Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A CONDIÇÃO DE SAÚDE DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO, INTEGRADAS NAS FAMÍLIAS CLÁSSICAS DE UMA FREGUESIA DO CONCELHO DE COIMBRA

Joana Maria Manaia Caridade

Coimbra, junho de 2022

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A CONDIÇÃO DE SAÚDE DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO, INTEGRADAS NAS FAMÍLIAS CLÁSSICAS DE UMA FREGUESIA DO CONCELHO DE COIMBRA

Joana Maria Manaia Caridade

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

Coorientador: Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, 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

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, a possibilidade de realizar esta caminhada, porque sem Ele nada seria possível.

Agradeço também, ao meu orientador, Manuel Augusto Duarte Mariz, pela sua orientação, pelos seus ensinamentos, e pelo seu exemplo enquanto Enfermeiro.

Ao Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, pela sua coorientação e enorme contributo dado na fase metodológica e na análise estatística dos dados.

À Professora Doutora Maria da Conceição Costa Bento pela possibilidade de integrar este projeto.

À junta de freguesia de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades pelo apoio disponibilizado.

Às famílias que participaram no estudo, pela forma como fomos acolhidos, pela recetividade e disponibilidade.

Aos meus colegas de mestrado, Cátia Cardoso e João Pedro Mendes, pelo convite em participar neste desafio, pelos bons momentos passados, pela partilha de experiências e sobretudo pelo seu apoio.

Ao meu marido, Tiago, e às minhas filhas Teresa Francisco e Beatriz Pedro, pela paciência e carinho com que sempre me apoiaram. Ao Manuel Maria- mal posso esperar para te ter nos meus braços.

À minha Mãe, Pai, Irmão, Sogra, cunhados e sobrinhos, Cinda, Joaquim, Luís, Lurdes, Leonor, Eduardo, Marta, Diogo, Miguel, Zé Diogo e João Pedro pelas pessoas maravilhosas que são e pelo vosso amor.

Muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADL – Acidentes Domésticos e de Lazer

ArcGIS - Geographic Information System

BGRI - Base Geográfica de Referenciação de Informação

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

Doi - Digital Object Identifier

Ed - Edição

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Et al. – E outros

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MFPC – Membro Familiar Prestador de Cuidados

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE - Ordem dos Enfermeiros

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

P. – Página

PP. - Páginas

PCD - Prestador de Cuidados/Dependente

PPD - Parente Próximo Dependente

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SU – Serviço de Urgência

UICISA: E – Unidade de Investigação em Ciências De Saúde: Enfermagem

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

USF – Unidades de Saúde Familiares

RESUMO

O envelhecimento demográfico e o aumento das doenças crónicas acarretam elevados níveis de dependência no autocuidado. Face à crescente necessidade em cuidados de saúde, associados à dependência no autocuidado, as famílias surgem muitas vezes como resposta a essa necessidade. Tendo por foco o autocuidado, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel de relevo, reabilitando capacidades e promovendo estratégias adaptativas, de forma a obter o máximo de independência possível da pessoa dependente, assim como promove a capacitação dos familiares cuidadores. No contexto de uma investigação mais abrangente, sobre o fenómeno da dependência no autocuidado no concelho de Coimbra, surge o presente estudo, que tem como objetivo caracterizar a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado no domicílio, integradas nas famílias clássicas da união das freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades. Na sequência do objetivo delineado foi realizado um estudo do tipo descritivo simples, transversal e de natureza quantitativa, com recurso a uma amostra probabilística. Para a recolha de dados foi utilizado o formulário *"Famílias que integram dependentes no autocuidado"*. Foram identificadas 63 famílias, em que 43 integravam um familiar dependente no autocuidado e 23 estavam institucionalizadas. Os familiares cuidadores eram sobretudo do sexo feminino, casados, reformados, e com uma média de idades de 65,7 anos. Relativamente aos membros da família dependentes no autocuidado, não houve diferença entre sexos, sendo a maioria casados ou viúvos e com idade média de 83,05 anos. No que concerne à condição de saúde, a rigidez articular, seguida do compromisso nos processos respiratórios, são as alterações aos processos corporais mais vezes identificadas, além do que, numa visão global da condição de saúde, a generalidade, tinha pelo menos um dos diferentes domínios avaliados com sinais de compromisso. Os resultados sugerem que possivelmente, as respostas em cuidados de saúde fornecidas pela família e/ou profissionais, não sejam as suficientes ou as adequadas.

Palavras-Chave: Condição de saúde; Autocuidado; Dependência; Famílias Clássicas; Domicílio.

ABSTRACT

The demographic ageing and the growth of chronic diseases have led to high levels of dependency in self-care. Families often come as a solution to the increasing need for health care associated with self-care dependency. The Rehabilitation Nurse Specialist plays an essential role on self-care by rehabilitating capacities and promoting adaptive strategies to ensure the patient's maximum possible independence, as well as promoting the empowerment of family caregivers. Within the framework of a more extensive research on the phenomenon of self-care dependency in the municipality of Coimbra, the present study was developed with the purpose of characterising the health condition of dependents in self-care at home, integrated in conventional households from São Martinho do Bispo and Ribeira de Frades parishes. Following the objective outlined, a simple descriptive, cross-sectional and quantitative study was conducted using a probabilistic sample. The form "Families integrating dependent people in self-care" was used for data collection. A total of 63 families were identified, 43 of which had a dependent family member in self-care and 23 were institutionalised. Family caregivers were mostly female, married, retired, and with an average age of 65.7 years. As for the family members who were dependent in self-care, there was no difference between genders, most of them being married or widowed and with an average age of 83.05 years old. Regarding the global health condition, the most frequently identified body changes are joint stiffness, followed by compromised respiratory processes. Moreover, in a global view of the health condition, the majority had at least one of the different domains evaluated with signs of compromise. The results of this study suggest that it is possible that the answers in health care provided by the family and/or professionals, may not be sufficient or adequate.

Key Words: Health Condition; Self-Care; Dependency; Families; Household.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Número de famílias da amostra por quarteirões 38

Tabela 2 - Operacionalização das variáveis de caracterização da família 40

Tabela 3 – Operacionalização das variáveis de caracterização do MFPC..... 40

Tabela 4 – Operacionalização das variáveis de caracterização da pessoa dependente no autocuidado 42

Tabela 5 – Operacionalização das variáveis que caracterizam a condição de saúde do dependente no autocuidado 43

Tabela 6 – Dados síntese do inquérito preliminar..... 50

Tabela 7 - Características da família 50

Tabela 8 – Caracterização dos MFPC..... 51

Tabela 9 – Caracterização da pessoa dependente..... 54

Tabela 10– Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado..... 57

Tabela 11 – Visão global da condição da saúde das pessoas dependentes 59

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **17**

1. PROBLEMÁTICA E CONCEITOS CENTRAIS **19**

1.1 TEORIA DE ENFERMAGEM DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO **19**

1.1.1 Conceito de autocuidado **21**

1.1.2 Conceito de dependência **21**

1.2 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS 23

1.3 FAMILIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO27

1.4 A CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO. 29

1.5 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO 31

2. METODOLOGIA **35**

2.1 FINALIDADE DO ESTUDO 35

2.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO 35

2.3 TIPO DE ESTUDO 36

2.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA 36

2.4.1 Plano de amostragem **36**

2.4.2 Critérios de inclusão e exclusão **38**

2.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO E OPERACIONALIZAÇÃO 39

2.5.1 Variáveis de caracterização da família **39**

2.5.2 Variáveis de caracterização do MFPC **40**

2.5.3 Variáveis de caracterização da pessoa dependente no autocuidado ... **41**

2.5.4 Variáveis de caracterização da condição de saúde do dependente no autocuidado **42**

2.6 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS 45

2.6.1 Instrumento de recolha de dados **46**

2.6.2. Análise e tratamento de dados **47**

2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 47

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS **49**

3.1 PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS CLÁSSICAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO 49

