de rodas		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	-	-
Económica	1	50
Desconhecimento da forma de aceder	-	-
Desconhecimento da forma de funcionamento	-	-
Limitações da residência	1	50
Outras	-	-
Total	**2**	**100**

Tabela 26 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – usar cadeira de rodas

Autocuidado – Andar

O autocuidado – andar é o que apresenta a segunda TRU mais elevada deste estudo (78,1%). Os equipamentos considerados como necessários têm todos taxa de utilização individual superiores a 70%. Além disso, mesmo as pessoas dependentes que ainda não os possuem (n=7) têm um elevado desejo de o adquirir (n=5) (Tabela 25).

AC - Andar	**Necessário/ TRN**		**Utilizado/ TRU**		**Desejado/ TRD**	
	n	(%)	n	n	(%)	n
Andarilho	14	37,8	11	78,6	2	66,7
Bengala	14	37,8	10	71,4	3	75
Canadiana(s)	4	10,8	4	100	-	-
Prótese	-	-	-	-	-	-
Total/ Taxa média	**32**	**21,6**	**25**	**78,1**	**5**	**71,4**

Tabela 27 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – andar

As razões para a não utilização dos equipamentos necessários estão relacionadas com outras razões nas quais se incluem (de acordo com as notas de campo); espaço reduzido para a utilização do equipamento, possibilidade de andar apoiado na mobília ou apoio constante do cônjuge (Tabela 28).

AC – Andar		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	2	20
Económica	1	10
Desconhecimento da forma de aceder	-	-
Desconhecimento da forma de funcionamento	3	30
Limitações da residência	-	-
Outras	4	40
Total	**10**	**100**

Tabela 28 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – andar

Autocuidado – Tomar a medicação

Com efeito, o autocuidado que apresenta a TRU mais elevada do estudo é o tomar a medicação. Dentro dos 82 equipamentos identificados como necessários 66 estavam a ser utilizados a que corresponde uma TRU de 80,5%. Ainda assim sensivelmente metade dos equipamentos não são desejados pelos inquiridos apesar de serem necessários (Tabela 29).

AC - Tomar medicação	**Necessário/ TRN**		**Utilizado/ TRU**		**Desejado/ TRD**	
	n	(%)	n	n	(%)	n
Aspirador de secreções	1	2,7	-	-	1	100
Caixa de comprimidos	26	70,3	15	57,7	6	66,7
Caneta de insulina	3	8,1	3	100	-	-
Corta comprimidos	-	-	-	-	-	-
Máquina de pesquisas de glicémia capilar	12	32,4	11	91,7	1	100
Nebulizador	8	21,6	6	75	1	50
Oxigenoterapia	2	5,4	2	100	-	-
Termómetro	29	78,4	29	100	-	-
Triturador de comprimidos	1	2,7	-	-	-	-
Total/ Taxa média	**82**	**24,6**	**66**	**80,5**	**9**	**56,3**

Tabela 29 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado – tomar a medicação

As razões identificadas para a não utilização dos recursos prendem-se mais uma vez com o não desejo do equipamento e desconhecimento da forma de funcionamento (Tabela 30).

AC – Tomar a medicação		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	7	31,9
Económica	2	9
Desconhecimento da forma de aceder	2	9
Desconhecimento da forma de funcionamento	8	36,4
Limitações da residência	-	-
Outras	3	13,7
Total	**22**	**100**

Tabela 30 – Razões da não-utilização de recursos necessários no autocuidado – tomar a medicação

Após a apresentação dos resultados dos recursos materiais necessários, utilizados e desejados por autocuidado, torna-se necessário a síntese global dos resultados. A taxa global de recursos necessários é de 15,6%, ou seja, sensivelmente a cada 6 avaliações identifica-se a necessidade de 1 equipamento nas pessoas dependentes que integram a amostra do estudo.

Por outro lado, a taxa global de recursos utilizados é de 50,4%, o que significa que aproximadamente metade da população da amostra não utiliza recursos identificados por profissionais como necessários. Já a taxa global de recursos desejados (60,2%) reflete um desejo moderado de aquisição de equipamentos não utilizados embora necessários (Tabela 31).

Autocuidados	**Taxa média de recursos necessários (%)**	**Taxa média de recursos utilizados (%)**	**Taxa média de recursos desejados (%)**
Tomar banho	31,7	56,1	69,4
Vestir-se e despir-se	23,2	38,6	66,7
Arranjar-se	5,4	50	-
Alimentar-se	9	53,3	42,9
Uso do sanitário	16,2	62,8	75
Elevar-se	12,8	15,8	56,3
Virar-se	10,8	27,5	51,7
Transferir-se	11,3	32	70,6
Usar a cadeira de rodas	4,5	60	100
Andar	21,6	78,1	71,4
Tomar medicação	24,6	80,5	56,3
Taxa global de recursos	**15,6**	**50,4**	**60,2**

Tabela 31 – Taxas globais de recursos necessários, utilizados e desejados

Tendo em consideração as razões da não utilização de equipamentos necessários em todos os autocuidados constata-se que a principal causa (34,9%) se relaciona com o desconhecimento da forma de funcionamento dos mesmos, seguindo-se o facto das pessoas não os desejarem (28,3%) – Tabela 32.

Autocuidados		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	73	28,3
Económica	33	12,8
Desconhecimento da forma de aceder	25	9,7
Desconhecimento da forma de funcionamento	90	34,9
Limitações da residência	20	7,8
Outras	17	6,6
Total	**258**	**100**

Tabela 32 – Total das razões de não utilização de equipamentos necessários nos autocuidados

Utilização dos recursos complementares

Os recursos complementares também apresentam uma elevada TRU, sendo o *telemóvel* o recurso mais identificado como necessário e concomitantemente também mais utilizado pelas pessoas dependentes (Tabela 33).

Recursos Complementares	**Necessário/ TRN**		**Utilizado/ TRU**		**Desejado/ TRD**	
	n	(%)	n	n	(%)	n
Dispositivo de chamada	8	21,6	6	75	2	100
Material de instrução e aprendizagem	1	2,7	-	-	-	-
Prótese auditiva	2	5,4	1	50	-	-
Telefone/ Telemóvel	22	59,5	21	95,5	-	-
Pinça para alcançar objetos	-	-	-	-	-	-
Suporte para cartas	-	-	-	-	-	-
Enfia agulhas	-	-	-	-	-	-
Total/ Taxa média	**33**	**9,9**	**28**	**81,8**	**2**	**40**

Tabela 33 – Recursos complementares necessários, utilizados e desejados

Novamente, as causas mais significativas para a não utilização de equipamento necessário dividem-se entre o não desejo de as adquirir e o desconhecimento da forma de funcionamento (Tabela 34).

Recursos complementares		
Razões da não utilização	**n**	**(%)**
Não desejado	3	42,9
Económica	-	
Desconhecimento da forma de aceder	1	14,2
Desconhecimento da forma de funcionamento	3	42,9
Limitações da residência	-	
Outras	-	
Total	**7**	**100**

Tabela 34 – Razões da não-utilização de recursos complementares necessários

Utilização dos recursos profissionais, não profissionais, serviços e recursos financeiros

Para além de equipamentos ou recursos materiais, as famílias que integram familiares dependentes no autocuidado recorrem igualmente a outro tipo de recursos que facilitem o fenómeno de tomar conta. Estes recursos vão desde os profissionais de saúde que fornecem informações e cuidados mais especializados aos cuidadores informais. A este respeito pode-se afirmar que a amostra em estudo recorre significativamente mais a cuidados médicos e de enfermagem do que a outros profissionais. Já quanto aos recursos não profissionais, sempre que é necessária ajuda as pessoas recorrem maioritariamente a outros familiares (Tabela 35).

	n	%
Recursos profissionais		
Médico	36	97,3
Enfermeiro	32	86,5
Assistente social	13	35,1
Fisioterapeuta	7	18,9
Nutricionista	4	10,8
Recursos não profissionais		
Familiar	25	67,6
Empregada	6	16,2
Vizinho	4	10,8
Amigo	1	2,7
Outro	1	2,7

Tabela 35 – Recursos profissionais e não profissionais utilizados pelas famílias

Já no que concerne aos principais serviços de apoio a que as famílias recorrem, o Hospital e o Centro de Saúde/ Unidade de Saúde Familiar foram já requisitados pela totalidade da amostra. De realçar igualmente a utilização do 112 – INEM assim como da Linha Saúde 24 por mais de metade da amostra (Tabela 36).

	n	%
Serviços		
Hospital	37	100
Centro de Saúde/ Unidade de Saúde Familiar	37	100
112 INEM	34	91,9
Linha Saúde 24	24	64,9
Cuidados de higiene e conforto	13	35,1
Cabeleireiro, manicure e estética	11	29,7

Tabela 36 –Serviços de apoio utilizados pelas famílias (n>10)

As principais fontes de rendimentos das pessoas dependentes advêm da sua pensão/reforma havendo ainda cerca de um quarto da amostra (24,3%) que consegue obter alguns rendimentos do seu trabalho (Tabela 37).

	n	%
Recursos financeiros		
Pensão/ reforma	37	100
Rendimento do trabalho	9	24,3
Complemento de dependência	1	2,7
Rendimentos da propriedade e da empresa	1	2,7
Subsídio de desemprego	1	2,7

Tabela 37 –Recursos financeiros utilizados pelas famílias

4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O principal objetivo deste estudo é: *descrever os recursos utilizados pelas famílias clássicas da União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades que integram pessoas dependentes no autocuidado, em contexto domiciliário*.

Traçaram-se igualmente alguns objetivos específicos que incluíam conhecer quais os recursos materiais utilizados, as razões da não utilização e os recursos não profissionais, profissionais, institucionais e financeiros, utilizados por estas famílias. Para tentar atingir estes objetivos foi desenhado um estudo exploratório e transversal, do tipo quantitativo, com uma amostra probabilística, aleatória e estratificada, que teve em consideração a densidade populacional da união de freguesias, permitindo, desta forma, obter resultados estatisticamente significativos para a população estudada.

Inquiriram-se 387 famílias, durante aproximadamente de 3 meses, tendo-se verificado que 43 destas famílias, integravam pessoas dependentes no autocuidado no seu contexto familiar.

Estes resultados obtidos permitem afirmar que 11,1% das famílias têm pessoas para tomar conta, ou seja, 1 em cada 10 famílias.

Constata-se assim que este valor é o segundo mais alto dos estudos até agora publicados. É superior ao valor de Lisboa (7,95%), (Costa, 2013); Maia (8,38%), (Rocha, 2015); Matosinhos (9,5%), (Campos, 2011) e Porto (10,41%), (Maia, 2012; Gonçalves, 2013) e apenas ligeiramente inferior ao valor obtido em Paços de Ferreira (11,7%), (Leonardo, 2011; Regadas, 2021) (Gráfico 1).

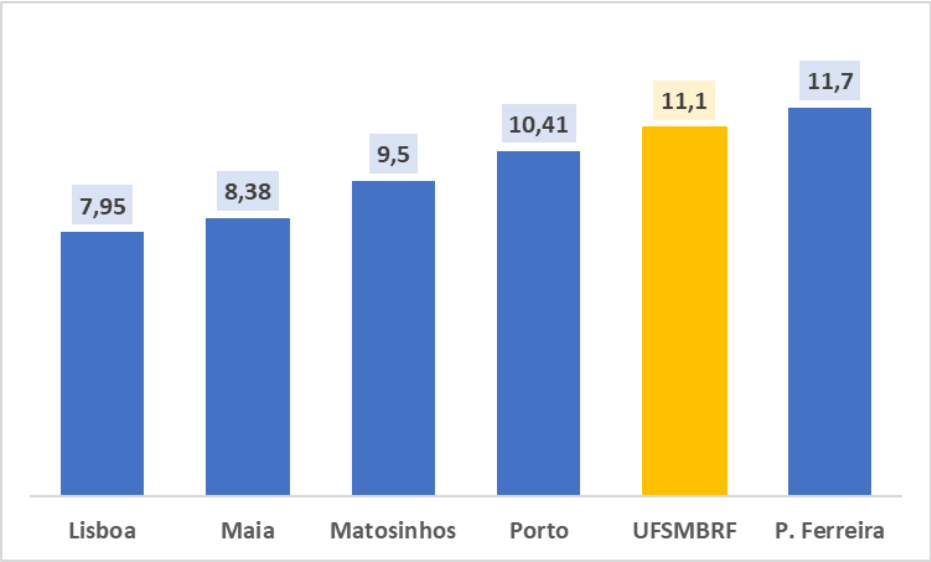


Gráfico 1 – Proporção de famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado
Fonte: Costa, (2013); Rocha, (2015); Campos, (2019); Gonçalves, (2013); Regadas, (2021)

Efetivamente, a UFSMBRF, sendo a terceira freguesia mais populosa do concelho de Coimbra, é aquela que apresenta uma perda populacional mais acentuada (-4,54%) (entre os Censos de 2011 e 2021), comparativamente às suas congéneres, conjugada com a segunda maior taxa de crescimento de pessoas com mais de 65 anos (25,8%) (INE, 2022). Embora se saiba que nem sempre o envelhecimento signifique necessariamente dependência, a verdade é que, é nestas faixas etárias que se verifica uma maior prevalência de doenças crónicas, sendo esta a principal causa de mortalidade e incapacidade a nível mundial (Petronilho, 2013). Estando o fenómeno do envelhecimento populacional a verificar-se a uma velocidade considerável, reunindo a UFSMBRF essas condições e tendo passado já alguns anos desde o último estudo com valores recentes, não é surpreendente que a proporção de pessoas dependentes a integrar o agregado familiar das famílias seja tão elevada.

É, no entanto, um valor que merece uma séria reflexão, já que é possível identificar uma tendência crescente tendo por bases as últimas investigações sobre o tema. Ou seja, o envelhecimento demográfico sendo um fenómeno complexo acarreta várias consequências, entre elas, o aumento de pessoas dependentes nos agregados familiares.

Importa aqui também destacar a taxa de recusa de participação no estudo que ao longo da investigação foi uma constante preocupação. O facto de se estar a vivenciar a pandemia de *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) provocada pelo vírus SARS-COV2, poderia condicionar a participação das famílias e daí resultar uma taxa de recusa

anormalmente alta, condicionando os resultados do estudo. É igualmente importante sublinhar que foram cumpridos todos os critérios e normas de segurança, utilizados todos os equipamentos de proteção individual sempre que foi necessária a avaliação presencial da pessoa dependente e que a prioridade foi sempre a sua saúde e bem-estar. Ainda assim, considerou-se apropriado comparar os dados publicados de outros estudos com a taxa de participação obtida.

O gráfico seguinte permite enquadrar a taxa de participação do estudo desenvolvido como uma das mais elevadas, apesar das severas condicionantes descritas anteriormente. De igual forma, pode-se igualmente perceber que os resultados obtidos não foram condicionados pela taxa de participação (Gráfico 2).

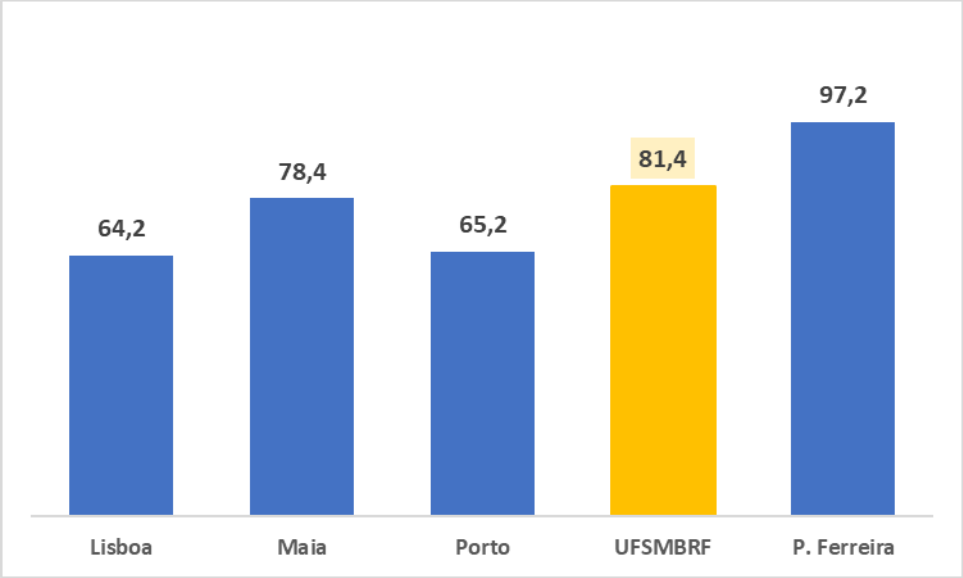


Gráfico 2 – Taxa de participação no estudo das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. ***Fonte***: Costa, (2013); Rocha, (2015); Gonçalves, (2013); Regadas, (2021)

A consecução desta taxa de participação deveu-se essencialmente ao adequado planeamento e orientação do estudo.