3.1.1 Caracterização das famílias 50

3.1.2 Caracterização dos MFPC 51

3.1.3 Caracterização dos dependentes no autocuidado 52

3.2 A CONDIÇÃO DE SAÚDE DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO 55

4. DISCUSSÃO 61

CONCLUSÃO 73

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS 77

ANEXOS

ANEXO 1 - Procedimento de aplicação do formulário

ANEXO 2 – Formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”

ANEXO 3 - Declaração da aprovação do projeto pela Comissão de Ética

ANEXO 4 - Formulário de consentimento informado

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Panfleto “Caracterização das famílias que integram dependentes no autocuidado

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança de vida e a diminuição da natalidade têm favorecido o envelhecimento da população, traduzindo-se concomitantemente no aumento do número de pessoas com doenças crónicas e/ou degenerativas, De acordo com o relatório *Health at a Glance*, Portugal é o 3º país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), com maior percentagem de pessoas com mais de 65 anos a viver com duas ou mais doenças crónicas (OCDE, 2019). Esta transição demográfica, caracterizada pelo aumento da população idosa e diminuição do número de jovens, acarreta uma mudança na natureza das necessidades em cuidados de saúde, favorecendo o incremento do número de pessoas com incapacidades e com maior nível de dependência (Gonçalves, 2013).

Assim, face à crescente necessidade em cuidados de saúde associados à dependência no autocuidado, foi criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e de acordo com o Relatório de Primavera de 2015 a sua capacidade é insuficiente, pelo que, "haverá nos domicílios a cada momento, 110 355 pessoas dependentes no autocuidado" (OPSS, 2015, p. 93).

Nesta perspetiva, a família vê-se confrontada com a necessidade de cuidar dos seus familiares dependentes, mesmo que não disponha de capacidade ou competência para tal. De acordo com Dixe et al (2020) cuidar de uma pessoa com dependência no autocuidado, exige uma complexidade de atividades e tarefas ao cuidador informal, que transcende as suas capacidades e possibilidades.

Sendo a dependência no autocuidado uma dimensão importante da saúde das populações, e o domicílio o meio natural para a pessoa se manter em equilíbrio e bem-estar, nas situações de ausência de capacidade funcional para o autocuidado, temporária ou permanente, o exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER), de acordo com o regulamento das suas competências específicas, pode ser facilitador nos processos adaptativos, ajudando a pessoa na readaptação à sua nova condição de vida, bem como na promoção das competências dos familiares cuidadores.

Desconhecendo a realidade do fenómeno da dependência no autocuidado, no concelho de Coimbra, assim como, qual a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado no domicílio, surge a presente investigação.

O tema da dissertação apresentada é “A condição de Saúde das pessoas dependentes no autocuidado, integradas nas famílias clássicas de uma freguesia do concelho de Coimbra”. Tem como finalidade conhecer a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado, integradas na união de freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades (UFSMBRF) e inclui-se num projeto de investigação mais abrangente, denominado - Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Coimbra.

É um estudo do tipo descritivo simples, transversal e de natureza quantitativa, com recurso a uma amostra probabilística do tipo aleatória estratificada obtida a partir das famílias clássicas de Coimbra, de acordo com a freguesia de residência.

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro aborda-se a problemática e os conceitos centrais, focando os referenciais teóricos que o suportam; no segundo capítulo será exposta a metodologia utilizada para a realização da investigação; no terceiro capítulo a apresentação dos resultados; e no quarto a discussão dos mesmos. Por fim, apresenta-se as conclusões obtidas através da análise dos resultados, assim como a referência às dificuldades e sugestões futuras.

1. PROBLEMÁTICA E CONCEITOS CENTRAIS

Nesta parte do trabalho é apresentada a área problemática em que o presente estudo se insere, tendo sido realizada uma revisão da literatura sobre os conceitos centrais que norteiam o mesmo, destacando os construtos teóricos que suportam o objeto de estudo, como relevantes para a disciplina de enfermagem: a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem (2001) e a Teoria das Transições, de Afaf Meleis (Meleis, 2010). Considerando que o estudo aborda a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado, inseridas nas famílias clássicas, serão abordados ainda os conceitos de autocuidado, dependência, famílias que integram dependentes no autocuidado e a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado, de forma a relacionar os dados obtidos nesta investigação com o conhecimento teórico existente.

1.1 TEORIA DE ENFERMAGEM DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado é composta pelas seguintes obras de referência: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que se relacionam entre si (Orem 1993,1995).

Na **Teoria do Autocuidado**, este é visto como uma função humana reguladora com vista à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, que os indivíduos desempenham por si próprios, ou que alguém desempenha por eles. Esta capacidade não é inata, mas adquirida ao longo do crescimento e desenvolvimento. A capacidade da pessoa se envolver no autocuidado pode estar limitada por fatores condicionantes como: a idade; o sexo; a orientação sociocultural; a condição de saúde e o estilo de vida da pessoa, salvaguardando ainda que, a ação de autocuidado implica a existência de capacidade cognitiva e física da pessoa, assim como a capacidade na tomada de decisão, desejo e motivação.

Quando a pessoa apresenta incapacidade para o autocuidado surge a necessidade de ajuda ou substituição na ação do autocuidado. Os diferentes tipos de ação de autocuidado foram designados por Orem (1993,1995) como *Requisitos de Autocuidado*: *requisitos universais*, *requisitos de desenvolvimento* e *requisitos de desvio de saúde*.

Os *Requisitos Universais de autocuidado* são comuns a todos os seres humanos, durante as etapas do ciclo vital, de acordo com a sua idade, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros. Estão relacionados com os processos de manutenção e funcionamento humano e ao bem-estar em geral.

Os *Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado* estão relacionados com os processos de desenvolvimento humano, às condições e eventos que ocorrem durante as fases do ciclo vital e a eventos que podem afetar de forma adversa o desenvolvimento.

Os *Requisitos de Desvio de Saúde* surgem após a manifestação de doença, incapacidade ou medidas terapêuticas, ocasionando uma mudança no comportamento do autocuidado.

A **Teoria do Défice de Autocuidado** é aquela que fundamenta a necessidade dos cuidados de enfermagem. Nas situações em que a pessoa possui limitações de ações para o seu próprio cuidado ou dos seus dependentes, seja em quantidade, qualidade, ausência ou limitação existindo, portanto, a justificação para o cuidado de enfermagem. Esta teoria preconiza que a ação do enfermeiro deve compensar os défices de autocuidado, no que se refere às categorias do autocuidado: universais, de desenvolvimento e desvio de saúde. A identificação do défice permite ao enfermeiro atuar com o objetivo de minorar os prejuízos, atuando com a pessoa dependente e/ou cuidador (Orem, 2001).

Relativamente à **Teoria dos Sistemas de Enfermagem** apoia-se num sistema de ações de enfermagem concebidos e executados tendo por base as necessidades de autocuidado e potencial da pessoa. Orem identificou três sistemas de enfermagem na resposta às necessidades ao nível do autocuidado: o *totalmente compensatório*, em que a pessoa é incapaz de participar nas atividades de autocuidado, dependendo para a sua sobrevivência de outras pessoas; o *parcialmente compensatório*, quando a pessoa realiza alguma das ações de autocuidado e o enfermeiro apenas assiste a pessoa a executar as ações de autocuidado, que a pessoa não é capaz de fazer; e o *sistema de apoio e educação*, em que a pessoa tem capacidade, mas necessita de ser ensinada ou supervisionada (Orem, 2001).

Durante o ciclo de vida, por variadas razões, a pessoa poderá oscilar na necessidade de autocuidado, na capacidade para a sua satisfação e na necessidade de ajuda, podendo essa ajuda ser fornecida por profissionais de saúde, família ou amigos, quando por perda de autonomia se caminha para a dependência (Ribeiro & Pinto, 2014).

1.1.1 Conceito de autocuidado

Da reflexão sobre o conceito de cuidar, chegamos à conclusão que é uma característica da essência da condição humana, todos necessitam de ser cuidados e são cuidadores. O cuidar assume um conceito central na disciplina de enfermagem, pois é no processo de cuidar/cuidados que os enfermeiros encontram a definição do que fazem, e do conhecimento que utilizam e criam enquanto disciplina. Segundo Queirós (2015):

> o cuidar de si e dos outros, autocuidado ou cuidado com os que nos rodeiam, cola-se e é inerente à nossa condição de humanos. Este constantemente questionado, sobretudo em forma de dilema ético, e revestido de várias nuances, acompanhando o desenvolvimento civilizacional desde a antiguidade clássica, é percebido hoje, como ação e atitude profissionalizada dando corpo à enfermagem. (p.145)

De acordo com o Internacional Council of Nurses (ICN), o autocuidado é definido como a "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 da vida diária" (ICN, 2018, p. 42). Esta definição engloba todas as atividades realizadas pela própria pessoa em benefício da sua saúde e bem-estar, e que compreendem entre outras: tomar banho, vestir e despir-se, arranjar-se, alimentar-se, usar o sanitário, elevar-se, virar-se, transferir-se, usar cadeira de rodas, andar, e gerir a terapêutica, tendo sido estas as atividades de autocuidado alvo desta investigação.

Para Orem (2001) o autocuidado refere-se ao conjunto de atividades auto-iniciadas com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar, sendo aprendido e executado de forma intencional e contínua de acordo com as necessidades individuais. Na verdade, o conceito autocuidado é indissociável de Dorothea de Orem. Conforme refere Petronilho (2012), a autora iniciou a conceptualização do autocuidado nos finais dos anos 50, sendo que a primeira publicação da teoria surge em 1971, no seu livro *"Nursing Concepts of Practice"*.

1.1.2 Conceito de dependência

O conceito de dependência pode ter vários significados, consoante o contexto em que é empregue. O conceito de dependência em Enfermagem é frequentemente associado ao autocuidado, e traduz-se por um estado de incapacidade e/ou perda de autonomia para a satisfação das necessidades. Para Orem, o conceito de dependência está

intimamente relacionado com o autocuidado, pois “a doença ou mau funcionamento físico ou mental podem limitar aquilo que a pessoa pode fazer por si mesma” (2001, p.46).

Já em 1998, o Conselho Europeu, citado por Figueiredo (2007), considerava a dependência, uma condição em que a pessoa se encontra, que por motivos de ausência ou perda de capacidade física, psíquica ou intelectual, necessita de assistência ou ajuda de outrem para realizar as atividades da vida diária.

De acordo com o Decreto-Lei Nº 101/2006, a dependência é definida como:

> a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária. (p. 3857)

De acordo com Gonçalves (2013), embora exista alguma similaridade entre o conceito de incapacidade e de dependência, importa esclarecer que, o primeiro é uma consequência de défices ou de limitações, enquanto o segundo manifesta-se como resultado de um processo que é consequência da incapacidade, em que a pessoa, por si própria, não consegue compensar.

A estes dois conceitos, está também interligado o conceito de autonomia, que segundo o ICN (2018) é considerada um “direito do cliente: status de auto governação e auto-orientação” (p.13). O termo autonomia está relacionado com a capacidade de a pessoa tomar decisões na sua vida, enquanto a dependência corresponde à incapacidade na realização das atividades de vida diária de autocuidado.

A dependência pode ocorrer em qualquer idade, e pode ser permanente ou temporária, cuja a evolução poderá modificar-se, prevenir-se ou reduzir-se se houver ambiente e assistência adequados (Carvalho, 2007).

As pessoas idosas, pelas alterações fisiológicas associadas ao próprio envelhecimento estão mais suscetíveis a apresentar processos de doença, sendo estas, por sua vez, geradoras de fenómenos de dependência. Dados do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2015) referem a existência de uma correlação positiva entre a idade e a dependência no autocuidado, decorrente da perda de funcionalidade.

Importa referir que a ocorrência de dependência não é exclusiva da pessoa idosa, uma vez que várias razões conduzem a situações de incapacidade e dependência no

autocuidado. O aumento da esperança de vida, das doenças crónicas, das doenças degenerativas, assim como, a doença aguda, associadas ao desenvolvimento das ciências da saúde, traduzem-se num aumento do número de pessoas com incapacidades e dependência na satisfação das suas necessidades.

Enquanto nas faixas etárias mais jovens, a dependência aparece na generalidade das situações associada a deficiência congénita ou adquirida, no caso dos idosos, a dependência é frequentemente uma consequência do processo gradual do envelhecimento humano (Nogueira, 2009).

Petronilho (2013) refere que as alterações demográficas relacionadas com o envelhecimento da população e os avanços nos cuidados de saúde, correspondem a um número considerável de pessoas em contexto domiciliário, em que a condição de saúde é representada pela dependência no autocuidado. Por conseguinte a família constitui a base de apoio à pessoa dependente no domicílio (Petronilho, 2007).

1.2 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

A teoria das transições teve início na década de 60, quando a enfermeira Afaf Ibrahim Meleis investigou o planeamento familiar e 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, bem como sobre as pessoas que não o conseguem fazer de uma forma saudável (Guimarães & Siva, 2016).

O termo transição, deriva do latim “transitione” e significa mudança, ato de passar de um lugar ou estado para outro. Meleis (2010) sugeriu que a “transição é um dos conceitos centrais para a disciplina de enfermagem” (p.38). Meleis e Trangenstein (1994) referem que a enfermagem tem como propósito facilitar os processos de transição, com o objetivo de alcançar um estado de bem-estar, de equilíbrio e de harmonia.

A teoria das transições é composta por três domínios: a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e, por fim, os padrões de resposta.

Em relação à **natureza**, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimento (relacionadas com as mudanças do 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 mesmo o

agravamento da sua condição de saúde); e organizacionais (mudanças relacionadas com o ambiente, que poderá ser social, político e económico, mudança dentro de uma organização, como por exemplo desempenhar funções de especialista num serviço) (Meleis, 2010). A transição do tipo organizacional é sem dúvida uma transição, mas não é objeto de intervenção em enfermagem, tal como referem Chick & Meleis (1986) existem apenas 3 tipos de transições relevantes para a enfermagem, que são relativas ao desenvolvimento, situacionais e ao estado saúde-doença.

Podem apresentar diferentes **padrões**: únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não. Por exemplo, no caso do surgimento de incapacidade numa pessoa adulta, para além de vivenciar um processo de saúde-doença, poderá sofrer uma alteração situacional com a redefinição de papéis no seio familiar, social ou profissional. As transições são complexas, multidimensionais e possuem **propriedades** inerentes à própria experiência da transição, como a: consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o período de tempo e os eventos e pontos críticos (Meleis, 2000).

A *consciencialização* é considerada a propriedade chave de todo o processo de transição. Ela está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. Tomando o exemplo da reconstrução de autonomia, num lesionado vertebro medular, se a pessoa não tomar consciência que não voltará a andar da mesma forma que andava, nunca se conseguirá o seu envolvimento num processo de reabilitação, em que se pretenda treinar o uso de cadeira de rodas. Chick & Meleis (1986) sustentam a ideia de que a consciencialização em torno das mudanças que decorrem, é essencial para "estar em transição". Contudo, Meleis *et al* (2000), contradiz esta afirmação, sugerindo que a ausência de consciencialização das mudanças não é sinónimo de não se estar a iniciar uma transição, pois a consciencialização da necessidade, pode ser identificada antecipadamente pelo enfermeiro, mesmo antes da própria pessoa tomar consciência da necessidade de se ajustar à situação.