Foi realizada uma reunião formal prévia com a Comissão Social da UFSMBRF para a apresentação do estudo e pedido de colaboração, assim como, a elaboração dum panfleto informativo, distribuído pela maioria das residências da união de freguesias.

Caracterização Sociodemográfica dos MFPC

Os familiares cuidadores que compõem a amostra deste estudo, tal como foi referido, na sua larga maioria são mulheres casadas, filhas da pessoa dependente, com uma média de idades de 65,7 anos, pensionistas/ reformadas e com um nível de escolaridade que oscila entre a escolaridade baixa até ao 1º ciclo (25.7%) e o ensino superior (25,7%),

sendo que a larga maioria não possui a escolaridade mínima obrigatória (62,8%) – Figura 3.

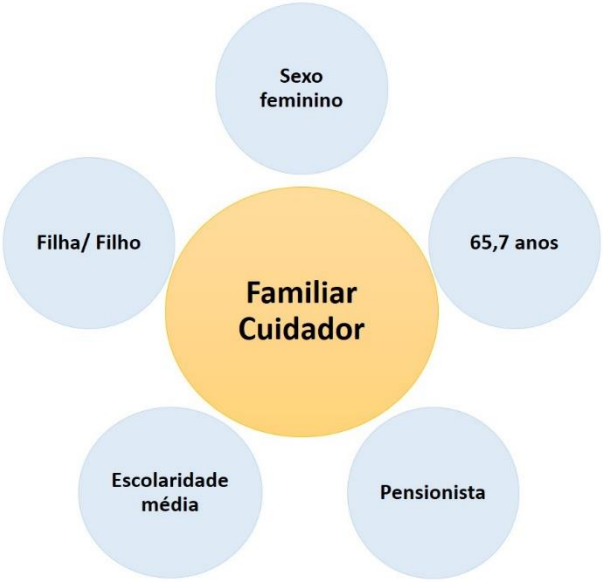


Figura 3 – Representação esquemática das características sociodemográficas majorativas do membro da família prestador de cuidados da UFSMBRF

Os dados encontrados sobrepõem-se, na sua larga maioria, aos estudos já realizados sobre a caracterização dos familiares cuidadores. Ao longo dos últimos anos, têm sido vários os estudos, que verificam que o fenómeno de *tomar conta* de um familiar dependente está maioritariamente a cargo das mulheres.

A média de idades verificada foi a mais elevada de todos os estudos, tendência que tem vindo a ser observada nas últimas investigações sobre o tema. Se até há 10 anos atrás se observavam médias de 53 a 55 anos de idade no MFPC, os estudos mais recentes de Campos (2019) com uma média de 59,5 anos, o de Rodrigues (2020) com uma média de 65,3 anos e o presente vêm alertar para o aumento da idade do familiar cuidador e respetivas consequências inerentes ao aumento da sua vulnerabilidade e impacto na sua saúde. Realça-se também, nesta amostra, a existência de 3 pessoas com mais de 80 anos a cuidar de um familiar dependente, com 81, 85 e 89 anos.

Estes valores tomam particular relevância, se atendermos aos dados disponibilizados pela Fundação Francisco Manuel dos Santos, ao revelarem que a esperança média de vida de anos saudáveis é inferior na mulher do que nos homens acima dos 65 anos e que a maioria dessas dificuldades advém de problemas osteoarticulares. Desta análise facilmente se percebe que o aumento da idade média destas mulheres cuidadoras será prestado num cenário em que elas próprias terão já alguma dependência, porém,

assumem-se enquanto prestadoras de cuidados, mesmo eventualmente agravando a sua já frágil condição de saúde.

Já quanto ao estado civil dos familiares prestadores de cuidados volta a haver alguma homogeneidade com os estudos prévios, verificando-se que são as pessoas casadas na sua larga maioria a assumir o cuidado do familiar dependente (Costa, 2013; Petronilho 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015; Campos 2019; Rodrigues 2020 e Regadas, 2021) – Gráfico 3.

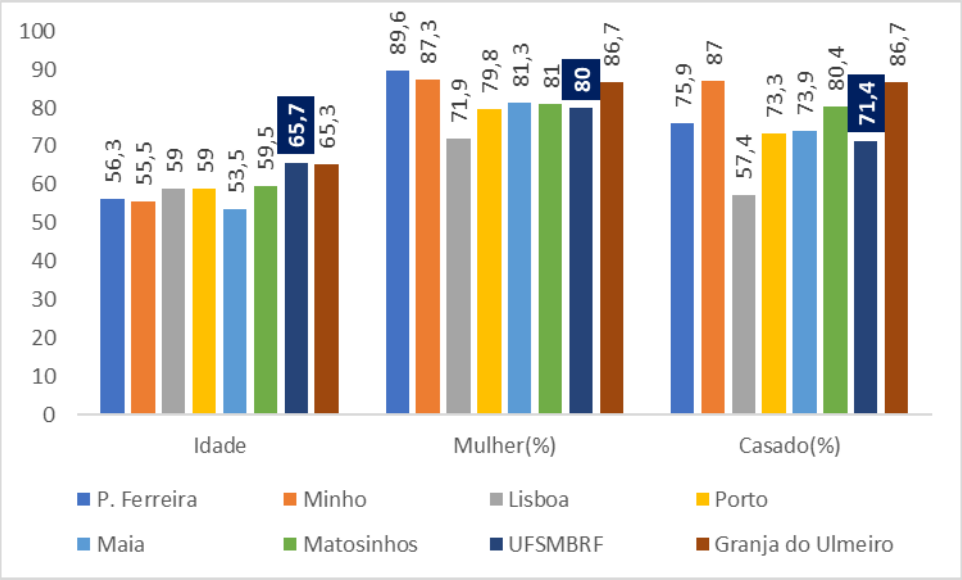


Gráfico 3 - Comparação dos dados majorativos da caracterização sociodemográfica do MFPC. ***Fonte***: Costa, (2013); Petronilho (2013); Gonçalves, (2013); Rocha, (2015); Campos (2019); Rodrigues (2020) e Regadas, (2021).

Sendo os filhos, o grau de parentesco mais comum na prestação de cuidados ao familiar dependente, era expectável verificar-se uma elevada percentagem nesta variável. Ainda assim, nesta amostra verificou-se que 60% dos MFPC eram filhos da pessoa dependente, valor este muito acima do observado noutros estudos similares.

De igual forma, os resultados sobre a escolaridade não são muito sobreponíveis a estudos anteriores, já que revelam apenas 31,4% de pessoas com escolaridade inferior ao 4º ano de idade. Este valor cifra-se muito abaixo da larga maioria dos estudos e só encontra paralelo com o estudo de Costa (2013) no município de Lisboa. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto da união de freguesias estudada ter características urbanas (3ª mais populosa do município de Coimbra) podendo as freguesias mais rurais do concelho apresentar níveis de escolaridade inferiores. Os estudos efetuados têm demonstrado que é nas freguesias mais rurais que vivem as

pessoas com menor escolaridade. Ainda assim é importante referir que apesar da escolaridade inferior ao 4º ano ser de "apenas" 31,4%, a larga maioria dos MFPC (62,8%) não tem a escolaridade mínima obrigatória atual.

Também na percentagem de pensionistas, o presente estudo não apresenta dados muito semelhantes às investigações precedentes. Provavelmente, também fruto do aumento da média de idade dos prestadores de cuidados, constatou-se a existência de 60% de pensionistas.

Este valor é claramente o mais elevado dentre a literatura consultada e por larga margem (Costa, 2013; Petronilho 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015; Campos 2019; Rodrigues 2020 e Regadas, 2021).

A sintetização gráfica dos dados referidos encontra-se vertida no gráfico seguinte (Gráfico 4).

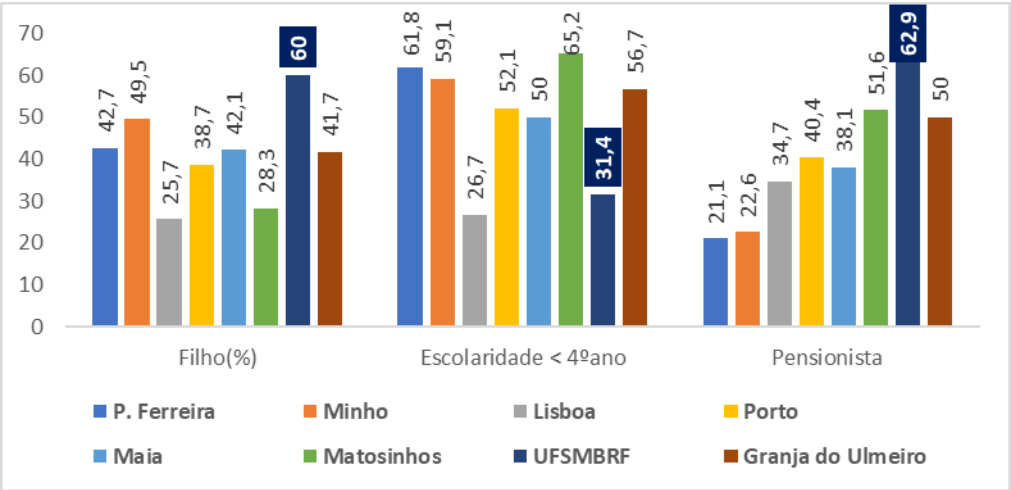


Gráfico 4 – Continuação da comparação dos dados majorativos da caracterização sociodemográfica do MFPC. ***Fonte***: Costa, (2013); Petronilho (2013); Gonçalves, (2013); Rocha, (2015); Campos (2019); Rodrigues (2020) e Regadas, (2021).

<u>Caracterização Sociodemográfica da pessoa dependente</u>

Tendo em consideração os dados das variáveis de atributo da amostra das pessoas dependentes, eles podem ser resumidos na figura seguinte (Figura 4).

Tratam-se maioritariamente de pessoas do sexo feminino, com uma idade média de 83,1 anos, casados ou viúvos (percentagem semelhante), com baixa escolaridade e todos pensionistas.

A dependência ocorreu de uma forma gradual, precipitada fundamentalmente pelas doenças crónicas/ envelhecimento e durando há aproximadamente 4,2 anos.

Figura 4 – Representação esquemática das características sociodemográficas majorativas das pessoas dependentes do autocuidado na UFSMBRF

As características sociodemográficas da pessoa dependente verificadas são bastante semelhantes às dos restantes estudos. Ainda assim, existem alguns aspetos diferenciadores que importa abordar. Se no que respeita à percentagem de pessoas dependentes do sexo feminino, os valores se encontram consentâneos com a bibliografia, já na idade, a análise é ligeiramente diferente.

A média de idades obtida é claramente a mais elevada (83,1 anos) de todos os estudos ficando a mais próxima a quase 5 anos de diferença – 78,4 anos (Gonçalves, 2013). As principais razões para estes achados estarão ligadas ao continuo aumento da esperança média de vida da população portuguesa (que na última década subiu 1,77 anos) e ao facto de outros investigadores terem encontrado pessoas dependentes em idade ativa e até menores de idade, o que não se verificou neste estudo (INE, 2021; Regadas, 2021) Efetivamente, a taxa de pessoas dependentes com mais de 65 anos é elevada, porém a desta investigação cifrou-se nos 95%, o que contribuiu decididamente para a média de idades de pessoas dependentes observada. Ainda segundo o INE (2021) são as mulheres que vivem mais tempo com dependência após os 65 anos (média 11,7 anos) o que certamente explicará estes resultados.

Quanto ao estado civil, e conforme a restante literatura, as pessoas casadas/ união de facto e viúvos são o estado civil mais frequente. Por norma, o número de pessoas casadas supera o número de pessoas viúvas fixando-se estas na casa dos 40%, tal como acontece neste estudo (48,6%). Apenas no estudo de Gonçalves (2013) as pessoas viúvas representaram mais de metade da amostra (Gráfico 5).

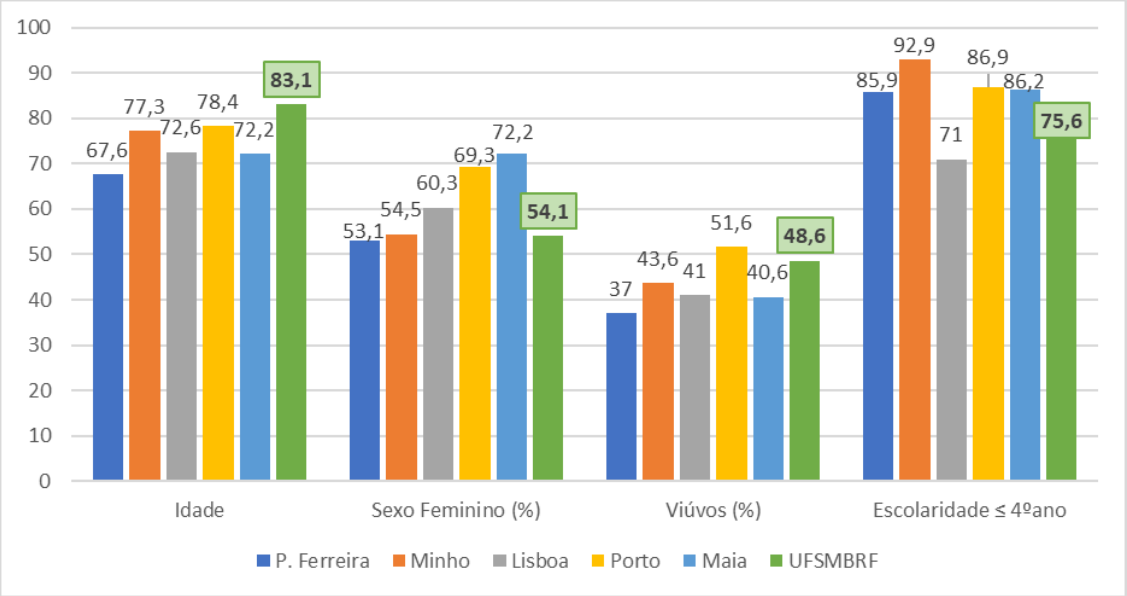


Gráfico 5 – Comparação de dados majorativos da caracterização sociodemográfica da pessoa dependente no autocuidado. ***Fonte***: Costa, (2013); Rocha, (2015); Maia, (2012); Gonçalves, (2013); Leonardo, (2011); Regadas, (2021); Petronilho (2013)

No estudo de Rodrigues, (2020), realizado numa freguesia rural do concelho de Soure (a 20km da união da UFSMBRF), observou-se um enorme paralelismo com os dados sociodemográficos das pessoas dependentes da presente investigação. A idade média da pessoa dependente era de 81,9 anos, 60% eram do sexo feminino, 50% de viúvos e 88,4% com escolaridade inferior ao 4ºano.

Quanto ao tempo de dependência, os dados obtidos permitem perceber que são os segundos mais baixo da literatura. Apenas o estudo de Petronilho (2013) obteve o valor médio de 3,7 anos e uma menor percentagem de início gradual da dependência porque no seu estudo foi feito o acompanhamento após alta hospitalar, diminuindo assim drasticamente o tempo de dependência e o tipo de início.

Se se tomar por exemplo apenas as investigações com um desenho de investigação semelhante, então os 4,2 anos serão o valor mais baixo identificado. Já a percentagem identificada de início gradual da dependência e as situações que originaram a mesma, os resultados estão em linha com os restantes estudos.

Sendo esta investgação, a primeira a ser conduzida após a pandemia de COVID-19 e sabendo-se que em 2020 a taxa de mortalidade subiu 20% para 12 ‰ (INE, 2022) em grande parte devido a esta causa, podem ter ocorrido falecimentos nesta população vulnerável que tenham modificado a realidade prévia (Gráfico 6).

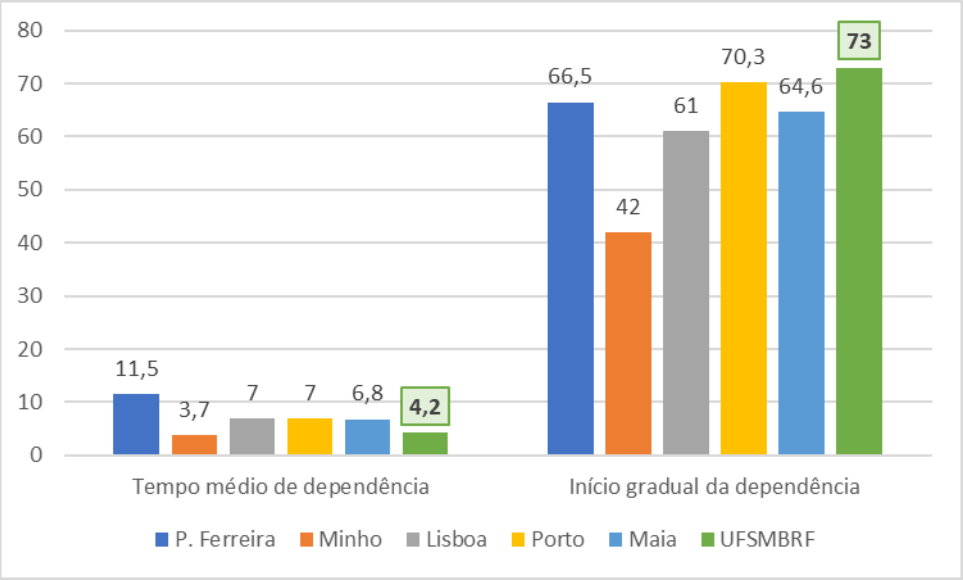


Gráfico 6 - Comparação do tempo médio e percentagem de início gradual da dependência. ***Fonte***: Costa, (2013); Rocha, (2015); Maia, (2012); Gonçalves, (2013); Leonardo, (2011); Regadas, (2021); Petronilho (2013)

O mandato social conferido ao EEER sustenta que os cuidados de enfermagem de reabilitação se devem focar na manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades (Regulamento nº 350, 2015). Tendo-se verificado que a larga maioria das pessoas dependentes neste estudo estão em idade geriátrica, o EEER deve começar por reconhecer as alterações relacionadas com envelhecimento e com as doenças crónicas, sendo elas definitivas e progressivas, e promover o maior nível de independência possível. É igualmente fundamental fazer incidir a sua intervenção na tentativa de aceitação pelo idoso das suas responsabilidades no processo e plano de reabilitação, incluindo-o e negociando a sua participação ativa dentro das suas capacidades (Hoeman, 2011).

Lee, Staffileno & Fogg (2013) concluem no seu estudo que existe uma enorme falta de formação e experiência na reabilitação geriátrica, gerando dessa forma uma relevante perda funcional na realização das AVD no momento da alta (26%) quando comparado com a admissão dos idosos hospitalizados.

A problemática do contexto encontrado (que é em larga medida, semelhante às realidades dos restantes estudos), quer seja pelas idades elevadas do MFPC e do dependente quer seja pelo baixo nível de escolaridade, sublinha também a importância do EEER no ensino, instrução e treino dos familiares cuidadores promovendo o autocuidado, a aquisição de capacidades da pessoa dependente e o envolvimento efetivo no seu processo de transição.

Recursos utilizados pelas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado

A taxa global de recursos utilizados para o autocuidado das pessoas dependentes utilizados pelas famílias clássicas da UFSMBRF foi de 50,4%. Os autocuidados onde se verificou uma maior utilização foram o "*tomar a medicação*", o "*andar*" e o "*uso do sanitário*", respetivamente. Os resultados obtidos estão em total concordância com os estudos até agora elaborados. Embora podendo haver algumas trocas nos lugares cimeiros, a literatura identifica estes 3 autocuidados como tendo, sistematicamente, uma TRU mais elevada do que a taxa global de recursos utilizados. Enquanto que os estudos do Minho (Petronilho, 2013), Porto (Gonçalves, 2013), Lisboa (Costa, 2013) e Paços de Ferreira (Regadas, 2021) identificam a TRU mais elevada no autocuidado "*andar*", neste estudo, no estudo da Maia (Rocha, 2015) e no da freguesia da Granja do Ulmeiro (Rodrigues, 2020) a taxa mais elevada é encontrada no autocuidado "*tomar a medicação*". Em terceiro lugar, e de forma unânime, encontra-se o autocuidado "*uso do sanitário*".

Com efeito, Petronilho (2007) já tinha identificado que os MFPC direcionavam muito a sua principal atenção no *tomar conta* da pessoa dependente para áreas ligadas à sobrevivência como seja a alimentação, higiene e a gestão do regime medicamentoso. A mesma análise é reforçada novamente por Petronilho (2013) quando defende que o prestador de cuidados incide mais nos autocuidados onde perceciona uma maior eficácia. Três anos mais tarde, Santos & Pereira (2016), voltam a identificar uma clara tendência das famílias com pessoas dependentes para o uso de recursos associados aos aspetos vitais e sobrevivência. Tal como neste estudo, identificaram que os recursos materiais mais utilizados no autocuidado: tomar banho era o tapete antiderrapante, o babete no autocuidado: alimentar-se, a fralda no autocuidado: uso de sanitário e a caixa de comprimidos no autocuidado: tomar medicação.

Regadas (2021) sublinha que apesar da parca literatura acerca dos motivos que levam os prestadores de cuidados a identificar alguns equipamentos e não outros, os mesmos referem a necessidade de possuírem equipamentos que facilitem a mobilidade do seu

familiar dependente, conferindo-lhe uma dimensão instrumental. Certamente que esse poderá ser um dos motivos que levará a que o autocuidado "*andar*" tenha, consistentemente, uma taxa elevada de utilização de recursos. Porém não explica a fraca TRU no âmbito dos autocuidados "*transferir-se*", "*virar-se*" ou "*elevar-se*", também eles associados ao aumento da mobilidade e tendo apresentado os 3 piores resultados. Estes resultados demonstram alguma consonância com a restante literatura apesar de não haver a mesma hegemonia verificada com as TRU mais elevadas. Ao contrário dos estudos de Petronilho (2013), Rocha (2015), Rodrigues (2020) e Regadas (2021) os autocuidados "*vestir-se e despir-se*" e "*arranjar-se*" não fazem parte das 3 piores taxas neste estudo, embora apresentem valores inferiores à taxa global de recursos utilizados e por isso influenciem negativamente o resultado final. Já os estudos de Costa (2013), Petronilho (2013), Gonçalves (2013) e Rocha (2015) fazem coincidir pelo menos um dos autocuidados com o presente estudo.

O facto destes autocuidados serem os que menores TRU apresentam tem um enorme impacto na evolução da condição de saúde da pessoa, pois tal como se disse, estão associados à mobilidade. A sua baixa utilização pode gerar complicações a nível dos processos corporais, por exemplo, no compromisso da função ventilatória, no aumento do risco de rigidez articular e no risco de úlceras por pressão.

Os estudos desenvolvidos sobre a temática da utilização dos recursos referem que os MFPC identificam, com maior facilidade, os equipamentos que vigiam os sinais e sintomas de alarme e os que promovem a substituição da pessoa dependente e, com maior dificuldade, os que favorecem o processo de reconstrução da autonomia. Pereira (2007) defende uma maior profissionalização das terapêuticas de enfermagem e que elas se devem centrar na promoção de uma maior independência, principalmente no que diz respeito ao uso de equipamentos e estratégias adaptativas. Mais tarde, Louro (2009) sublinha que os MFPC apresentam dificuldades na obtenção e identificação de ajudas técnicas.

Os 3 autocuidados identificados neste estudo com as menores TRU são críticos para a enfermagem da reabilitação. Uma maior taxa de utilização destes recursos, numa ótica de otimização do processo de reconstrução de autonomia, poderia fazer com que as pessoas, apesar da sua idade avançada, se mantivessem mais autónomas e independentes nos seus autocuidados, podendo gerir melhor a sua condição de saúde e em última análise, menor recurso aos serviços de saúde. Estando estes autocuidados intimamente ligados à mobilidade também a mobilidade está intimamente relacionada com a independência e a execução dos autocuidados. Analisando os resultados obtidos torna-se premente indagar sobre algumas questões relevantes:

- Estará o trabalho desenvolvido pelos EEER a nível do contexto hospitalar a ter continuidade em contexto domiciliário, principalmente quando é identificado o prestador de cuidados durante o internamento? E, a este respeito, que trabalho deveria ser desenvolvido para uma efetiva transição quer da pessoa dependente quer do MFPC? Recorde-se que a Carta de Direito do Doente Internado (Ministério da Saúde, 2005) menciona claramente que a pessoa tem direito a que os hospitais e as unidades de cuidados de saúde primários se articulem no sentido de lhe proporcionar a devida continuidade de cuidados. A preparação da alta deve ser cuidadosa e atempada e aos seus MFPC devem ser fornecidas informações, conhecimentos e proporcionada a sua integração na equipa de cuidados ainda durante o internamento. É óbvio que atualmente se vive num paradigma compreensível da pessoa permanecer internada o menor tempo possível, pelo perigo das infeções associadas aos cuidados de saúde, num cenário de vagas de internamento escassas, dadas as necessidades e em que é difícil planear atempadamente o regresso a casa. Nestas situações torna-se ainda mais significativa a articulação com os cuidados de saúde primários uma vez que terão de ser eles o garante dessa continuidade e da capacitação dos MFPC;

- Se houvesse um acompanhamento profissionalizado desenvolvido por um EEER em contexto domiciliário, que incluísse a capacitação do prestador de cuidados pela exemplificação de procedimentos mais complexos e/ou pela utilização correta dos equipamentos adaptativos, poderia a TRU ser mais elevada e consequentemente retardada a perda de independência da pessoa?

Pelo acima descrito, torna-se evidente que os MFPC priorizam claramente os autocuidados mais ligados à sobrevivência e que será provavelmente por essa razão que a TRU será superior nestes autocuidados. Por outro lado, o facto de não considerarem tão relevante os autocuidados relacionados com a mobilidade e consequentemente a utilização de equipamentos a eles associados, coloca em risco possíveis ganhos de independência e mobilidade, sendo a dependência atual vista como imutável, unidirecional e irreversível (Gráfico 7).

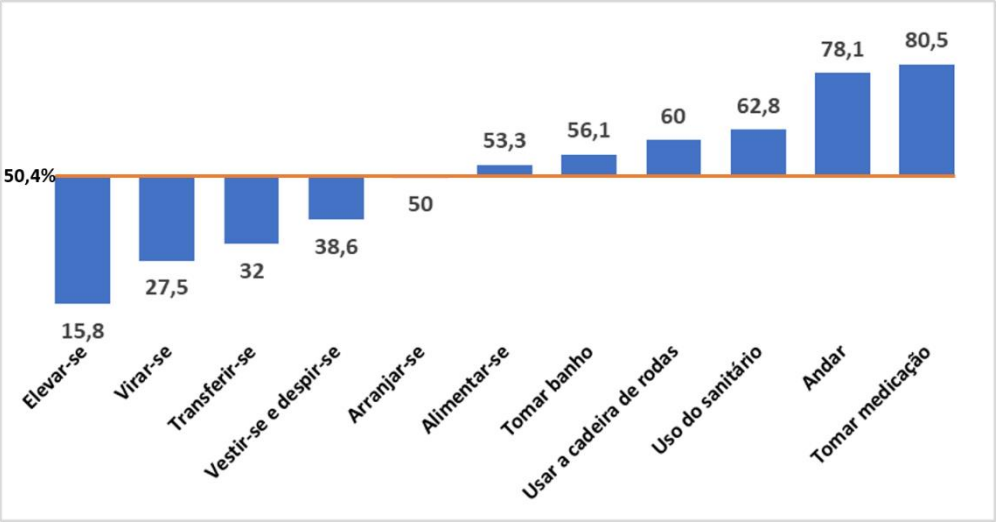


Gráfico 7 – Taxa de recursos utilizados por autocuidado pelas famílias que integram pessoas dependentes.

Em suma, e apesar dos dados obtidos estarem na sua esmagadora maioria em concordância com a bibliografia consultada, eles permitem perceber a existência de uma problemática que é, em primeiro lugar, transversal de Norte a Sul do país e que, em segundo lugar, se tem mantido em níveis elevados há mais de 10 anos. Na realidade, constata-se que as famílias portuguesas que integram pessoas dependentes no autocuidado não têm vindo a utilizar metade (ou mais) dos equipamentos considerados necessários para promover a sua saúde, bem-estar e independência dos seus familiares (Gráfico 8).

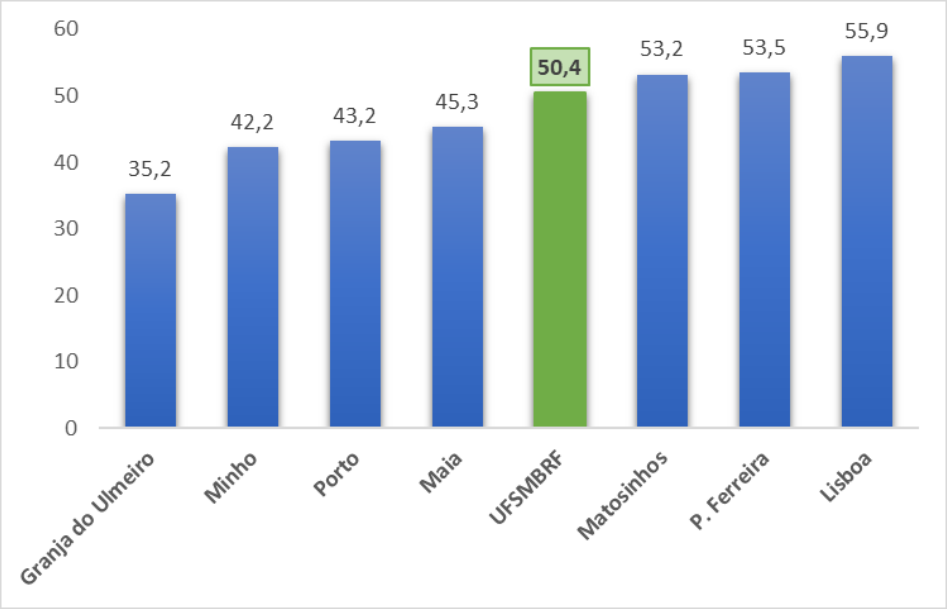


Gráfico 8 – Taxas globais de recursos utilizados pelas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. ***Fonte***: Costa, (2013); Petronilho (2013); Gonçalves, (2013); Rocha, (2015); Campos (2019); Rodrigues (2020) e Regadas, (2021)

Um dos objetivos específicos do presente estudo incluía a identificação das principais razões para a não utilização dos recursos materiais, que tenham sido identificados como necessários pelos investigadores. Não sendo estas razões mutuamente exclusivas, foi possível identificar (por vezes) mais do que uma causa. Ao contrário de alguns estudos que identificam a causa *económica* (Costa, 2013 e Regadas, 2021) ou a identificação do *não desejo* do recurso (Gonçalves, 2013 e Rodrigues, 2020) como a principal razão para a sua não utilização, este estudo conjuntamente com o de Rocha (2015), identifica o *desconhecimento da forma de funcionamento,* com mais de um terço de do total das respostas. Este resultado é extremamente significativo pois "dificilmente se pode desejar o que não se conhece" (Gonçalves, 2013, p.191) e tratando-se de uma população de MFPC extremamente envelhecida, com pouca literacia em saúde e reduzido acesso aos novos equipamentos, reúnem-se as condições relevantes para a diminuição da TRU.

Dentro deste estudo temos ainda a evidência que, de facto, uma informação credível, sistemática e adequada provoca mudanças no comportamento das pessoas no seu acesso aos recursos e instituições de saúde. Se se atentar que a taxa de utilização da *Linha de Saúde 24,* nos restantes estudos (antes da pandemia), rondava os 8-10% e se confrontar com os resultados presentes nesta investigação (64%), verifica-se um enorme aumento na utilização deste recurso, fruto de uma massiva campanha de informação veiculada pela Direção Geral da Saúde. Ora, cabe ao EEER no desenvolvimento das suas competências específicas (Regulamento nº 125/2011, 2011) selecionar e prescrever produtos de apoio, realizar treinos específicos de AVD, utilizando produtos de apoio, promover o ensino e supervisão da utilização dos mesmos, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.