O conceito de *envolvimento* enquanto propriedade de uma transição é entendido como o grau com que alguém revela implicar-se no processo de transição. A consciencialização condiciona o envolvimento, uma vez que ninguém se envolve naquilo que não reconhece. A condição de saúde da pessoa, os recursos disponíveis e o suporte social também influenciam o nível de envolvimento (Meleis, 2000). Quando um doente procura informação sobre a sua doença ou sobre os recursos existentes, adotando mesmo novas formas de viver e de ser, então está envolvido no processo de transição.

A *mudança* é uma propriedade da transição que engloba as dimensões de natureza da mudança, a temporalidade, a importância percebida da gravidade da situação, as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais. No que se refere à *temporalidade* é importante perceber em que momento é que a pessoa e/ou família reconhece a necessidade de mudança. É importante também perceber qual vai ser o impacto no estilo e hábitos de vida da pessoa e família. A respeito das normas e expetativas pessoais, familiares e sociais importa explorar se esta mudança era esperada, confrontando-a com as normas e expetativas da sociedade. A *diferença* pode revelar-se quando comparamos a realidade com as expetativas, pois a pessoa pode sentir-se diferente, pode ser visto como diferente ou ver o mundo e os outros de uma forma diferente. É importante durante o processo de transição avaliar o nível de conforto com a situação, o impacto de mudança e da diferença no nível de bem-estar e a capacidade de a pessoa lidar com essas mudanças e diferenças (Meleis et al, 2000). Já houve situações em que os doentes referem desejar a morte, em vez de ficar numa cadeira de rodas, por não se reconhecerem nesta nova forma de ser e de viver.

O processo de se adaptar ao novo modo de ser e de estar exige um *período de tempo*. Efetivamente a transição tem um início e um fim. Existe a rutura com o que era habitual e o viver com as alterações inerentes à transição e o ajustar-se à nova condição, conseguindo um novo equilíbrio (Chick e Meleis, 1986).

De acordo com Meleis et al (2000) os *eventos e pontos críticos* podem interferir com o desenrolar da transição visto que podem influenciar a velocidade do processo, da consciencialização e do envolvimento. Geralmente quando ocorrem, correspondem a um período de maior fragilidade e vulnerabilidade das pessoas envolvidas.

O modo de lidar com a transição é diferente em todas as pessoas. De fato existem **condições facilitadoras e inibidoras**. As *condições pessoais* podem favorecer ou dificultar o processo de transição. Meleis et al (2000) diz-nos que as condições pessoais são: os significados (valor atribuído às coisas); as crenças e atitudes culturais (a atitude como a predisposição de um indivíduo em responder ou agir de uma forma expectável, e crenças como resultado da educação, da cultura, do ambiente e das experiências anteriores); o status económico (nível de rendimentos, a ocupação profissional e o grau de instrução) e o nível de preparação, tal como o nível de conhecimentos/habilidades (a reformulação da identidade envolve novos conhecimentos, para tomar novas decisões, e novas habilidades para lidar com a nova condição).

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 saudável.

O suporte familiar, a informação relevante, o aconselhamento sobre as diferentes possibilidades, o suporte na tomada de decisão, o encaminhamento para os recursos disponíveis, a resposta às dúvidas e às necessidades efetivas podem ser considerados fatores facilitadores da transição. Por outro lado, o suporte insuficiente ou inadequado, o aconselhamento desajustado, a informação insuficiente ou contraditória podem ser fatores inibidores (Meleis et al, 2000).

Os estigmas, os estereótipos e a marginalização existentes em algumas sociedades podem interferir no processo de transição, sendo frequentemente fatores de inibição.

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. Esta monitorização traduz dados sobre a evolução da transição. Assim, as transições podem ser classificadas em saudáveis ou não saudáveis (Meleis et al, 2000).

A transição saudável é aquela em que existe mestria nos comportamentos e nos sentimentos associados ao novo papel e identidade. A transição não saudável é aquela em que existe défice no desempenho do papel. "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).

Na teoria das transições de Meleis são considerados *indicadores de processo*: o sentir-se ligado (necessidade de estabelecer relações com outros, por exemplo sentir-se confortável na relação com o profissional de saúde); o interagir (há situações em que a lógica da interação tem que ser reformulada, pois pode haver compromisso, por exemplo na necessidade dos outros para a realização de tarefas em que anteriormente era autónomo); sentir-se situado (consciencialização e a aceitação da condição de saúde) e o desenvolver confiança e coping (o desenvolvimento da confiança é manifestado pela compreensão dos aspetos associados ao diagnóstico, tratamento, recuperação e viver com limitações e o coping é um processo progressivo durante o qual as pessoas vão revelando mais conhecimento sobre a situação, melhor compreensão como resultado da experiência vivida) (Meleis, 2012).

Meleis et al (2000, p. 26) apresentam 2 *indicadores de resultado*: a mestria e uma nova identidade. É necessário desenvolver competências para gerir a nova condição e desenvolver novos padrões de pensar e agir face à situação atual. Assim, a

consequência da transição saudável será a perceção de conforto na nova identidade, isto é, "*a fluid yet integrative identity*".

De acordo com Gomes & Queirós (2018) existe uma transição saudável, isto é, eficaz quando os utentes se sentirem bem consigo próprios, bem com os outros e demonstrem mestria "considerando-se como mestria a capacidade de gerir sinais e sintomas, eventual medicação prescrita, e conseguir gerir eficazmente os processos de vida e de trabalho" (p.70).

Segundo Queirós (2012, p.114) os enfermeiros facilitam os processos de transição, "fornecendo, gerindo o autocuidado terapêutico desde a conceção até à morte - ao longo do ciclo vital, procurando que o percurso vivencial de indivíduos, famílias e comunidades seja cumprido com bem-estar e não apenas no conceito de saúde ou no de ausência de doença".

Também Guimarães & Siva (2016, p.5) afirmam que são vários os estudos que "identificam o enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição e o cuidado transicional como um foco de atenção para as práticas da Enfermagem". O conhecimento dos processos de transição que as pessoas e as suas famílias vivenciam é inevitável e de enorme relevância para o exercício profissional dos enfermeiros (Gonçalves,2013).

1.3 FAMILIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

A família, ao longo dos tempos tem sido considerada como a principal responsável pela promoção da autonomia e pelo cuidado a todos os seus membros, desempenhando uma função primordial (Martins & Mesquita, 2016). Ela é considerada inclusive, um sistema social primário, que permite o desenvolvimento do individuo a nível físico, pessoal e emocional (Sarmento, Pinto, & Monteiro, 2010). Uma das suas funções essenciais, tem sido o acompanhamento e apoio das pessoas dependentes ou com incapacidade, quer seja por doença ou velhice, constituindo-se como o grupo primário de apoio, sendo imprescindível no cuidado a longo prazo (Sequeira, 2018).

O conceito de família utilizado no presente estudo é o de família clássica e têm por base a definição do Instituto Nacional de Estatística (INE), que a descreve como um:

> conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa

> independente que ocupa uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. (INE, 2012, p.547).

O papel do membro da família prestador de cuidados é de significativa importância na rede de apoio informal, sendo o cuidado informal, todo aquele que não é renumerado, prestado de modo parcial ou integral, à pessoa com dependência, por pessoas, na sua generalidade pertencentes à família (Sarmento et al., 2010).