Nesta perspetiva é absolutamente premente que, atentando aos resultados obtidos, se reforce a capacitação e a aprendizagem dos recursos materiais necessários para que sejam proporcionadas às pessoas com dependência, melhores condições para a evolução funcional e autonomia. Esse reforço, e à semelhança do ocorrido com a *Linha de Saúde 24,* tem de passar pela consistência da informação passada que não se pode cingir, única e exclusivamente, aos momentos em que a pessoa ainda está a cargo da instituição, uma vez que o MFPC ainda não experienciou as dificuldades inerentes ao *tomar conta* do seu familiar.

Na revisão sistemática de literatura de Matos & Simões (2020) que aborda a temática da intervenção do EEER na transição da pessoa com alteração motora é sublinhado que além dos exercícios terapêuticos para melhoria da força, amplitude de movimento, equilíbrio e marcha é igualmente fundamental o ensino e treino para o autocuidado

através da utilização de estratégias adaptativas e produtos de apoio que reforçarão a sua integração no seu domicílio e comunidade.

A promoção da capacitação da pessoa dependente e do seu(s) cuidador(es) para um regresso a casa em segurança torna-se um excelente indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, pois é no ambiente familiar que se proporciona a continuidade de cuidados necessários, incluindo a utilização dos recursos, transferências de conhecimentos, envolvimento no planeamento, tomada de decisão, treino e supervisão.

Ou seja, parece evidente que - e à semelhança do que acontece já com outros recursos - se se pretende a melhoria da taxa de utilização dos recursos (sejam eles materiais ou não) por parte das famílias que integrem pessoas dependentes no autocuidado, a informação sistematizada, credível e o ensino têm de fazer parte da equação.

Os recursos materiais mais utilizados não podem passar equipamentos que sejam maioritariamente para monitorização de sinais ou da substituição da pessoa, mas que sejam, verdadeiramente, promotores da sua independência. Esta *"ausência de sensibilidade"* do MFPC e as razões da priorização de recursos e equipamentos associados a autocuidados mais conectados com a sobrevivência imediata da pessoa é um fenómeno que merece ser estudado posteriormente, mas é também uma importante área de intervenção especializada do EEER e na capacitação destas famílias cuidadoras (Gráfico 9).

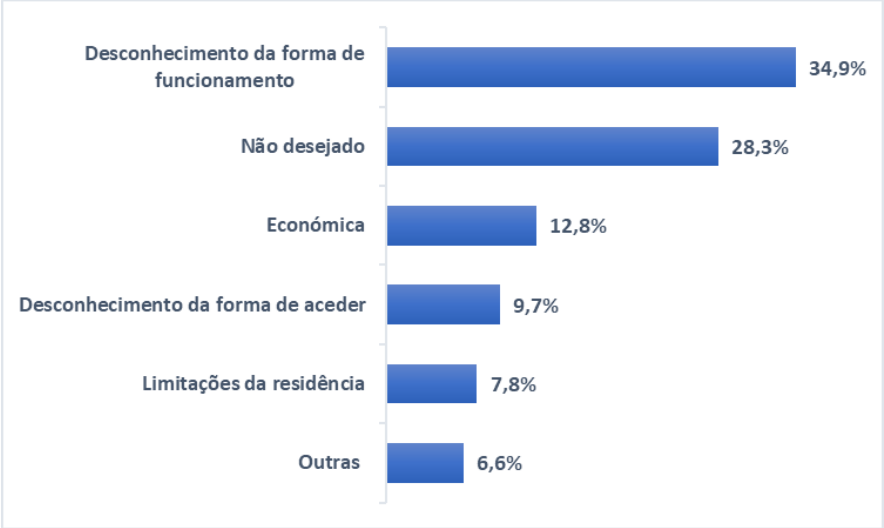


Gráfico 9 – Razões para a não utilização de equipamentos considerados necessários

Recursos complementares, não-profissionais, profissionais, financeiros e serviços de apoio

Para além dos recursos utilizados por autocuidado, a investigação debruçou-se igualmente sobre os recursos complementares, profissionais, não profissionais, financeiros e serviços de apoio.

Os recursos complementares são recursos que, embora não se enquadrando em nenhum autocuidado, são relevantes para a qualidade de vida da pessoa e respetiva autonomia (Petronilho, 2013). Os estudos anteriores obtêm valores bastante heterogéneos no que respeita à TRU dos recursos complementares. Estes vão desde valores claramente abaixo da taxa global de recursos utilizados em Paços de Ferreira (Regadas, 2021) com 48% até valores de 85,5% no estudo desenvolvido no Minho (Petronilho, 2013). À semelhança deste último, também no presente estudo se verificou uma elevada TRU de recursos complementares – 81,8% - sendo o *telefone/telemóvel* identificado como um dos recursos mais utilizados.

Os equipamentos que compõem os recursos complementares exigem da pessoa a manutenção das suas funções cognitivas superiores o que nem sempre se verifica, ainda assim, os dados obtidos permitem considerar que os MFPC os identificam como elementos importantes na manutenção da autonomia do seu familiar dependente.

Os recursos profissionais mais utilizados pelas famílias que compõe este estudo foram claramente o médico (97,3%) e o enfermeiro (92%) que distam consideravelmente de outros profissionais como o assistente social, o fisioterapeuta ou o nutricionista. Também este achado vai ao encontro da restante produção científica, que para além de identificar sistematicamente o médico como o profissional de saúde mais requerido pelas famílias com pessoas dependentes a cargo, reconhece igualmente, a uma curta distância, o enfermeiro como um elemento importantíssimo na equipa de saúde.

Com efeito, as publicações sobre os recursos profissionais utilizados pelas famílias com pessoas dependentes no autocuidado são unânimes na afirmação de que médicos e enfermeiros são, por larga margem, os profissionais de saúde mais solicitados (Costa, 2013; Rocha, 2015; Gonçalves, 2013; Regadas, 2021 e Petronilho 2013).

A evidência de que as famílias podem recorrer, quase na sua totalidade, aos serviços diferenciadores de médico e de enfermeiro garante uma elevada garantia de acessibilidade a cuidados de saúde por parte da população da UFSMBRF, garantia essa

que não é transversal a todo o país, nomeadamente no que aos enfermeiros diz respeito (Petronilho, 2013, Gonçalves, 2013 e Rodrigues, 2020).

Nos recursos não profissionais existe também clara hegemonia na eleição da *família* como o principal recurso. Esta é uma situação, também ela transversal, aos estudos consultados. O segundo recurso não profissional mais utilizado varia em função dos estudos, podendo ser os *vizinhos* (Petronilho, 2013; Costa, 2015) ou uma *empregada* (Maia, 2012). A este respeito a literatura nacional e internacional é claramente consensual quanto ao facto das famílias que integram pessoas dependentes recorrerem maioritariamente a outros familiares diretos para auxiliar quando ela própria necessita de ajuda (Spillman & Pezzin, 2000 e Gonçalves, 2013).

Apesar do estudo de Spillman & Pezzin (2000) ser retrospetivo para o período entre 1984 e 1994, essa é ainda uma realidade atual e ao contrário do que defendiam na altura, não se tratava de uma problemática geracional, mas de uma mudança de paradigma que provavelmente se irá verificar durante muitos e longos anos.

Também nos recursos financeiros a investigação realizada aponta para a *pensão/reforma* como o principal (e único) recurso com utilizações a rondar os 90%. Nesse sentido, o estudo não é exceção na revelação de uma elevada dependência das prestações sociais estatais. Visto noutra perspetiva, é de salutar que não se tenham verificado situações de ausência destes apoios estatais, deixando a pessoa dependente totalmente a cargo da família (Costa, 2013; Rocha, 2015; Gonçalves, 2013; Regadas, 2021 e Petronilho 2013).

Finalmente, no que aos serviços de apoio diz respeito, o *Hospital*, os *Centros de Saúde/USF* e o *INEM* são os recursos de eleição neste e nos restantes estudos acerca da mesma temática. No entanto, neste estudo perceciona-se a introdução de mais um serviço de apoio bastante utilizado e que se massificou durante a pandemia de COVID-19: *a Linha Saúde 24*. Mais de 2/3 dos inquiridos referiram já ter usado esta linha de apoio quando nos restantes estudos (pré-pandemia) a sua utilização era praticamente residual.

Noutra perspetiva, serviços como *aconselhamento e instalação de equipamentos adequados* ou *apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente* não tiveram qualquer registo. Esses serviços podem ser bastante importantes para a readaptação

funcional da pessoa bem como para a promoção de uma maior independência em virtude das mudanças habitacionais.

Pereira (2007) defende uma profissionalização das terapêuticas de enfermagem, mas também do apoio técnico que se presta aos cuidadores familiares, potenciando dessa forma os resultados obtidos da utilização dos produtos de apoio e simultaneamente uma maior qualidade do cuidado.

Também Loureiro, Couto, & Sobral (2010) defendem a inclusão destes serviços na abordagem terapêutica às famílias que integram pessoas dependentes. Porém, e apesar das evidências produzidas, a realidade é que os MFPC continuam a não ser orientados nesse sentido nem durante os episódios de internamento da pessoa dependente, nem após o regresso a casa pelas equipas de cuidados de saúde primários, o que certamente facilitaria os processos de transição da pessoa dependente e do MFPC.

5 - CONCLUSÃO

Este último capítulo torna-se o momento indicado para aludir aos resultados mais relevantes da investigação assim como referir algumas limitações do estudo. Aproveita-se ainda para deixar alguns desafios a novas investigações sobre a temática.

Este trabalho teve como ponto de partida o interesse despertado sobre a problemática das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado em contexto domiciliário. O principal objetivo foi o de descrever a utilização dos recursos utilizados por estas famílias para *tomar conta* do seu familiar dependente.

Neste estudo verificou-se que a taxa de utilização de recursos necessários foi de 50,4%, o que implica que as famílias que compuseram a amostra na UFSMBRF utilizam cerca de metade dos recursos considerados necessários. Verificou-se ainda que as taxas de utilização dos recursos mais elevadas estavam associadas aos autocuidados *tomar a medicação*, *andar* e *uso do sanitário*.

No outro extremo, e com as taxas de utilização mais baixas, encontram-se os autocuidados mais relacionados com a mobilidade como o *transferir-se*, *virar-se* e o *elevar-se*. As famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado no seu domicílio, tendem assim, a valorizar autocuidados associados a aspetos vitais e à sobrevivência, em detrimento de autocuidados essenciais para a evolução funcional da pessoa dependente.

Destes resultados, parece ressaltar uma necessidade das famílias possuírem competências fruto de um conhecimento mais sistematizado e científico, que vai além da prática diária, assim como, uma maior sensibilização e apoio profissional sobre os recursos associados à reabilitação motora e funcional da pessoa.

Embora o fenómeno de *tomar conta* de um familiar dependente no domicílio deva ser percecionado numa perspetiva multidimensional, julga-se que a integração de um profissional com o corpo de conhecimentos e competências especificas como a do EEER, seria uma mais-valia quer para a pessoa dependente quer para a família. Para além da instituição de um programa de reabilitação personalizado, executando técnicas adaptadas à condição da pessoa, o EEER tem a capacidade de selecionar e prescrever os recursos materiais mais adequados, tendo em consideração o seu potencial de reconstrução da autonomia e de participar ativamente no processo de adaptação,

ensino e instrução, permitindo a sua recuperação funcional. Sendo as ações elencadas anteriormente caracterizadas como cuidados de enfermagem só faz sentido que sejam executadas e acompanhadas por enfermeiros.

Os resultados parecem sugerir também, que ao não se valorizarem os recursos materiais de autocuidados relacionados com a mobilidade, pode não se estar a atingir o máximo de potencial de recuperação da pessoa e por isso, maior autonomia. Isto é particularmente relevante se estas famílias perspetivarem a condição de dependência da pessoa como algo que imutável, irreversível e que não poderá melhorar. Os recursos não utilizados pelas famílias no âmbito dos autocuidados com menores TRU são, na sua larga maioria, executados numa ótica de substituição pelos MFPC, impedindo a promoção da independência e autonomia da pessoa.

Os familiares cuidadores parecem demonstrar dificuldades na seleção dos recursos que mantêm ou melhoram a independência da pessoa, optando pela substituição integral, sem ter em consideração o que ela pode fazer sozinha. Esta perspetiva não profissional do cuidar à pessoa dependente pode acarretar a rápida perda de capacidades que deveriam ser estimuladas e até melhoradas.

Considera-se que estas famílias devem ser acompanhadas e apoiadas regularmente para que o processo de *tomar conta* não se torne solitário, pouco profissional e acompanhe o dinamismo inerente à dependência da pessoa observada em cada momento. O EEER é um profissional de saúde que reúne condições para fazer essa análise e acompanhamento pois concilia os conceitos de autocuidado e de potencial de reconstrução da autonomia como núcleo da sua intervenção, mas simultaneamente, está habilitado para selecionar, indicar e/ou prescrever produtos de apoio essenciais para o aumento da independência da pessoa e/ou diminuição da exigência do cuidar por parte do MFPC.

Outro dos resultados do estudo com particular relevância foi o de 11,1% das famílias clássicas da amostra integrarem pelo menos uma pessoa dependente no seu contexto domiciliário. Tratando-se um estudo quantitativo, com uma amostra probabilística e se se considerar que, de acordo com os Censos 2021, o número de agregados familiares da UFSMBRF ascende a 6289, poder-se-á inferir que haverá, aproximadamente, 698 famílias, nesta união de freguesias, que integram pessoas dependentes no autocuidado. Este é um valor que pode constituir particular interesse para as instituições particulares de solidariedade social e para o poder local uma vez que lhes compete a implementação de respostas sociais de apoio a estas populações vulneráveis.

Seria particularmente interessante, que futuras investigações fossem desenvolvidas pelas entidades competentes e avaliassem, quer o agravamento expectável destes resultados, quer as necessidades desta população, introduzindo posteriormente as respetivas medidas adequadas e proporcionais.

O presente estudo permitiu também apurar que o fenómeno de *tomar conta* é realizado por mulheres casadas, pensionistas, com aproximadamente 65,4 anos e filhas da pessoa dependente.

A pessoa dependente é, por norma, mulher, com 83,1 anos, casada ou viúva, pensionista e cuja dependência se iniciou gradualmente há cerca de 4,2 anos devido ao envelhecimento e/ou à presença de uma doença crónica. Estes resultados, particularmente no que à idade diz respeito, são relevantes, porque mostram um envelhecimento marcado, não só da pessoa dependente, mas também do MFPC, comparativamente a outros estudos.

Verificando-se que o papel de prestador de cuidados é assumido, tradicionalmente, por mulheres e sendo este o género, que mais se debate com problemas osteoarticulares e com menor esperança média de vida de anos saudáveis após os 65 anos, é provável que estes cuidadores apresentem sérias dificuldades em *tomar conta* do seu familiar. É ainda expectável, que possam até não proporcionar à pessoa dependente, todo o cuidado que desejariam, por eles próprios, já apresentarem algumas limitações. Recorde-se, a este propósito, que segundo este estudo, aproximadamente 1/3 dos MFPC são cônjuges da pessoa dependente, colocando estes agregados familiares numa situação de particular vulnerabilidade.

Embora cuidar de um familiar dependente esteja inerente à essência do ser humano, as dificuldades e as complexidades conceptuais dos procedimentos atuais, exigem um conhecimento mais aprofundado e sistematizado, para que haja um objetivo claro nas intervenções para o cuidar.

Esta complexidade conceptual e operacional do fenómeno de *tomar conta* de uma pessoa dependente, sugere que haja necessidade de um apoio profissional que monitorize, oriente e avalie o processo de cuidar. Neste aspeto um profissional com as características do EEER pode revelar-se extremamente útil, pois acumula as competências específicas, o mandato social e o corpo de conhecimentos capaz de potenciar a reconstrução da autonomia da pessoa e auxiliar o MFPC no seu processo de transição.

Relativamente às razões verificadas da não utilização dos equipamentos necessários, os resultados realçam uma percentagem significativa (34,9%) de não utilização de recursos materiais por *desconhecimento da forma de funcionamento*. Este resultado é relevante, pois aparenta prenunciar que os cuidadores familiares não se encontram devidamente informados sobre os recursos materiais relevantes para o cuidado dos seus familiares.

No que à enfermagem de reabilitação diz respeito, o apoio e suporte informativo deveria iniciar-se o mais precocemente possível no contexto hospitalar e ter a sua continuidade em contexto comunitário.

É igualmente significativa a percentagem de equipamentos *não desejados* (28,3%), o que pressupõe um conhecimento prévio sobre o recurso (já que ninguém não deseja o que não conhece), mas poderá também indiciar algumas crenças infundadas ou incapacidade de adaptação aos mesmos.

A intervenção do EEER sobre esta dificuldade permitiria uma maior adequação dos recursos necessários Vs recursos utilizados, diminuindo a exigência de tomar conta por parte do MFPC assim como potenciando a independência e autonomia da pessoa dependente.

No que concerne aos serviços de apoio mais utilizados pelas famílias com pessoas dependentes estes foram os serviços pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (*Hospital*, o *Centro de Saúde* e o *112 – INEM)*. Neste ponto, o resultado mais relevante foi a elevada percentagem de utilização verificada na utilização do serviço *Linha Saúde 24,* o que, no contexto pós-pandémico atual, revela uma mudança no comportamento, no que à acessibilidade de serviços de saúde diz respeito.

Tal como sucede noutras investigações, também esta tem as suas limitações que estão relacionadas com o tipo de estudo realizado. Tratando-se de um estudo transversal não é possível ter uma noção da curva evolutiva dos valores encontrados nem projetar tendências futuras.

Como sugestão de futuros trabalhos, seria importante conhecer o fenómeno da priorização dos equipamentos associados aos autocuidados relacionados com os aspetos vitais e sobrevivência e a menor valorização dos equipamentos relacionados com a mobilidade e independência funcional.

Seria igualmente importante, conhecer a problemática das famílias com pessoas dependentes no autocuidado no restante município de Coimbra, para que pudessem ser elaboradas estratégias conjuntas e de maior dimensão de apoio a estas famílias.

Seria também relevante, a elaboração um estudo que avaliasse o impacto da intervenção do EEER num programa de capacitação e acompanhamento do MFPC e da pessoa dependente sobre a utilização dos recursos materiais, na condição de saúde e independência da pessoa.

Apesar de se tratar de um estudo descritivo, quantitativo e transversal esta investigação permitiu conduzir a algumas reflexões sobre a relevância que o EEER pode desenvolver contexto comunitário e o contributo da sua intervenção. Dada a relevância que o papel do EEER pode desempenhar na capacitação para a utilização dos recursos sugere-se a proximidade dos processos de reconstrução da autonomia da pessoa dependente, nomeadamente, através da integração sistemática nas equipas de cuidados continuados integrados, nas unidades de saúde familiares ou nos gabinetes de apoio à pessoa idosa, sob a tutela do poder local.

Considera-se necessária uma maior profissionalização do cuidar em contexto domiciliário, identificando e capacitando tanto o prestador de cuidados como a pessoa dependente, fornecendo-lhes informação válida e adaptada e facilitando-lhes as transições que vivenciam até que estes exibam indicadores de resultado como a mestria e a integração fluída da identidade.

.

BIBLIOGRAFIA

Andrade, F. (2009). O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal Ciências da Educação.- Universidade do Minho.

Antunes, P. C. F. (2013). Tomar conta de dependentes em casa: estudo exploratório a partir do contexto de um serviço de urgência de um hospital central. 1–184. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9405/1/Tese Patrícia Antunes MEMC.pdf

Araújo, A. (2015). O processo de transição do cuidador informal da pessoa com avc: contributos do enfermeiro de reabilitação. Obtido de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1548/1/Antonio_Araujo.pdf

Araújo, I. (2010). CUIDAR DA FAMÍLIA COM UM IDOSO DEPENDENTE : Formação em enfermagem. Universidade do Porto.

Azevedo, P. C (2022). Tratar infeções internado em casa - Expresso, Lisboa. Obtido de https://www.spmi.pt/tratar-infecoes-internado-em-casa/

Backman, K. & Hentinen, M. – Model for the self-care of home-dwelling eldery. Journal of Advanced Nursing. 30, 3 (Set, 1999), p. 564-572.

Bhattacherjee, A. (2012). Social Science Research: Principles, Methods, and Practices. https://doi.org/10.1109/ATSIP.2016.7523114

Brito, M. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: uma teoria explicativa. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Cãmara Municipal de Coimbra – Diagnóstico Social do Concelho de Coimbra - Conselho Local de Ação Social de Coimbra, 2018

Campos, M. J. A. (2019). Contributos para um modelo de gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem nas equipas de cuidados continuados integrados. Universidade Católica Portuguesa.

Campos, M. J., & Silva, A. (2011). A percepção de auto-eficácia específica dos membros da família prestadores de cuidados. Referência, 2(4), pp. 448-449.

CHUC - SIDE. (2017). Tomada de decisão em Enfermagem no CHUC - O percurso da mudança (1a edição; E. D. do C. H. e U. de Coimbra, Ed.). Coimbra: PMP – Serviços e Equipamentos Gráficos, Lda.

Costa, A. (2013). FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO-ESTUDO EXPLORATÓRIO DE BASE POPULACIONAL NO CONCELHO DO LISBOA (Universidade Católica Portuguesa). Obtido de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13420/3/Tese Doutoramento V10 -18 Maio 2013_CD.pdf

Figueiredo, Daniela - Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-976-276-1

Fortin, M.-F., Côte, J., & Filion, F. (2009). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Fundação Francismo Manuel dos Santos (2019) Retrato de Portugal na Europa - PORDATA 1ª Edição: outubro de 2019, ISBN: 978-989-8943-80-4

García, J. (2010). Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Gomes, J.H.; Queirós, P. (2018). Prática clínica do enfermeiro do trabalho. Capítulo 7, in Enfermagem do Trabalho. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

Gonçalves, P. (2013). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório no Concelho do Porto. Universidade Católica.

Guimarães, MSF. Silva, LR. Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. [internet]. Rio de Janeiro (br); 2016

Hoeman, S. P. (2011). Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados. Loures: Lusodidacta

Imaginário, C. M. I. (2004). O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal. Obtido de https://books.google.pt/books?id=N1uokQEACAAJ

Instituto Nacional De Estatística (2005). Documento Metodológico. Sistema integrado de Metainformação Documentação das Operações Estatísticas. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal.

Instituto Nacional de Estatística (2022) - Dados provisórios dos Censos 2021 - Obtido em 09/03/2022 de Instituto Nacional de Estatística: https://censos.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

Instituto Nacional de Estatística. (2011). Censos 2011 resultados definitivos - Portugal. Lisboa;

Instituto Nacional de Estatística. (2020) - Projeções de População Residente 2018-2080 - Portugal. Lisboa;

Instituto Nacional de Estatística. (2021) - TÁBUAS DE MORTALIDADE PARA PORTUGAL 2018-2020 - Portugal. Lisboa;

Instituto Nacional de Estatística. (2022) - Censos 2021 resultados provisórios (www.ine.pt) - Portugal. Lisboa;

International Council of Nurses (2022). ICNP Browser. Obtido em 08 de Dezembro de 2022, de International Council of Nurses: https://www.icn.ch

International Council of Nurses (ICN) (2010). Improving health through nursing research (P. John Wiley & Sons, Ltd., Ed.). https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00167.x

International Council of Nurses (ICN) (2011) – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem CIPE®: versão 2.0 - 2011

Lage, M. I. (2007). Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Lee, S., Staffileno B. A. & Fogg, L. (2013). Influence of staff education on the function of hospitalized elders. Nursing Outlook, 61, E2-E8. Doi: 10.1016/j.outlook.2012.05.006.

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

Lima, J. A., & Pacheco, J. A. (2006). Fazer Investigação - Contributos para a elaboração de dissertações e teses (Porto Editora, Ed.). Porto.

Lopes, I. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. Revista portuguesa de saúde pública. 25, pp. 39-46.

Loureiro, C., Couto, G., & Sobral, S. (2010). Estratégias adaptativas face à incapacidade permanente em contexto de Acidente Vascular Cerebral. In Enfermagem de Reabilitação (p. 185). Coimbra: Formasau.

Lourenço, M. (2015). A promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: um modelo de intervenção de Enfermagem em cuidados continuados. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Louro, Maria Clarisse (2009). Cuidados continuados no domicílio. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Maia, H. M. R. de A. (2012). Tomar conta das pessoas dependentes no domicílio : estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto.(Tese de mestrado) Universidade Católica Portuguesa.Portugal

Martin, C. R., & Thompson, D. R. (2002). Design and Analysis of Clinical Nursing Research Studies (Routledge, Ed.). https://doi.org/10.1054/nedt.2002.0773

Martins, R. (2010). A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Matos, M. de F. G. de. (2018). A importância da Enfermagem de Reabilitação na preparação do regresso a casa da pessoa e família/cuidador em situação de AVC com alteração da funcionalidade motora. Instituto Politécnico de Santarém

Matos, M. de F. G., & Simões, J. A. G. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC - Revisão Sistemática da Literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, V3N2 12.02, 11–19. https://doi.org/DOI: 10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770

McEwen, M. & Wills, E. (2009). Bases teóricas para a enfermagem. 2º ed. Porto Alegre: Artmed.

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Em Clinical Gerontologist (Vol. 25). https://doi.org/10.1300/j018v25n03_05

Meleis, A. I. (2012). Theoretical Nursing: Development and progress. Philadelphia: Wolters Kleiwer / Lippincott William & Wilkins. (Pág. 87 a 112: Capítulo; The discipline of nursing: prespective and domain).

Ministério da Saude (2005), Carta dos Direitos do Doente Internado, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, disponível in http://www.dgs.pt.

Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), (2020), Gabinete de Estratégia e Planeamento, Carta Social – Rede De Serviços E Equipamentos.

Monteiro, M. C. (2010). Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar - o início da dependência. Universidade do Porto.

Moreira, M. J. (2020). Como envelhecem os portugueses. Obtido de https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/7409

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). Acesso aos Cuidados de Saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015. https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1846.8000

Ordem dos Enfermeiros (2015). Áreas de Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf

Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Pereira, A. M. E., & Nabais, A. (2014). A Linguagem Clínica convocada pelos enfermeiros nas Intervenções de Enfermagem em Saúde Mental da Infância e Adolescência (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).

Pereira, Filipe (2007). Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Petronilho, F. (2007). Preparacão do Regresso a Casa. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. (2012). Autocuidado - Conceito Central da Enfermagem (p. 151). p. 151. Formasau.

Petronilho, F. (2013). Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do dependente e do familiar cuidador. 440.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Essentials of Nursing Research seventh edition: Appraising evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins. Obtido de http://opac.fkik.uin

alauddin.ac.id/repository/Denise_F._Polit_Essentials_of_Nursing_Research_Appraising_Evidence_for_Nursing_Practice_Essentials_of_Nursing_Research_Polit____2009.pdf

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. Revista Investigação em Enfermagem, 21, 5-7.

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Filho, A. J. de A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, IV (3), 157–164. https://doi.org/10.12707/RIV14081

Rafferty, A. M., & Traynor, M. (2002). Exemplary Research for Nursing and Midwifery (1st editio; Routledge, Ed.). https://doi.org/10.7748/ns2002.07.16.45.29.b307

Regadas, S. (2021). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - Estudo exploratório de base populacional no concelho de Paços de Ferreira. Universidade Católica Portuguesa.

Regulamento n.º 125/2011 - Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Publicado em Diário da República, 2.ª Série, n.º 35, 18 de fevereiro de 2011. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

Regulamento nº 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II série (Nº 119 de 22-06-2015), 16655-16660

Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio. Diário da República nº85/2019, II-Série, Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal.

Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, IV Série (No 1), 25–36. https://doi.org/10.12707/riii12162

Rocha, M. (2015). DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO EM CONTEXTO FAMILIAR – ESTUDO EXPLORATÓRIO DE BASE POPULACIONAL NO CONCELHO DA MAIA. Universidade do Porto.

Rodrigues (2020)

Rodrigues, C. (2020). Famílias Com Pessoas Dependentes No Autocuidado: Implicações Para O Enfermeiro De Família. Obtido de https://eg.uc.pt/bitstream/10316/94711/1/2020-12-12 Dissertação de Mestrado Clara Rodrigues Final.pdf

"Santos, R., & Pereira, S. (2016). Promover a autonomia no autocuidado – recursos. Em In Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016 - Livro de Comunicações. Obtido de http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-20-8152-6_2.pdf"

Silva, A. (2009). Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas com demência. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Silva, Cassandra (2004) – Metodologia e Organização do projeto de pesquisa. Fortaleza: CEFET. Consultado em https://tinyurl.com/yxh5moco

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. Revista Investigação em Enfermagem, Fevereiro, 35–44.

Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 7(4), 183-189. doi: 10.1080/110381200300008724

Spillman, B.; Pezzin, L. (2000). Potential and active family caregivers: Changing networks and the “sandwich generation.” Milbank Memorial Fund Quaterly. 78, 347-74.

Teixeira, S. (2012). Autocuidado – Contributo para um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 1(1), 120

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem (5a Edição). Mosby.

Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. International Journal of Nursing Studies, 46(8), 1143–1147. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011

ANEXOS

ANEXO I

Folheto informativo “Caracterização das famílias que integram dependentes no autocuidado”

A sua participação é muito importante para avaliar as necessidades da sua comunidade!

Agradecemos a sua colaboração!

O Presidente

Na condição de **presidente da União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades,** reconheço a importância da iniciativa da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra em estudar as necessidades das famílias, enquanto cuidadoras, que integram pessoas dependentes no autocuidado. O resultado deste estudo irá fornecer informação relevante que nos permitirá identificar as necessidades da população que servimos e consequentemente, melhorar a nossa intervenção social.

Caros munícipes a Vossa colaboração nos questionários, que poderá vir a ser solicitada pelos **enfermeiros/investigadores da ESEnfC.**,será uma mais valia em prol da Inovação da Ciência e da Saúde. Por isso, aqui fica o meu apelo à vossa participação.

Jorge Manuel Veloso

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Caracterização das famílias que integram dependentes no autocuidado

Estudo desenvolvido por investigadores da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra a ser realizado na União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades, a decorrer entre Setembro e Dezembro de 2021

União das Freguesias

União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades

Tel: 239 445 155
Email: juntabispo@sapo.pt

Tel: 239 984 004
Email: freguesiaribeirafrades@sapo.pt

A Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

A Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) é uma instituição de referência nacional e internacional no ensino de enfermagem, destacando-se pela sua qualidade e inovação na formação científica, técnica e cultural de profissionais socialmente reconhecidos, com a promoção de investigação acreditada, a difusão de conhecimentos e a prestação de serviços.

Quem somos e o que vamos fazer?

O estudo é da responsabilidade dos docentes Maria Conceição Bento, Manuel Mariz e António Amaral , com vista a caracterizar as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, na União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades.

Os dados serão colhidos por 3 enfermeiros, estudantes de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Porque estou a ser contactado?

Para integrar uma investigação que visa identificar o número de pessoas dependentes no domicílio e as necessidades das famílias como cuidadoras. Por isso a participação de todos é essencial, mesmo que não tenha dependentes a seu cargo.

O que preciso de fazer para participar?

Abrir a porta quando for contactado.

Responder à entrevista dirigida presencialmente por 2 enfermeiros da equipa de investigação, que estarão devidamente identificados.

Como é feita a entrevista?

É feita de forma presencial, voluntária a fim de recolher a informação necessária para o estudo em causa.

Para que tal possa ser feito, a sua rua foi selecionada de forma aleatória e será inicialmente contactado pessoalmente à porta do seu domicilio. Nessa altura será convidado a participar no estudo. Tem toda a liberdade para aceitar ou recusar a participar. Ser-lhe-á dado um pedido de consentimento informado.

Porque fui escolhido?

O seu alojamento foi selecionado de forma aleatória através de um programa informático, para integrar uma amostra da população da União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades. Esta amostra pretende ser representativa da freguesia. Se todos as famílias pertencentes aos alojamentos que integram esta amostra colaborarem, é possível produzir conclusões fiáveis sobre as matérias em estudo.