Os cuidados informais definem-se como "os que são executados de forma antecipada, não renumerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos; executados preferencialmente no domicílio e que habitualmente ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, dos amigos, vizinhos ou outros (...)" (Sequeira, 2018, pp. 167-168).

O cuidador informal é geralmente um elemento da família, especificamente, mulheres, solteiras, domésticas ou desempregadas, e que coabitam com a pessoa dependente (Melo, Rua, & Santos, 2014). De acordo com Sequeira (2018) a escolha do cuidador está dependente de várias circunstâncias, nomeadamente do aspeto cultural, em que à mulher, enquanto mãe e esposa, está implícita a responsabilidade de cuidar e de realizar as tarefas domésticas.

O cuidador é o individuo que, segundo a definição do ICN (2018), corresponde "aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente" (p.39).

Neste sentido, segundo Petronilho (2013), a eficácia dos cuidados informais passa, necessariamente, pelos apoios que as famílias (particularmente os seus membros cuidadores) recebem, quer da rede informal, quer da rede formal.

Ajudar os familiares cuidadores a assumirem o papel de cuidadores é um dos focos de atenção decisivos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pois quanto mais a pessoa se identifica e assume o seu novo estatuto de cuidador, maior será a sua disponibilidade para desempenhar esse papel, contribuindo desta forma para o seu próprio bem-estar (Petronilho, 2007).

Por vezes a necessidade de assumir o papel de cuidador surge de forma inesperada, após um evento crítico, em que a pessoa fica dependente de um momento para o outro (Graça et al., 2018) Devido a esta nova situação de dependência, quer a pessoa dependente, quer o seu familiar cuidador experienciam uma mudança nas suas vidas, isto é, uma transição, uma vez que incorporam mudanças na forma de ser e de estar, implicando uma adaptação a uma nova condição. Nesta situação, podemos experienciar

várias transições, uma vez que não é apenas o individuo que sofre uma transição do tipo saúde-doença, mas também o seu cuidador, que assumirá um papel novo, de cuidar da pessoa dependente e tudo o que implica, assim como toda a família poderá sofrer uma transição do tipo organizacional, quando por exemplo na família se assumem novas responsabilidades (Gonçalves, 2013).

1.4 A CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

A condição de saúde segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), "é um termo genérico para doenças (agudas ou crónicas), perturbações, lesões ou traumatismos. Uma condição de saúde pode incluir também outras circunstâncias como gravidez, envelhecimento, stress, anomalia congénita, ou predisposição genética" (OMS, 2004, p. 186).

A condição de saúde à luz da teoria das transições poderá ser alocada aos padrões de resposta da pessoa dependente, pois constitui um indicador dos comportamentos individuais de saúde. Por outro lado, pode representar também um indicador da qualidade dos cuidados prestados, quer pelo familiar cuidador, quer pelos profissionais de saúde (Gonçalves, 2013).

Conforme descreve Petronilho (2013) os ganhos em saúde da pessoa dependente, concretamente a promoção do bem-estar e autocuidado, a readaptação a uma nova condição de saúde e a prevenção de complicações, obtêm-se, maioritariamente, através de um desempenho eficaz do familiar cuidador.

Num estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador, em que se caracterizou a evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado, através da avaliação da mesma, em três momentos distintos, constatou-se que ao nível dos compromissos dos processos corporais, existiu um agravamento, nos domínios relacionados com a imobilidade, como o sistema respiratório, musculoesquelético e tegumentar, especialmente nas pessoas muito dependentes, sugerindo que, a aquisição de competências por parte do cuidador de forma a prevenir complicações, deverá ser um foco de atenção dos enfermeiros (Petronilho 2013).

Ao encarar um diagnóstico assente na avaliação clínica centrada na doença, torna-se insuficiente para avaliar a condição de saúde da pessoa dependente, uma vez que os indicadores centrados em processos de doença baseiam-se sobretudo em taxas de mortalidade e morbilidade (Gonçalves, 2013). De acordo com o mesmo autor, e citando

Pereira (2007) são necessários novos indicadores que possibilitem avaliar a condição de saúde individual e a contribuição dos enfermeiros, para esse bem-estar, acrescentando ainda que, esses indicadores clínicos, traduzem, em que medida, as complicações de saúde estão a ser evitadas e /ou controladas. Deste modo, num estudo focado no autocuidado, a "condição de saúde da pessoa dependente terá de ser caracterizada a partir da centralidade que essa dependência assume no respetivo quotidiano" (Gonçalves, 2013, p. 49).

Assim, e no contexto do presente trabalho, centrado na dependência no autocuidado, a condição de saúde da pessoa dependente, será caracterizada a partir da observação de alterações visíveis, que possam ser facilmente identificadas pelos investigadores, e que no seu conjunto, possam ser úteis na monitorização da qualidade do autocuidado da pessoa dependente (Gonçalves, 2013).

Considerando o instrumento de recolha de dados, concebido por uma equipa de investigadores da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), que foi utilizado durante esta investigação, a avaliação da condição de saúde da pessoa dependente foi feita através de indicadores clínicos (básicos), e que são (como referido anteriormente) sensíveis à qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente e cujo o conteúdo foi definido com recurso à Nursing Outcomes Classification (NOC) (Costa, 2013).

Esses indicadores são: o **compromisso do status do volume de líquidos** (sinais aparentes de desidratação, olhos encovados, pele seca, mucosas secas); o **compromisso do status nutricional** (sinais aparentes de desnutrição, magreza excessiva, obesidade mórbida, IMC, que peso perdeu nos últimos três meses); o **compromisso do movimento articular** (comprometimento da amplitude articular do cotovelo, punho, anca, joelho e tornozelo); o **compromisso da integridade dos tecidos corporais** (pele comprometida, n.º de úlceras de pressão, feridas não tratadas/não cuidadas, eritema da fralda); o **compromisso do padrão de eliminação intestinal** (n.º de dejeções); o **compromisso do processo respiratório** (comprometimento da limpeza das vias aéreas, acumulação de secreções traqueobrônquicas, ruídos respiratórios anormais, aumento da frequência respiratória, deglutição comprometida); o **compromisso do padrão geral de higiene ou asseio** (má condição de higiene e asseio, odores corporais, unhas sujas, má higiene oral, secreções: oculares, auditivas e nasais, sujidade corporal visível, má condição de vestuário, roupa suja, roupa desbotoada, roupa inadequada, à temperatura ambiente, à condição antropométrica e à condição de dependência), o **compromisso do processo do sistema nervoso** (sabe em que mês está e em que terra vive, repete três palavras, faz cálculos simples e identifica objetos comuns) e, finalmente, as **quedas**.

Consequentemente, a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, não compreenderá somente as complicações de saúde, mas inclui também aspetos não fisiológicos, como são exemplo - a condição de higiene e vestuário, uma vez que, em conjunto, poderão fornecer dados relevantes para a avaliação do tipo de cuidados que estão a ser assegurados.

1.5 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Não sendo um dado novo, importa referir que as transformações demográficas ocorridas nos últimos anos mostram uma tendência para o envelhecimento da população portuguesa, consequência do aumento da esperança de vida e do declínio da natalidade, estimando-se que o "... índice de envelhecimento duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080..." (INE, 2020, p. 1).

Paralelamente, ocorreu alteração dos padrões de doença, com o acréscimo das doenças crónicas e degenerativas, em que Portugal é o 3º país da OCDE com maior percentagem de pessoas com mais de 65 anos, a viver com duas ou mais doenças crónicas, de acordo com o relatório *Health at a Glance* de 2019.

Simultaneamente, verifica-se um aumento significativo dos índices de dependência dos idosos, nomeadamente, de 28,8% em 2011 para 36,8% em 2021(valor provisório), bem como, do índice de dependência total, que aumentou de 51,3% em 2011 para 57% em 2021 (valor provisório) (PORDATA, 2021).

Estas alterações refletem um aumento do número de pessoas idosas, que vivem com doenças crónicas, às quais se associam o declínio da sua funcionalidade e maior dependência (Slayter et al., 2019). Tais mudanças implicam, uma maior necessidade de cuidados de saúde, que no domicílio é, na maioria dos casos, assumida pela família, constituindo-se um novo desafio na área dos cuidados de saúde, e em particular para os enfermeiros.

Tendo em conta o Regulamento das competências específicas (Regulamento n.º 392/2019) do EEER, no seu preâmbulo:

> A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a

> função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima. (p. 13565)

Acrescenta ainda, que as suas intervenções têm como objeto a manutenção das capacidades funcionais, a prevenção de complicações e de incapacidades, através da utilização de intervenções terapêuticas, com vista a melhorar as funções residuais, a manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida (idem).

Neste contexto, o fenómeno da dependência no autocuidado assume na enfermagem, e em particular nos EEER, um foco de atenção indispensável na intencionalidade das suas intervenções, nomeadamente na promoção da independência no autocuidado (Petronilho et al., 2021). Ainda de acordo com os mesmos autores, os EEER são os profissionais de saúde que, pelas suas competências específicas, diferenciadas e pela proximidade, estão mais aptos a incorporar todas as dimensões do cuidado, ou seja, dar resposta às necessidades das pessoas com incapacidade funcional para a realização das atividades de vida, mas também proporcionar uma aprendizagem relevante que promova a capacidade de autogestão da doença (com destaque para a doença crónica) e obter o máximo de independência na satisfação das suas necessidades, favorecendo, assim, o autocuidado.

O EEER na sua intervenção tem presente, não só as necessidades da pessoa alvo dos seus cuidados, mas também as necessidades do familiar cuidador, pelo que este deverá ser incluído no plano de intervenção, com a perspetiva de continuidade de cuidados (Frota Cavalcante et al., 2018). Petronilho et al. (2021) sustentam que o EEER ao definir e implementar modelos de assistência, centrados no planeamento do regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado, contribui para o desenvolvimento de competências das famílias que integram dependentes, podendo desse modo, diminuir situações de maior risco, diminuir as taxas de readmissão no hospital, e ainda reduzir os custos financeiros, mediante a otimização dos recursos na prestação de cuidados.

Num estudo sobre famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado no concelho do Porto, a problemática - condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado, revelou que embora exista um envolvimento efetivo dos familiares cuidadores, estes assumem os autocuidados em que utilizam as experiências adquiridas na realização do seu próprio autocuidado, apresentando maiores constrangimentos quando o défice no autocuidado da pessoa dependente, exige uma ação diferenciada (Gonçalves, 2013).

Por se desconhecer de que forma as famílias estão a lidar com a situação de dependência no autocuidado do seu familiar, e em particular, qual a condição de saúde da pessoa dependente, surge a pertinência deste estudo.

Embora nos últimos anos tenha existido um esforço para caracterizar o fenómeno da dependência do autocuidado, os estudos foram delimitados aos concelhos de Lisboa (Costa, 2013), Porto (Gonçalves, 2013), Matosinhos (Campos, 2015), Maia (Rocha, 2015) e Paços de Ferreira (Regadas, 2015), não existindo até ao momento nenhum estudo similar no concelho de Coimbra (OPSS, 2015).

Assim sendo, considera-se de enorme relevância conhecer um conjunto de aspetos significativos, relativos às pessoas em situação de dependência no autocuidado e aos seus familiares cuidadores, nomeadamente a condição de saúde das pessoas dependentes, para que, os enfermeiros e com destaque para os EEER, pela natureza do seu conteúdo funcional, representem um recurso na identificação, implementação e avaliação de intervenções adequadas às necessidades dos dependentes e família, facilitando o processo de transição, que as mesmas vivenciam, traduzindo-se na melhoria da saúde e bem-estar das pessoas.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos expor, de forma detalhada, as opções metodológicas e os seus fundamentos, nomeadamente a finalidade do estudo, os objetivos a questão de investigação, o tipo de estudo, a população e amostra, as variáveis em estudo e a sua operacionalização, os procedimentos de recolha de dados e as questões éticas.

2.1 FINALIDADE DO ESTUDO

O escopo deste estudo, inserido num estudo mais alargado sobre o fenómeno da dependência no autocuidado, foi conhecer a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado que se encontram no domicílio, integradas no seio das famílias clássicas, de uma freguesia do concelho de Coimbra. Desta forma pretendemos ampliar o conhecimento sobre a temática em análise, o que poderá constituir-se uma informação útil, baseada em evidências, favorecendo o planeamento e a organização de modelos assistenciais adequados às necessidades das pessoas dependentes e das suas famílias, alvejando, portanto, a melhoria continua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, e em particular do EEER.

2.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO

A questão de investigação é uma reformulação direta da declaração de finalidade, mas na forma interrogativa, com vista à obtenção de uma resposta (Polit, Beck & Hungler 2004). Deste modo a pergunta de investigação orientadora do estudo foi:

Qual a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado, integradas nas famílias clássicas de uma freguesia do concelho de Coimbra?

A partir da questão apresentada definiu-se o objetivo do estudo. Por conseguinte, delineou-se como objetivo:

- Caracterizar a condição de saúde, da pessoa dependente no autocuidado no domicílio, inserida nas famílias clássicas da União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades (UFSMBRF).

2.3 TIPO DE ESTUDO

Considerando a questão de investigação e o respetivo objetivo trata-se de um estudo descritivo simples, transversal e de natureza quantitativa.

No âmbito desta investigação, ao explorar o fenómeno da dependência no autocuidado, pretendeu-se contribuir para um melhor conhecimento do problema, neste caso em concreto, caracterizando a condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado. É também um estudo descritivo simples, uma vez que se pretende observar, descrever e identificar características de um fenómeno, num domínio não completamente conhecido (Fortin, 2009).

Esta investigação é considerada de base populacional, porque não se programa qualquer tipo de intervenção ativa e o investigador toma o lugar de observador.

Em relação à dimensão temporal, consiste num estudo transversal, na medida em que a colheita de dados se realizou num único momento.

2.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Em relação a este estudo, a população alvo é constituída pelas famílias clássicas residentes na UFSMBRF, do concelho de Coimbra, à data da realização da colheita de dados, perfazendo um total de 6185 (INE, 2014).

Dada a dimensão da população (6185 famílias clássicas) procedeu-se à seleção de um subconjunto dos elementos – amostra- à qual foram realizados a recolha dos dados, sendo que, a mesma é representativa da população escolhida.

2.4.1 Plano de amostragem

A dimensão da amostra do primeiro momento do estudo foi estimada a partir do número de famílias clássicas identificadas na UFSMBRF, nos Censos 2011 (INE, 2014). No segundo momento, a amostra foi constituída por todos os casos em que a ocorrência se verificou no primeiro momento, isto é, em todas as famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado e que aceitaram em participar no estudo.

Para se obter a dimensão da amostra, representativa da população, do primeiro momento, optou-se por um plano de amostragem probabilístico, sendo este o único método confiável para obter amostras representativas em estudos qualitativos (Polit & Beck, 2019). Este plano de amostragem compreendeu a seleção aleatória de elementos

da população e tem como vantagem a redução do erro de amostragem permitindo obter a melhor a representatividade possível (Fortin, 2009).

Para determinar o tamanho da amostra optou-se por recorrer à fórmula adotada por Gil (1991): $n = \frac{z^2 xp(1-p)}{d2}$. Tendo em conta a amplitude do universo, um nível de confiança de 99,7%, um erro máximo de 3%, e considerando como percentagem de ocorrência do fenómeno o valor máximo possível de 50% (valor que *p* toma quando a percentagem de ocorrência do fenómeno não é conhecida), a dimensão da amostra calculada é de 387 famílias clássicas.