Se responder, alguém vai saber as minhas respostas?

Não. As suas respostas serão confidenciais e anónimas, desta forma não serão divulgadas. Assim como não será possível tomar conhecimento dos nomes ou moradas das pessoas que participarem no estudo. Nenhum entrevistador poderá divulgar nenhum dado individual ao qual tenha tido acesso no âmbito do presente trabalho.

Este estudo já foi feito em algum lugar?

Sim. Este estudo já foi desenvolvido em cidades como Porto, Lisboa e Maia.

Em caso de dúvidas entre em contacto com a equipa de investigação:

Equipa de investigação:

Professora Maria da Conceição Bento

Nº da Ordem dos Enfermeiros: 24434

E-mail: cbento@esenfc.pt

Enfermeira Cátia Cardoso

Nº da Ordem dos Enfermeiros: 37633

E-mail: a21910016@esenfc.pt

Enfermeiro João Pedro Mendes

Nº da Ordem dos Enfermeiros: 37631

mail: a21910005@esenfc.pt

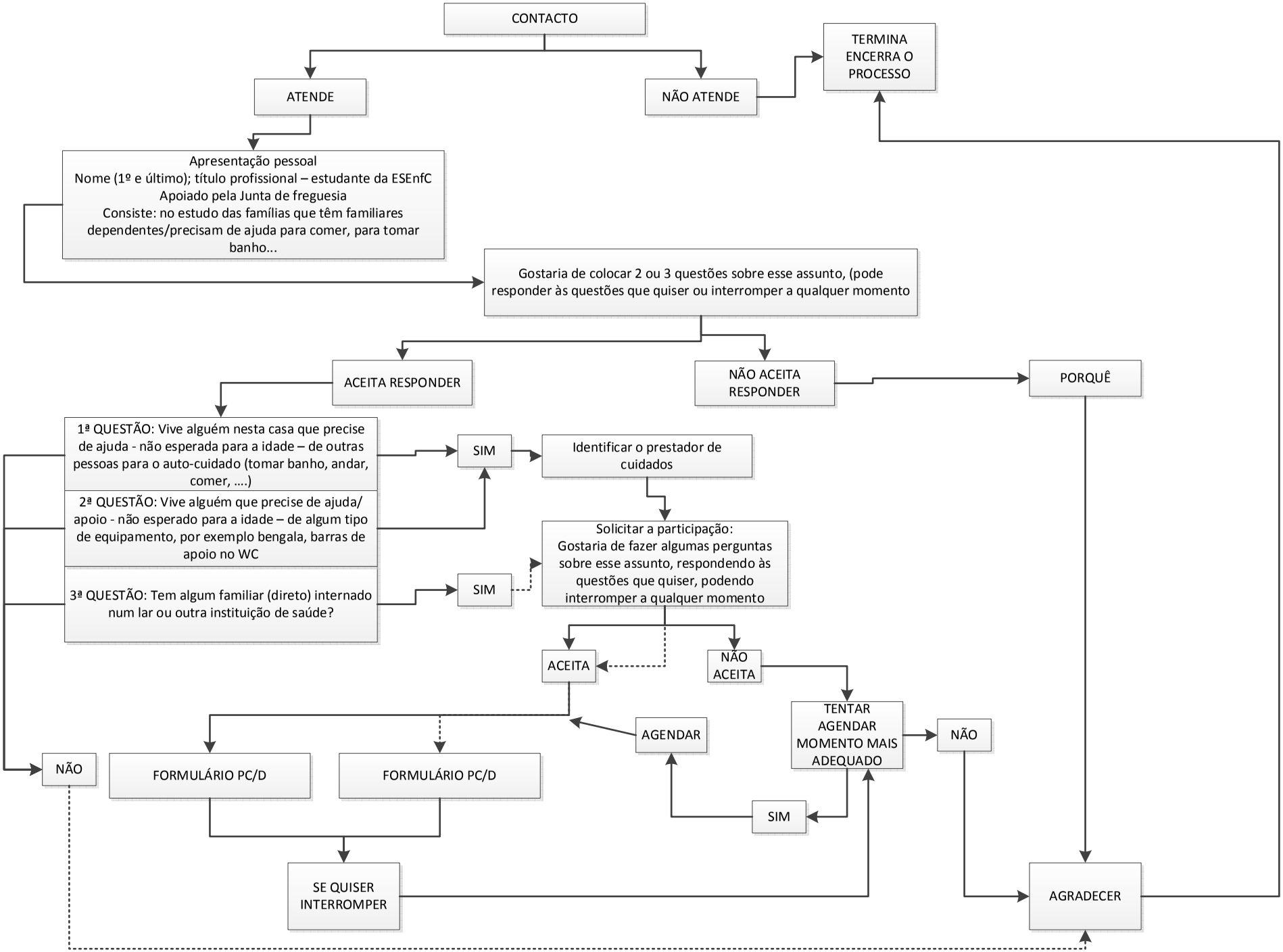
Enfermeira Joana Caridade

Nº da Ordem dos Enfermeiros: 45334

mail: a21910023@esenfc.pt

ANEXO II

Fluxograma de atuação na colheita de dados


CONTACTO
ATENDE
NÃO ATENDE
TERMINA ENCERRA O PROCESSO
Apresentação pessoal
Nome (1º e último); título profissional – estudante da ESEnfC
Apoiado pela Junta de freguesia
Consiste: no estudo das famílias que têm familiares dependentes/precisam de ajuda para comer, para tomar banho...
Gostaria de colocar 2 ou 3 questões sobre esse assunto, (pode responder às questões que quiser ou interromper a qualquer momento
ACEITA RESPONDER
NÃO ACEITA RESPONDER
PORQUÊ
1ª QUESTÃO: Vive alguém nesta casa que precise de ajuda - não esperada para a idade – de outras pessoas para o auto-cuidado (tomar banho, andar, comer, ...)
2ª QUESTÃO: Vive alguém que precise de ajuda/ apoio - não esperado para a idade – de algum tipo de equipamento, por exemplo bengala, barras de apoio no WC
3ª QUESTÃO: Tem algum familiar (direto) internado num lar ou outra instituição de saúde?
SIM
SIM
Identificar o prestador de cuidados
Solicitar a participação:
Gostaria de fazer algumas perguntas sobre esse assunto, respondendo às questões que quiser, podendo interromper a qualquer momento
ACEITA
NÃO ACEITA
TENTAR AGENDAR MOMENTO MAIS ADEQUADO
NÃO
AGENDAR
SIM
NÃO
FORMULÁRIO PC/D
FORMULÁRIO PC/D
SE QUISER INTERROMPER
AGRADECER

ANEXO III

Formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”

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 classíco (barraca, móvel, improvisado)

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

○ Muito grandes ○ Grandes ○ Médias ○ Pequenas ○ Nenhumas

Edíficio com acessibilidade a PMC? ○ Sim ○ Não **Área útil** ☐☐☐ m2 **N.º divisões** ☐☐ **N.º ocupantes** ☐☐

Alojamento com:

Sim	Não		Sim	Não	
○	○	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

Número de membros da família

☐☐

Rendimentos do agregado / mês

○ Até 250 euros
○ De 251 a 500 euros
○ De 501 a 1000 euros
○ De 1000 a 2000 euros
○ De 2001 a 5000 euros
○ Mais de 5000 euros

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) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nivel 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; padrasto; 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 cientificas
○ Técnicos e profissionais de nivel 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
○ 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) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nivel 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; padrasto; 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 cientificas
○ Técnicos e profissionais de nivel 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
○ Doméstico
○ Desempregado
○ Pensionista / Reformado
○ Estudante
○ Outra

CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE I I - FORMULÁRIO PCD

PESSOA DEPENDENTE

Sexo
- ○ M
- ○ F

Idade

Estado civil
- ○ Casado/ União de facto
- ○ Solteiro
- ○ Viúvo
- ○ Divorciado

Nacionalidade
- ○ Portuguesa
- ○ Não portuguesa (especificar)

Nivel 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 publica,dirigentes e quadros superiores de empresa
- ○ Especialistas das profissões intelectuais e cientificas
- ○ Técnicos e profissionais de nivel 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
- ○ 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)

Número de fármacos nas tomas/dia

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)

AUTOCUIDADO: Tomar banho

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

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

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

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

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- ○ Na cama
- ○ No chuveiro/banheira
- ○ Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

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

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

○ Sempre ○ Às vezes ○ Nunca

Assento suspenso para banheira

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Barras de apoio para banho

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Cadeira de banho (fixa/ giratória)

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Cadeira higiénica

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Elevador de banheira

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Lava cabeças para acamados

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Antiderrapante

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Para: Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	○	○	○	○
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	○	○	○	○
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene	○	○	○	○
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	○	○	○	○
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	○	○	○	○
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	○	○	○	○
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações para tomar banho	○	○	○	○
Dar banho ao seu familiar	○	○	○	○
Pentear o cabelo ao seu familiar	○	○	○	○
Lavar os dentes ao seu familiar	○	○	○	○
Cortar as unhas ao seu familiar	○	○	○	○
Barbear o seu familiar	○	○	○	○
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	○	○	○	○
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	○	○	○	○
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde	○	○	○	○
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	○	○	○	○

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se

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

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

○ Dependente ○ Prestador de cuidados ○ Outro

	Nunca	Às vezes	Sempre
Incentiva o seu familiar a vestir-se e calçar-se sozinho?	○	○	○
Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao seu familiar?	○	○	○
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao seu familiar?	○	○	○
Abotoa/desabotoa a roupa ao seu familiar?	○	○	○
Calça/descalça o seu familiar?	○	○	○
Procede a ajustes no vestuário do seu familiar em função de alterações da temperatura?	○	○	○
Veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do seu familiar?	○	○	○

Abotoador

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Calça meias/tira meias

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Calçadeira de cabo longo

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Cordões elásticos

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Extensões para fechos de correr

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

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

AUTOCUIDADO: Arranjar-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Penteia ou escova os cabelos	○	○	○	○
Barbeia-se	○	○	○	○
Aplica maquilhagem	○	○	○	○
Cuida das unhas	○	○	○	○
Usa um espelho	○	○	○	○
Aplica o desodorizante	○	○	○	○
Limpa a área do períneo	○	○	○	○
Limpa as orelhas	○	○	○	○
Mantém o nariz desobstruido e limpo	○	○	○	○
Mantém a higiene oral	○	○	○	○

Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar? [ ][ ] vezes / mês

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

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

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

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

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

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

Com que frequência lava os dentes ao seu familiar? [ ][ ] vezes / dia

Pente de cabo longo

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Espelho inclinável

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

AUTOCUIDADO: Alimentar-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Prepara os alimentos para 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 utensilios	○	○	○	○
Bebe por copo ou chávena	○	○	○	○
Coloca os alimentos na boca	○	○	○	○
Conclui uma refeição	○	○	○	○

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 domicilio
- ○ Outro

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

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

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

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

Abridor de frascos

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Adaptador de talheres

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Babete

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Copo adaptado

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Garfo flexível

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Mesa de comer na cama

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Rebordo para prato

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Suporte de copos

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Suporte de palhinha para copo

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

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

AUTOCUIDADO: Uso do sanitário

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

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

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Arrastadeira

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Barra de apoio de sanitário

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Cadeira sanitária

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Cueca impermeável

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Colector urinário

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Fralda

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Penso absorvente para incontinência

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Penso higiénico

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Resguardo

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Saco de colostomia/ileostomia/urina

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Urinol

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

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

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

	Necessário (juizo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Almofada elevatória	○ S ○ N	○ S ○ N	○ S ○ N

Razão da não utilização

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

	Necessário (juizo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Apoio de cabeça anatómico	○ S ○ N	○ S ○ N	○ S ○ N

Razão da não utilização

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

	Necessário (juizo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Apoio de pés	○ S ○ N	○ S ○ N	○ S ○ N

Razão da não utilização

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

	Necessário (juizo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Barras paralelas e apoios da posição de pé	○ S ○ N	○ S ○ N	○ S ○ N

Razão da não utilização

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

AUTOCUIDADO: Virar-se

Move o corpo,virando-o de um lado para o outro

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

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

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

○ O dependente
○ O prestador de cuidados
○ O enfermeiro
○ Outro

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

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

Grades de apoio / segurança

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Colchão anti-úlcera de pressão

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Cotoveleira

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Coxim

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Transfer de cama (dispositivo para posicionar)

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Imobilizador abdominal

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Luva de imobilização

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Posicionador de perna e pés

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Suporte para as costas

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Dispositivo de prevenção de pé equino

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

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

AUTOCUIDADO: Transferir-se

Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão

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

Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama

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

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

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

○ O dependente ○ O prestador de cuidados ○ O enfermeiro ○ Outro

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

Barra de apoio

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Cabeceira e pés da cama amovíveis

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Cama articulada

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Elevador de transferência

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Transfer leito-cadeira

Necessário (juizo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
○ S ○ N	○ S ○ N	○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Disco de rotação

Necessário (juizo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
○ S ○ N	○ S ○ N	○ S ○ N

Razão da não utilização

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

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

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	○	○	○	○
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	○	○	○	○

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

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

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

○ O dependente ○ O prestador de cuidados ○ O enfermeiro ○ Outro

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

Rampa

Necessário (juizo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
○ S ○ N	○ S ○ N	○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Rodas anti-queda

Necessário (juizo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
○ S ○ N	○ S ○ N	○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Plataforma vertical para cadeiras de rodas

Necessário (juizo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
○ S ○ N	○ S ○ N	○ S ○ N

Razão da não utilização

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

AUTOCUIDADO: Andar

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

Com que frequência assiste o seu familiar na deambulação? ☐☐ vezes / dia

Incentiva o seu familiar a deambular sozinho? ○ Sempre ○ Às vezes ○ Nunca

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

○ O dependente ○ O prestador de cuidados ○ O enfermeiro ○ Outro

Andarilho

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Bengala

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Canadiana(s)

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Prótese

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

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

AUTOCUIDADO: Tomar medicação

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Providencia medicamentos	○	○	○	○
Prepara a medicação	○	○	○	○
Toma a medicação	○	○	○	○

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 (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Aspirador de secreções

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Caixa de comprimidos

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Caneta de insulina

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Corta comprimidos

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Máquina de pesquisas de glicemia capilar

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Nebulizador

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Oxigenoterapia

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Termómetro (para registo de temperatura)

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Triturador de comprimidos

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

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

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 (liquidos) fora das refeições, ao seu familiar? ☐☐ vezes / dia

Incentiva o seu familiar a beber água (liquidos) 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 secrecções? ○ Sempre ○ Às vezes ○ Nunca

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

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

○ Sempre ○ Às vezes ○ Nunca

RECURSOS COMPLEMENTARES

Dispositivo de chamada

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Material de instrução e aprendizagem

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Prótese auditiva

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Telefone / telemóvel

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Pinça para alcançar objectos

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Suporte para cartas

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Enfia agulhas

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Outro 1 (especificar)

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

Outro 2 (especificar)

Necessário (juizo do enfermeiro) ○ S ○ N **Utilizado** ○ S ○ N **Desejado** ○ S ○ N

Razão da não utilização

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

OUTROS RECURSOS

	Sim	Não		Sim	Não
Assistente Social	○	○	**Médico**	○	○
Enfermeiro	○	○	**Nutricionista**	○	○
Fisioterapeuta	○	○	**Psicólogo**	○	○
Outro	○	○			

Recursos não profissionais

○ Familar ○ Vizinho ○ Amigo ○ Empregada ○ Outro

Serviços de:

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

Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

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

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Sim	Não	
○	○	**Sinais aparentes de desidratação**
○	○	**Olhos encovados**
○	○	**Pele seca**
○	○	**Mucosas secas**
○	○	**Sinais aparentes de desnutrição**
○	○	**Magreza excessiva?**
○	○	**Obesidade mórbida?**

IMC [ ][ ]

Que peso perdeu nos últimos três meses? [ ][ ] Kg

○	○	**Comprometimento da amplitude articular**
○	○	**Articulação Cotovelo Dto**
○	○	**Articulação Cotovelo Edo**
○	○	**Articulação punho Dto**
○	○	**Articulação punho Edo**
○	○	**Articulação anca Dto**
○	○	**Articulação anca Edo**
○	○	**Articulação joelho Dto**
○	○	**Articulação joelho Edo**
○	○	**Articulação tornozelo Dto (pé equino)**
○	○	**Articulação tornozelo Edo (pé equino)**
○	○	**Pele comprometida**