No processo de seleção das famílias clássicas para amostra recorreu-se ao ArcGIS (Geographic Information System). Este sistema é um aplicativo informático, com mapas e informações geográficas, que permite definir uma amostra geograficamente representativa da área em estudo, com um método de amostragem probabilística. O mesmo, tem por base um sistema de identificação de unidades da amostra, a partir de imagens de satélite, que representam partes da área geográfica em estudo (Schoenmakers, 2005).

Neste estudo utilizou-se os quarteirões como unidade de amostra, para poderem ser contatadas várias famílias, de forma a facilitar o processo de recolha de dados. Para a concretização deste processo, recorreu-se à Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI), que consiste numa base de dados georreferenciáveis, desenvolvida com a participação do INE, a partir da informação estatística existente. Através da utilização dos dados dos Censos 2011, relativos à distribuição geográfica das famílias clássicas e respetiva georreferenciação na BGRI, e com o apoio do sistema de informação geográfico (ArcGIS®), foi possível identificar os quarteirões na freguesia e determinar o número de famílias clássicas a contactar em cada um deles (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de famílias da amostra por quarteirões

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

2.4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão indicam as caraterísticas essenciais dos elementos da população, de forma a obter uma amostra o mais homogénea possível. Os critérios de exclusão determinam os indivíduos que não farão parte da amostra (Fortin, 2009).

Os critérios de inclusão definidos para este estudo foram:

- aceitar participar no estudo;
- famílias clássicas residentes na UFSMBRF;
- a família clássica integrar pelo menos um membro da família dependente no autocuidado;
- dependente e respondente ter idade igual ou superior a 18 anos.

Os critérios de exclusão das famílias clássicas:

- os indivíduos que não corresponderam a todos os critérios de inclusão;

- o membro da família dependente no autocuidado ser uma criança, e a dependência estar relacionada com o processo de desenvolvimento e crescimento.

2.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO E OPERACIONALIZAÇÃO

As variáveis podem ser classificadas de diferentes formas, consoante a sua utilização na investigação. Nas investigações em saúde, uma variável é uma qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores. Nos estudos de perfil exploratório é usual utilizar-se os termos "variáveis centrais ou em estudo", assim os diferentes aspetos que permitem a caracterização da condição de saúde dos dependentes dizem respeito aos conceitos centrais em estudo (Polit, Beck & Hungler, 2004).

No contexto deste estudo, como já referido, em que se pretende caracterizar a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado, faz sentido, antes de mais, a caracterização da amostra, pelo que de seguida serão apresentadas as variáveis utilizadas, bem como a sua operacionalização, para a caracterização das famílias que integravam os dependentes, dos membros da família prestador de cuidados (MFPC), das pessoas dependentes, e por fim, as variáveis centrais do estudo – condição de saúde do dependente no autocuidado.

2.5.1 Variáveis de caracterização da família

No que diz respeito às famílias em que estavam integrados os dependentes, utilizou-se como variáveis de caracterização: o tipo de família, o rendimento do agregado familiar e o número de membros da família (Tabela 2).

Tabela 2 - Operacionalização das variáveis de caracterização da família

Variável	Valor	Tipo
Tipo de família	Clássica sem núcleos Clássica com um núcleo Clássica com dois núcleos Clássica com três núcleos	Qualitativa ordinal
Rendimento do agregado familiar	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	Qualitativa ordinal
Número de membros da família	Número	Quantitativa

2.5.2 Variáveis de caracterização do MFPC

Relativamente à caracterização dos familiares cuidadores, foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão, coabitação com o dependente, e parentesco (Tabela 3).

Tabela 3 – Operacionalização das variáveis de caracterização do MFPC

Variável	Valor	Tipo
Sexo	Masculino Feminino	Qualitativa nominal dicotómica
Idade	Anos	Quantitativa
Estado Civil	Casado/ União de facto Solteiro Viúvo Divorciado	Qualitativa nominal
Nacionalidade	Portuguesa Não portuguesa	Qualitativa nominal dicotómica
Nível de Escolaridade	Nenhum Ensino básico -1.º ciclo (4 anos) Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos) Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos) Ensino secundário (11 ou 12 anos) Ensino superior	Qualitativa nominal

Tabela 3 – Operacionalização das variáveis de caracterização do MFPC (continuação)

Variável	Valor	Tipo
Profissão	Membros das forças armadas Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa Especialistas das profissões intelectuais e científicas Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares Pessoal dos serviços e vendedores Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas Operários, artificies e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Reformado Estudante Outra	Qualitativa nominal
Coabita com o dependente	Sim Não	Qualitativa nominal dicotómica
Parentesco	Marido/Esposa Pai/Mãe Filho/Filha Irmão/Irmã Afinidade Sem grau de parentesco Outra	Qualitativa nominal

2.5.3 Variáveis de caracterização da pessoa dependente no autocuidado

Para a caracterização da pessoa dependente foram utilizadas as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão) descritas na tabela anterior, assim como a situação que originou a dependência, o modo de instalação da dependência, o tempo da dependência, o consumo de medicamentos, a sua variedade e número nas tomas/dia, internamentos no último ano e episódios de recursos ao serviço de urgência (SU), também no último ano (Tabela 4).

Tabela 4 – Operacionalização das variáveis de caracterização da pessoa dependente no autocuidado

Variável	Valor	Tipo
Situação que originou a dependência (Envelhecimento, Acidente, Doença aguda, Doença crónica, Outra)	Sim Não	Qualitativa nominal dicotómica
Instalação da dependência	Súbita Gradual	Qualitativa nominal dicotómica
Tempo da dependência	Anos Meses	Quantitativa
Consumo de medicamentos	Sim Não	Qualitativa nominal dicotómica
Número de fármacos nas tomas/dia	Número total de fármacos nas tomas diárias	Quantitativa
Variedade de fármacos	Número de fármacos diferentes tomados por dia	Quantitativa
Internamentos no último ano	Nenhum Um Dois Três Mais de três (especificar)	Quantitativa
Episódios de recursos ao SU, no último ano	Nenhuma Uma Duas Três Mais de três (especificar)	Quantitativa

2.5.4 Variáveis de caracterização da condição de saúde do dependente no autocuidado

A caracterização da condição de saúde do dependente é avaliada através de indicadores sensíveis à prestação de cuidados pelo familiar. De acordo com o instrumento de recolha de dados utilizado, as varáveis relativas à condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado foram agrupadas tendo em conta compromissos corporais, anteriormente definidos e descritos, e estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 – Operacionalização das variáveis que caracterizam a condição de saúde do dependente no autocuidado

Variável		Valor	Tipo
Status do volume de líquidos	Sinais aparentes de desidratação Olhos encovados Pele seca Mucosas secas	Sim Não	Qualitativa nominal dicotómica
Status nutricional	Sinais aparentes de desnutrição	Sim/ Não	Qualitativa nominal dicotómica
	Magreza excessiva	Sim/ Não	Qualitativa nominal dicotómica
	Obesidade Mórbida	Sim/ Não	Qualitativa nominal dicotómica
	IMC	N.º	Quantitativa
	Peso perdido nos últimos 3 meses	N.º	Quantitativa
Movimento articular	Comprometimento da amplitude articular Articulação cotovelo dto. Articulação cotovelo esq. Articulação punho dto. Articulação punho esq. Articulação anca dto. Articulação anca esq. Articulação joelho dto. Articulação joelho esq. Articulação tornozelo dto. Articulação tornozelo esq.	Sim Não	Qualitativa nominal dicotómica
Integridade dos tecidos corporais	Pele comprometida	Sim/ Não	Qualitativa nominal dicotómica
	Número de úlceras de pressão	N.º	Quantitativa
	Localização úlceras de pressão	Região sagrada Trocânter Maléolo Calcâneos Outra	Qualitativa nominal dicotómica
	Feridas não tratadas/ não cuidadas	Sim/ Não	Qualitativa nominal dicotómica
	Eritema da fralda	Sim/ Não	Qualitativa nominal dicotómica
Padrão de eliminação intestinal	N.º de dejeções (vezes/semana)	N.º	Quantitativa
Processos respiratórios	Comprometimento da limpeza das vias aéreas Acumulação de secreções traqueobrônquicas Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações) Aumento da frequência respiratória Deglutição comprometida	Sim Não	Qualitativa nominal dicotómica