Número de úlceras de pressão [ ][ ]

Localização úlceras

○	○	**Região sagrada**
○	○	**Trocanter**
○	○	**Maléolo**
○	○	**Calcaneos**
○	○	**Outra**

○	○	**Feridas não tratadas / não cuidadas**
○	○	**Eritema da fralda**

N.º de dejecções [ ][ ] vezes / semana

Sim	Não	
○	○	**Comprometimento da limpeza das vias aéreas**
○	○	**Acumulação de secreções traqueobrônquicas**
○	○	**Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)**
○	○	**Aumento frequência respiratória**
○	○	**Deglutição comprometida**
○	○	**Deficitária: má condição de higiene e asseio**
○	○	**Deficitária: odores corporais**
○	○	**Deficitária: unhas sujas**
○	○	**Deficitária: má higiene oral**
○	○	**Secreções oculares**
○	○	**Secreções auditivas**
○	○	**Secreções nasais**
○	○	**Sujidade corporal visível**
○	○	**Deficitária: má condição vestuário**
○	○	**Roupa suja**
○	○	**Roupa desabotoada**
○	○	**Roupa inadequada à temperatura ambiente**
○	○	**Roupa inadequada à condição antropométrica**
○	○	**Roupa inadequada à condição de dependência**

N.º de quedas no último mês [ ][ ]

Estado mental

Sim	Não	
○	○	Sabe em que mês está?
○	○	Sabe em que terra vive?
○	○	Repete três palavras (Pêra, Gato e Bola)?
○	○	Faz cálculos simples
○	○	Identifica objectos comuns (relógio)

CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE I I I - FORMULÁRIO PPD

PARENTE INSTITUCIONALIZADO

Sexo
- ◯ M
- ◯ F

Idade

Estado civil
- ◯ Casado/ União de facto
- ◯ Solteiro
- ◯ Viúvo
- ◯ Divorciado

Nacionalidade
- ◯ Portuguesa
- ◯ Não portuguesa (especificar)

Nivel 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 cientificas
- ◯ Técnicos e profissionais de nivel 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
- ◯ Doméstico
- ◯ Desempregado
- ◯ Pensionista / Reformado
- ◯ Estudante
- ◯ Outra

Há quanto tempo está institucionalizado?

Anos Meses

Concelho em que está localizada a instituição

◯ Lx / P ◯ Outro (especificar)

Em que tipo de instituição

◯ Lar ◯ Unidade de Cuidados Continuados ◯ Família de acolhimento ◯ Outro

Quem suporta as despesas da institucionalização?

◯ Estado ◯ Comparticipado (Estado privado) ◯ Privado ◯ Outro

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

Se não, com quem morava

◯ Sozinho ◯ Com familiares ◯ Outra

Em que concelho morava

◯ Lx / P ◯ Outro (especificar)

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

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

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

Motivos que determinaram a institucionalização

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

Situação que originou a dependência

Sim	Não	
◯	◯	Envelhecimento
◯	◯	Acidente
◯	◯	Doença aguda
◯	◯	Doença crónica
◯	◯	Outra

Instalação da dependência
- ◯ Súbita
- ◯ Gradual

Tempo de dependência

Anos Meses

Actividades em que era mais notória a dependência

Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não	
◯	◯	Alimentar-se	◯	◯	Cuidar da higiene pessoal	◯	◯	Usar o sanitário	◯	◯	Transferir-se
◯	◯	Vestir-se	◯	◯	Tomar banho	◯	◯	Auto-elevar-se	◯	◯	Usar a cadeira de rodas
◯	◯	Arranjar-se	◯	◯	Virar-se	◯	◯	Andar	◯	◯	Auto administração da medicação

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 famíliar
- ○ 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	
○	○	Visitar com o familiar a instituição antes da institucionalização
○	○	Integração faseada (primeiro as refeições; posteriormente já passava lá o dia todo e finalmente já morava lá por completo)
○	○	Outro
○	○	Personalizar o espaço individual do seu familiar (na instituição)
○	○	Visitar o familiar institucionalizado frequentemente
○	○	Promover períodos no domicílio sempre que o familiar o solicitava

Globalmente, qual o seu grau de satisfação com:	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Medianamente satisfeito	Muito satisfeito
A qualidade do serviço da instituição onde o seu familiar se encontra	○	○	○	○
A condição de saúde e bem-estar do familiar	○	○	○	○
As condições hoteleiras da instituição (instalações, equipamentos)	○	○	○	○
A qualificação dos recursos humanos da instituição	○	○	○	○
A organização e funcionamento da instituição (atendimento, acessibilidade, visitas, informações)	○	○	○	○
O seu nível de participação nas decisões relativas aos cuidados prestados ao seu familiar	○	○	○	○
A informação que lhe vai sendo disponibilizada pela instituição	○	○	○	○

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	
○	○	Apoio financeiro
○	○	Apoio das equipas de saúde
○	○	Apoio dos serviços sociais
○	○	Outro
○	○	Apoio dos familiares, amigos e vizinhos
○	○	Horário flexível no emprego
○	○	Alterações na estrutura da casa

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 IV

Pedido de apreciação à Comissão de Ética da UICISA da ESENFC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: **F**amílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Coimbra -

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento[1], António Fernando Salgueiro Amaral[1], Manuel Augusto Mariz[1], Ana Filipa Cardoso[1], Paulo José Parente Gonçalves[2]; integrar-se-ão ainda como investigadores os estudantes de mestrado.

Filiação Institucional:[1]Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/UICISA e [2]Escola Superior de Enfermagem do Porto

Investigador responsável/orientador:

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

Justificação:

Em Portugal, as singulares alterações demográficas da população implicam mudanças significativas na provisão de cuidados de saúde. O aumento significativo do envelhecimento no topo da pirâmide etária, acompanhado pelo aumento da esperança média de vida e a diminuição do número de jovens reflete-se numa trilogia designada por Rodrigues (2017) por triplo envelhecimento da população. Esta será uma tendência que se acentuará no futuro (Pordata, 2018; Rodrigues, 2018, Cabral, 2017; Lopes, 2017; Rodrigues, et al., 2014; Instituto Nacional de Estatística, 2011; Censos, 2011).

Esta constelação faz com que "a dependência no autocuidado se constitua, no presente, como um dos desafios mais significativos à inteligência coletiva dos Portugueses" (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015: 84). A literatura firma uma relação entre a idade e o grau de dependência no autocuidado (European Union, 2017;OCDE/EU, 2018).

Assim sendo, é expectável que o número de pessoas dependentes no autocuidado a necessitar de cuidados específicos de saúde aumente na próxima década de forma exponencial, assim como a complexidade dos cuidados necessários para suprir essas necessidades (Petronilho, 2014; Rodrigues, 2017; Rodrigues, 2018).

Apesar de este fenómeno ser reconhecido pela sua importância e pelas profundas transformações demográficas, sociais e assistenciais que se têm vindo a operar e o potencial de transfiguração da realidade que acarretam, o cuidado a pessoas dependentes no seio familiar permanece desconhecido na sua amplitude e ignorado em muitas das suas vertentes (Gonçalves, 2013).

Um das dimensões mais preocupantes deste fenómeno é a inexistência de estatísticas oficiais sobre o número de famílias com pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio. Também o desconhecimento sobre o modo como estas famílias estão, no presente, a responder às necessidades em cuidados dos seus elementos dependentes, ou seja, o impacte que este papel acarreta para a família em relação ao processo de prestar cuidados aos familiares dependentes, o o que limita a organização dos cuidados necessários às famílias que garantam mais bem-estar e mais saúde a todos os envolvidos no processo.

O desconhecimento desta realidade e das suas características, para além de retirar sustentação aos processos de tomada de decisão política e profissional, não permite a devida visibilidade a este papel, aspeto previamente discutido por Souza e seus colaboradores (2007), que afirmam que a sociedade e os sistemas de saúde não atribuem a devida consideração a importância aos prestadores de cuidados na recuperação e na reabilitação da saúde dos indivíduos doentes (Gonçalves, 2013).

A dependência no autocuidado tem-se assumido como temática de particular relevo para muitas disciplinas do conhecimento, mas constitui para a enfermagem uma das mais relevantes áreas de interesse particular e atual. No sentido de desocultar a realidade a que temos vindo a referir-nos, têm vindo a ser realizados estudos de investigação no nosso país, nomeadamente nos

concelhos do Porto e de Lisboa, focados no estudo da dependência no autocuidado de pessoas no seio das famílias clássicas, e do processo de tomar conta por parte do membro da família prestador de cuidados.

No concelho do Porto o projeto foi coordenado pelo Professor Doutor Paulo Parente que desenvolveu o estudo: "*Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no Concelho do Porto*" e integrou mais cinco estudos associados, designadamente: "A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto, abordagem exploratória à dimensão do fenómeno" (Silva, 2011) "*Avaliação da perceção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de familiares dependentes no autocuidado, estudo exploratório no concelho do Porto*"(Andrade, 2011;Queirós, 2011)); "*Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto*" (Silva,2011) "*Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto*" (Maia,2012) "*Famílias clássicas do concelho do Porto com parentes institucionalizados. Das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio*" (Cunha,2011).

No concelho de Lisboa, o projeto de investigação decorreu de forma análoga à do Porto. A coordenação do projeto foi da responsabilidade da Professora Doutora Andreia Silva da Costa, que desenvolveu um estudo similar: "*Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa*" que, para além do conhecimento da situação, viabilizou, também a comparação das realidades existentes nos concelhos de Lisboa e Porto.

O Projeto que nos propomos realizar é a replicação dos estudos referidos anteriormente, no Concelho de Coimbra, o que permitirá o conhecimento da situação existente neste concelho e a comparação das realidades existentes nos concelhos de Lisboa e Porto.

A opção por centrar o estudo no concelho de Coimbra tem por base um conjunto de diferentes razões. O concelho é uma unidade administrativa do território nacional que tem relação com os NUTS (unidade considerada nos Censos, 2011). O facto de corresponder a um NUTS III faz coincidir as populações do estudo com as populações do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), pelo que, permitirá uma análise próxima da realidade atual. Acresce, ainda, que se tem a

convicção que, progressivamente, se assistirá a um crescente envolvimento dos municípios na resposta às necessidades das pessoas dependentes e dos seus prestadores de cuidados familiares. Neste quadro, o conhecimento da realidade na área de jurisdição municipal poderá constituir um incitamento e um suporte à tomada de decisão política nesta matéria.

Objetivos do Estudo:

Este estudo visa caracterizar o fenómeno da dependência no autocuidado de pessoas dependentes no contexto das famílias do Concelho de Coimbra, bem como conhecer a prestação de cuidados ao familiar dependente.

Apresentam-se os objetivos em dois níveis: geral e específico:

- Caracterizar as famílias clássicas que integram familiares dependentes no autocuidado, no concelho de Coimbra;

- Identificar a prevalência de famílias clássicas que integram familiares dependentes no autocuidado;

- Descrever as famílias que integram familiares dependentes no autocuidado quanto ao tipo de família, ao tipo de alojamento e às condições socioeconómicas;

- Caracterizar o familiar dependente no autocuidado integrado na família, no concelho de Coimbra;

- Identificar o modo de instalação da dependência no autocuidado;
- Avaliar o nível e o tipo de dependência no autocuidado;
- Identificar os atributos do familiar dependente no autocuidado;
- Avaliar a condição de saúde do familiar dependente no autocuidado;

- Caracterizar o cuidador familiar nas famílias que integram familiares dependentes no autocuidado;

- Identificar, na família, o cuidador familiar;
- Identificar os atributos do familiar cuidador familiar;

- Identificar os cuidados que o familiar cuidador habitualmente assegura ao familiar dependente;
- Avaliar a autoeficácia específica do cuidador familiar relativa ao exercício do papel;

- Caracterizar a natureza dos recursos de suporte para a prestação de cuidados a familiares dependentes em casa no e na facilitação do exercício do papel de cuidador familiar;

- Identificar os recursos utilizados na prestação de cuidados a familiares dependentes;
- Identificar os recursos necessários à prestação de cuidados a familiares dependentes;
- Identificar as razões para a não utilização dos recursos necessários;

- Caracterizar as famílias cujos membros têm parentes próximos dependentes no autocuidado, que se encontram institucionalizados;

- Descrever a institucionalização dos parentes dependentes quanto ao local onde ocorre e às motivações/razões que a determinaram;

- Descrever as famílias que têm parentes institucionalizados quanto: ao tipo de família; ao tipo de alojamento, às condições socioeconómicas;
- Identificar as condições que os familiares entendem como necessárias para que os parentes institucionalizados pudessem estar a ser cuidados pela na família;

- Caracterizar os diferentes contextos: família, dependência no autocuidado e cuidados prestados, ao nível das suas variáveis mais determinantes;

- Identificar os tipos de contextos: família, dependência no autocuidado e cuidados prestados;
- Identificar as relações existentes entre as variáveis principais (nível de dependência e condição de saúde da pessoa dependente; cuidados prestados e autoeficácia do cuidador familiar; e, utilização dos recursos necessários);

Data prevista de início dos trabalhos: Setembro de 2019 **Data prevista de fim dos trabalhos**: Setembro de 2021

Data prevista de início da colheita de dados: Janeiro 2020

Data prevista de fim da colheita de dados: Janeiro 2022

Metodologia

Tipo de Estudo:

Tratando-se de um estudo que replica um conjunto de estudos já realizados em Portugal nos concelhos de Lisboa (Costa, 2013), Porto (Parente, 2015), Matosinhos (Campos, 2015), Maia (Rocha, 2015) e Paços de Ferreira (Regadas, 2015), procurar-se-á seguir a metodologia utilizada nos referidos estudos, de modo a poder comparar os dados e contribuir para alargar o retrato da situação em Portugal relativamente à caracterização das Famílias Clássicas com familiares dependentes no autocuidado.

O estudo que se replicará, segue o desenho proposto por Gonçalves (2013) é um estudo quantitativo, transversal descritivo, correlacional. Descritivo porque, no intuito de conhecer e descrever o fenómeno em estudo, i.e., documentar aspetos da realidade não completamente conhecidos. Correlacional porque, pretendendo-se identificar novas relações entre as diversas variáveis em questão (Polit & Beck, 2011).

Este tipo de estudo, em que se procura conhecer a distribuição, os determinantes e as condições relacionadas à saúde numa dada população específica, é denominado por autores como Last (1995) por inquérito epidemiológico. São estudos que se focalizam na população humana têm uma forte confiança nas observações não experimentais e estudam as pessoas no seu ambiente natural (Greenberg et al., 2001). Autores como Vuori (1992), referenciado por Stone e colaboradores (1999), afirmam que o inquérito epidemiológico é o modelo mais apto a ajudar na identificação dos problemas de saúde, a alcançar metas atingíveis e mensuráveis e a fornecer uma base para avaliação dos resultados (Gonçalves, 2013).

No caso do estudo que nos propomos desenvolver, dado que só uma parte da população será observada levaremos a cabo uma operação estatística do tipo: inquérito amostral.

Dado que o que se pretende é o conhecimento descritivo da realidade, este estudo centra-se na observação do fenómeno num *único instante de tempo*, permitindo, por esta via, um conhecimento alargado da realidade e das variáveis que a influenciam num curto intervalo de tempo. Trata-se assim, de um estudo transversal, que permite conhecer "*quantas pessoas, ou a percentagem de pessoas (taxa de prevalência), é que sofrem de determinado problema de saúde"* (Aguiar, 2007:26) e como referem Polit & Beck (2011:268), para além de ter a

vantagem de ser económico e de terem a facilidade de controlo *"mostram-se especialmente apropriados para descrever o estado de fenómenos ou relações entre fenómenos em um ponto fixo"*.

Neste modelo transversal, a recolha de dados será em dois momentos sucessivos. Assim:

- Num primeiro momento, contactar-se-ão as famílias com o intuito de proceder ao levantamento daquelas que têm familiares dependentes no autocuidado ou tenham parentes próximos dependentes institucionalizados e no caso de existirem, se obter a autorização para avaliação da situação de dependência no autocuidado. Nesta etapa, os dados serão recolhidos através de um instrumento de recolha de informação construído para o efeito na Escola Superior de Enfermagem do Porto (2011) já validado e utilizado em diferentes estudos, entre eles o estudo: *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no Concelho do Porto*, de Gonçalves (2013), que se replicará agora no Concelho de Coimbra. A autorização para a utilização do instrumento foi solicitada à ESEP e já obtivemos autorização para a sua utilização.

- Num segundo momento, dirigido apenas às famílias com membros dependentes no autocuidado que aceitem participar no estudo, recorrer-se-á à utilização do instrumento Familias que Integram dependentes no autocuidado parte II e Parte III, utilizados por Gonçalves, 2013, que incluem instrumentos previamente validadas para a população portuguesa, que se anexam.

<u>População e Amostra/Informantes</u>:

A população de um estudo é *"uma agregação total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados"* (Polit, Beck & Hungler, 2006:224). Por outro lado, o INE assume um conceito similar *"conjunto de todos os elementos (pessoas, entidades, objetos ou acontecimentos) com uma dada característica comum"* (Instituto Nacional de Estatística, 2005:60).

A população-alvo de estudo (Instituto Nacional de Estatística, 2005) –, no primeiro momento do estudo, serão as famílias clássicas residentes no concelho de Coimbra 58101 famílias clássicas segundo o Censos 2011 e a população acessível?, no segundo momento, isto é, o

subconjunto das famílias, constituído pelas que integram membros dependentes no autocuidado.

Dada a dimensão da População – 58101 famílias clássicas procederemos à seleção de um subconjunto dos elementos – amostra – na qual recairá a recolha de dados.

A dimensão da amostra do primeiro momento do estudo será estimada a partir do número de famílias clássicas identificadas no concelho de Coimbra, no Censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2012). No segundo momento, a amostra será constituída por todos os casos em que a ocorrência se verificar no primeiro momento (famílias com membros/parentes dependentes no autocuidado), que vierem a aceitar participar.

Tamanho da amostra:

Tendo em conta a amplitude do universo, um nível de confiança de 99,7% (σ), um erro máximo de 3% (e), considerando como percentagem de ocorrência do fenómeno o valor máximo possível 50 (valor que p toma quando a percentagem de ocorrência do fenómeno não é conhecida) e usando a fórmula adotada por Gil (1991)[1] propõe-se como tamanho da amostra para este estudo é de 2401 famílias clássicas.

Atendendo à natureza epidemiológica e ao caráter descritivo e correlacional do estudo, optou-se por um plano de amostragem probabilístico. Este plano de amostragem *"envolve a seleção aleatória de elementos da população"* (Polit, Beck & Hungler, 2006:230), em que *"cada unidade do universo em estudo tem a mesma calculável e não nula probabilidade de ser selecionada"* (Burgess, 1997:59). Este plano de amostragem, que tem a vantagem de "*reduzir o erro de amostragem e de aumentar a representatividade"* (Cochran, 1977; Fortin, 2009:315), é "*o único método confiável de obtenção de amostras representativas em estudos quantitativos"* (Polit, Beck & Hungler, 2006:233, Gonçalves, 2013). Apesar de se tratar de uma metodologia relativamente onerosa e exigente, apresenta a vantagem de permitir estimar o grau de erro, o que, para Polit, Beck e Hungler (2006), constitui uma vantagem assinalável.

[1] $n = \frac{z^2 x p(1-p)}{d2}$

A colheita de dados realizar-se-á por Freguesia e tanto quanto possível integrar-se-ão no estudo de cada freguesia 2 a 3 estudante de Mestrado.

Será feita divulgação da realização do estufo nas Juntas de Freguesias, que se auscultarão sobre a melhor forma de informar os cidadãos antecipadamente, de que o estudo está a decorrer e de que os investigadores os poderão vir a contatar, batendo à porta para solicitar a colaboração voluntária no mesmo.

Critérios de Inclusão/Exclusão:

No primeiro momento (aplicação do formulário preliminar), todas as famílias clássicas a residirem no concelho do Coimbra integram a população de acesso. Para este momento é estabelecido um único critério para a exclusão da família clássica contactada: o respondente ter idade inferior a 18 anos. E aceitar participar.

No segundo momento (aplicação dos restantes formulários), os critérios suplementares para a inclusão ou a exclusão das famílias que integram membros dependentes no autocuidado e/ou que têm um parente próximo institucionalizado:

- Critérios de inclusão das famílias clássicas:
    - A família clássica integrar um ou mais membros da família dependentes no autocuidado;
    - Um dos membros da família ter um ou mais parentes próximos, institucionalizados, com dependência no autocuidado.

  Critério de exclusão das famílias clássicas:

- O membro da família dependente no autocuidado ser uma criança e a dependência estar associada ao respetivo processo de desenvolvimento e crescimento.

Locais onde Decorre a Investigação:

Domicílios das Freguesias do Conselho de Coimbra

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

Fórmulário anexo

Garantia de Confidencialidade:

Ao longo do estudo nunca serão registados nomes ou números de processo de pessoas (sujeitos do estudo) que permitam a sua identificação. A cada formulário será atribuído um número de ordem que será usado exclusivamente durante o processo de tratamento dos dados.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):

Ao longo do estudo e relativamente aos sujeitos que nele serão informantes, propomo-nos garantir o respeito pelo direito à autonomia e autodeterminação, o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, ao tratamento justo e equitativo (Balchão & Chilres, 1994; Fortin, 1999) –Ponderaremos a relação risco/benefício fazendo em qualquer caso prevalecer o interesse, **vontade e bem-estar dos sujeitos do estudo** sobre o interesse cientifico e/ ou do investigador, **solicitaremos a participação livre, voluntária e esclarecida dos informantes** para o estudo e **obteremos formalmente de cada um consentimento**, para o que elaboraremos um documento de Consentimento "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964, Tóquio 1975; Veneza 10993; Hongue Kong, 1989; Somerset West 1996; Edinburgo 2000; Seoul 2008;Fortaleza 2013).

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?

Explicitar em caso afirmativo:

Não.

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?

Explicitar em caso afirmativo:

Os benefícios serão indiretos. O conhecimento do fenómeno permitirá, contribuir com propostas de melhoria da cobertura de cuidados às pessoas dependente no domicílio e suas famílias.

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:
Não existirão custos da participação no estudo.

ANEXAR

1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação (caso já exista)

2 - Folha de Consentimento Informado (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- caráter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

Seguir a declaração de Helsínquia para construir o formulário de consentimento

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados

4 – Projeto de Investigação (máximo 20 páginas)

5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s) (máximo 1 página por cada)

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data: Coimbra, 27 de novembro de 2019

O(s) Proponente(s):

ANEXO V

Parecer da Comissão de Ética da UICISA da ESENFC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº 634/ 11-2019

Título do Projeto: Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Coimbra

Identificação das Proponentes

Nome(s): Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento1, António Fernando Salgueiro Amaral1, Manuel Augusto Mariz1, Ana Filipa Cardoso1, Paulo José Parente Gonçalves2

Filiação Institucional: 1Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/UICISA e 2 Escola Superior de Enfermagem do Porto

Investigador Responsável/Orientador: --

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

Com base nas alterações demográficas da população e nas mudanças significativas na provisão de cuidados de saúde associadas ao aumento da esperança de vida, este estudo visa caracterizar o fenómeno da dependência no autocuidado de pessoas dependentes no contexto das famílias do Concelho de Coimbra, bem como conhecer a prestação de cuidados ao familiar dependente.

Este será um estudo quantitativo, transversal descritivo, correlacional.

Segundo os proponentes, a população-alvo de estudo no primeiro momento do estudo, serão as famílias clássicas residentes no concelho de Coimbra - 58101 famílias clássicas segundo o Censos 2011 - e a população acessível, no segundo momento, é constituída pelas famílias que integram membros dependentes no autocuidado.

Considerando a dimensão da população – 58101 famílias clássicas, os proponentes irão proceder à seleção de um subconjunto dos elementos na qual recairá a recolha de dados e por conseguinte, propõem como tamanho da amostra 2401 famílias clássicas.

A data prevista de colheita de dados encontra-se marcada para janeiro de 2020 e o término para janeiro de 2022.

Os critérios de inclusão e exclusão estão bem definidos e constam do projeto de investigação.

A investigação decorrerá nos domicílios das Freguesias do Concelho de Coimbra.

Segundo os proponentes é garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes, pois como referem no projeto, "Ao longo do estudo nunca serão registados nomes ou números de processo de pessoas que permitam a sua identificação. A cada formulário será atribuído um número de ordem que será usado exclusivamente durante o processo de tratamento dos dados.".

Os proponentes não antecipam riscos para os participantes neste estudo e os benefícios estão relacionados com os objetivos.

Foi apensada a folha de informação e o formulário de consentimento informado, que relembramos ter de ser fornecido ao participante em duplicado.

Assim, somos do parecer que para o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator:

Data: 09/12/2019 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Fátima Botelho

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE ENFERMAGEM

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

APÊNDICES

APÊNDICE I

Operacionalização das variáveis de atributo da pessoa dependente

Variável	Tipo	Valor
Idade	Medida contínua	Anos completos
Sexo	Escala Nominal, Dicotómica	Masculino
		Feminino
Estado Civil	Escala Nominal	Casado/União de Facto
		Solteiro
		Viúvo
		Divorciado
Parentesco com o Familiar dependente	Escala Nominal	Conjuge
		Pai / Mãe
		Filho(a)
		Irmão (ã)
		Outro parentesco
		Sem parentesco
Nível de Escolaridade	Escala Ordinal	Nenhum
		Ensino Básico – 1ºciclo (4anos)
		Ensino Básico – 2ºciclo (6anos)
		Ensino Básico – 3ºciclo (9anos)
		Ensino secundário (11 ou 12 anos)
		Ensino superior
Profissão	Escala Nominal	Membros das forças armadas
		Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
		Especialistas das profissões intelectuais e científicas
		Técnicos e profissionais de nível intermédio
		Pessoal administrativo e similares
		Pessoal dos serviços e vendedores
		Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca
		Operários, artífices e trabalhadores similares
		Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
		Trabalhadores não qualificados
		Doméstico
		Desempregado
		Pensionista/ Reformado
		Estudante
		Outra
Coabitação com o dependente	Escala Nominal, Dicotómica	Sim
		Não
Residência	Escala Nominal	Lugar da União de Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades

APÊNDICE II

Operacionalização das variáveis de atributo do MFPC

Variável	Tipo	Valor
Idade	Medida contínua	Anos completos
Sexo	Escala Nominal, dicotómica	Masculino
		Feminino
Estado Civil	Escala Nominal	Casado/União de Facto
		Solteiro
		Viúvo
		Divorciado
Nível de Escolaridade	Escala Ordinal	Nenhum
		Ensino Básico – 1ºciclo (4anos)
		Ensino Básico – 2ºciclo (6anos)
		Ensino Básico – 3ºciclo (9anos)
		Ensino secundário (11 ou 12 anos)
		Ensino superior
Residência	Escala Nominal	Freguesias do concelho de Coimbra
Profissão	Escala Nominal	Membros das forças armadas
		Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
		Especialistas das profissões intelectuais e científicas
		Técnicos e profissionais de nível intermédio
		Pessoal administrativo e similares
		Pessoal dos serviços e vendedores
		Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca
		Operários, artífices e trabalhadores similares
		Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
		Trabalhadores não qualificados
		Doméstico
		Desempregado
		Pensionista/ Reformado
		Estudante
		Outra
Modo instalação da dependência	Escala Nominal, dicotómica	Súbita Gradual
Tempo de dependência	Medida contínua	Número de Anos

Situação que originou a dependência	Escala Nominal	Envelhecimento
		Acidente
		Doença aguda
		Doença crónica
		Outra
Nível de dependência por Autocuidado	Escala Ordinal	Dependente não participa
		Necessita de ajuda de pessoas
		Necessita de equipamento
		Completamente independente
Consumo de medicamentos	Escala Nominal, dicotómica	Sim
		Não
Variedade de fármacos	Medida contínua	Número absoluto de fármacos diferentes
Fármacos nas tomas/dia	Medida contínua	Número absoluto de fármacos diferentes

APÊNDICE III

Distribuição dos produtos de apoio pelos autocuidados

Autocuidados	Recursos	
Autocuidado: Tomar banho	Assento suspenso para banheira	Elevador de banheira
	Barras de apoio para banho	Lava cabeças para acamados
	Cadeira de banho (fixa/ giratória)	Antiderrapante
	Cadeira Higiénica	
Autocuidado: Vestir-se	Abotoador	Cordões elásticos
	Calça meias/tira meias	Extensões para fechos de correr
	Calçadeira de cabo longo	
Autocuidado: Arranjar-se	Pente de cabo longo	Espelho inclinável
Autocuidado: Alimentar-se	Abridor de frascos	Mesa de comer na cama
	Adaptador de talheres	Rebordo para prato
	Babete	Suporte de copos
	Copo adaptado	Suporte de palhinha para copo
	Garfo flexível	
Autocuidado: Uso do sanitário	Alteador de sanita	Fralda
	Arrastadeira	Penso absorvente para incontinência
	Barra de apoio de sanitário	Penso higiénico
	Cadeira sanitária	Resguardo
	Cueca impermeável	Saco de colostomia/ileostomia/urina
	Colector urinário	Urinol
Autocuidado: Elevar-se	Almofada elevatória	Apoio de pés
	Apoio de cabeça anatómico	Barras paralelas e apoios da posição de pé
Autocuidado: Virar-se	Grades de apoio / segurança	Imobilizador abdominal
	Colchão anti-úlcera de pressão	Luva de imobilização
	Cotoveleira	Posicionador de perna e pés
	Coxim	Suporte para as costas
	Transfer de cama (para posicionar)	Dispositivo de prevenção de pé equino
Autocuidado: Transferir-se	Barra de apoio	Elevador de transferência
	Cama articulada	Disco de rotação
	Cabeceira e pés da cama amovíveis	Transfer leito-cadeira
Autocuidado: Usar cadeira de	Rampa	Plataforma vertical para cadeiras de rodas
	Rodas anti-queda	
Autocuidado: Andar	Canadiana	Bengala
	Andarilho	Prótese
Autocuidado: Tomar medicação	Aparelho para tensão arterial	Nebulizador
	Aspirador de secreções	Oxigenoterapia
	Caixa de comprimidos	Termómetro (para registo de temperatura)
	Caneta de insulina	Triturador de comprimidos
	Corta comprimidos	Máquina de pesquisas de glicemia capilar
Recursos Complementares	Dispositivo de chamada	Pinça para alcançar objectos
	Material de instrução e aprendizagem	Suporte para cartas
	Prótese auditiva	Enfia agulhas
	Telefone / telemóvel	Outros

APÊNDICE IV

Distribuição dos recursos não materiais pelas 4 categorias

Categoria	Recurso	Tipo	Medida
Recursos profissionais	Assistente Social	Escala Nominal	Sim
	Enfermeiro		
	Fisioterapeuta		
	Médico		Não
	Nutricionista		
	Psicólogo		
	Outro		
Recursos não profissionais	Familiar	Escala Nominal	Sim
	Vizinho		
	Amigo		Não
	Empregada		
	Outro		
Serviços de saúde e apoio	Acompanhamento do dependente em casa	Escala Nominal	Sim
	Cuidados de higiene e conforto		
	Cabeleireiro, manicure e esteticista		
	Apoio no tratamento da roupa do dependente		
	Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados		
	Confeção de refeições e apoio durante as mesmas		
	Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente		
	Apoio na compra de medicamentos		
	Apoio na compra de artigos alimentares		Não
	Acompanhamento do dependente ao exterior		
	(consultas, saídas ocasionais)		
	Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas		
	Hospital Teleassistência		
	112-INEM		
	Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar		
	Linha Saúde 24		
Recursos financeiros	Rendimento do trabalho	Escala Nominal	Sim
	Rendimentos da propriedade e da empresa		
	Subsídio de desemprego		
	Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissi		
	Outros subsídios temporários		
	Rendimento social de inserção		
	Pensão / Reforma		Não
	A cargo da família		
	Apoio social Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)		
	Rendimento solidário para idosos (RSI)		
	Complemento de dependência		
	Esmolas / donativos		
	Outra situação		