Tabela 5 – Operacionalização das variáveis que caracterizam a condição de saúde do dependente no autocuidado (continuação)

Variável		Valor	Tipo
Padrão geral de higiene ou asseio	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	Sim Não	Qualitativa nominal dicotómica
Quedas	N.º de quedas no último mês	N.º	
Processo do sistema nervoso	Estado mental Sabe em que mês está? Sabe em que terra vive? Repete três palavras (pera, gato e bola)? Faz cálculos simples Identifica objetos comuns	Sim Não	Qualitativa nominal dicotómica

À posteriori, as diferentes variáveis relacionadas com a mesma dimensão da condição de saúde foram agrupadas em novas variáveis, uma vez que, sendo variáveis nominais dicotómicas, foi atribuído um score 1 na presença de sinais ou manifestações indesejáveis (resposta: “sim”) e o score 2 na ausência dos mesmos (resposta: “não”). Houve a exceção no processo do sistema nervoso, uma vez que a resposta negativa não traduzia um aspeto negativo, assim como a positiva também não correspondia a um aspeto positivo. Neste caso em particular, foi atribuído o valor resultante da média dos valores das variáveis de origem (cinco), podendo assumir valores entre 1 e 2. Em que se a média da variável fosse igual a 2, então a nova variável teria um score2, ou seja, “sem alterações”, e se a média fosse inferior a 2, a nova variável teria um score 1, isto é, “com alguma alteração”.

A variável intervalar “número de quedas” foi transformada na variável nominal dicotómica “quedas no último mês” com valores “sim” ou “não”, consoante, tenha tido pelo menos uma queda no último mês ou nenhuma, respetivamente.

A partir das variáveis anteriores e dos valores (entre 1 e 2) surgiram novas variáveis, em que se a variável que lhe deu origem tivesse um valor menor do que 2, corresponderia ao “sim”, e caso se obtivesse um valor igual a 2 corresponderia ao “não”. Desta forma surgem oito novas variáveis nominais:

- presença de sinais aparentes de desidratação;
- presença de sinais aparentes de desnutrição;
- presença de sinais aparentes de rigidez articular;
- presença de sinais aparentes de compromisso com a integridade da pele;
- presença de sinais aparentes de compromisso respiratório;
- presença de sinais de condição de higiene e asseio deficiente;
- presença de sinais de condição de vestuário deficiente;
- presença de sinais de alteração do estado mental.

Com o propósito de conseguir uma visão global da condição de saúde de cada uma das pessoas dependentes, computou-se com base no conjunto das oito variáveis, descritas anteriormente, uma nova variável global intervalar – condição de saúde. Neste caso o valor a atribuir resulta da soma das variáveis de origem, podendo assumir os valores entre 0 (ausência de sinais de compromisso/ melhor condição de saúde da pessoa dependente) e 8 (presença de sinais de compromisso em todos os domínios/ pior condição de saúde da pessoa dependente).

2.6 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Inicialmente foram estabelecidos e uniformizados os critérios sobre a forma de colher os dados, através de reuniões com os alunos (de mestrado de reabilitação) e os docentes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), inseridos no estudo.

De forma a facilitar a recolha de dados junto das famílias da freguesia em estudo, foram realizadas reuniões com o presidente da junta, de modo a dar a conhecer a investigação pretendida e a estabelecer uma parceria para a sua divulgação. Foram elaborados uns folhetos informativos (Apêndice I) acerca do trabalho de investigação, com a explicação sucinta dos seus objetivos, assim como, a identificação dos investigadores, tendo sido

distribuídos pelos próprios nas caixas de correio das casas, que pertenciam às ruas definidas pelo sistema de georreferenciação, referidas anteriormente, e algum tempo antes do início da aplicação do formulário. A recolha de dados decorreu entre 26 de outubro de 2021 e 4 de fevereiro de 2022.

A equipa de recolha dos dados foi constituída por três enfermeiros (alunos de mestrado de reabilitação), tendo cada um deles recolhido a totalidade da informação necessária para o estudo alargado do fenómeno, embora se soubesse que apenas iria investigar uma parte dos dados colhidos. Esta estratégia permitiu não só agilizar a colheita de dados, mas acima de tudo, ser a mais conveniente para as famílias, uma vez que, a aplicação do formulário exigia alguma disponibilidade por parte das mesmas.

A recolha de dados obedeceu a um esquema específico (Anexo 1) e foi executada em dois momentos sucessivos. Num primeiro momento contactou-se as famílias (porta-a-porta) com o intuito de saber se tinham familiares dependentes no autocuidado, ou parentes próximos dependentes institucionalizados, e caso a resposta fosse afirmativa, solicitava-se a autorização para a avaliação da situação de dependência. O segundo momento foi dirigido apenas às famílias com membros dependentes no autocuidado e que aceitaram participar, utilizou-se o formulário construído para o efeito.

2.6.1 Instrumento de recolha de dados

Na investigação descritiva o questionário é um instrumento útil, uma vez que permite recolher a maior quantidade de informação possível e interrogar u grande número de pessoas (Fortin, 2009).

O instrumento de recolha de informação já validado e utilizado em diferentes estudos, denominado - Famílias que integram dependentes no autocuidado – (Anexo 2), foi construído e desenvolvido pela unidade de investigação da ESEP, tendo sido autorizada a sua utilização.

Este instrumento encontra-se organizado em três partes autónomas:

- Parte I- Inquérito preliminar/caracterização;
- Parte II – Formulário PCD (Prestador de cuidados/dependente);
- Parte III – Formulário PPD (Parente próximo dependente).

De acordo com Gonçalves (2013), a parte I do formulário identifica as famílias com pessoas dependentes no autocuidado no domicílio ou institucionalizado, permitindo avaliar as condições do alojamento, caracterizar a família, o prestador de cuidados ou

o parente de dependente institucionalizado. A parte II visa a recolha de informação sobre a pessoa dependente, da situação de dependência e da respetiva condição de saúde, assim como, dos cuidados complementares garantidos pelo cuidador informal, equipamentos e recursos necessários e/ou utilizados na prestação de cuidados, e a autoeficácia percecionada pelo MFPC. A parte III diz respeito à institucionalização do familiar dependente.

Segundo o mesmo autor o formulário foi elaborado e estruturado numa plataforma informática denominada TELEFORM©, que permite registar os dados no formulário com o mínimo recurso à escrita e possibilita a posterior leitura ótica dos mesmos.

2.6.2. Análise e tratamento de dados

A análise estatística é fundamental no sucesso de um trabalho de investigação, pois só através dela se pode responder às questões previamente definidas, e ainda compreender os dados numéricos. A estatística descritiva sintetiza e descreve os dados (Polit & Beck, 2019).

Após o términus da recolha de dados procedeu-se à leitura ótica e reconhecimento automático de caracteres pelo TELEFORM®, aplicação Reader, e exportação dos mesmos para o Statistical Package for the Social Sciense (SPSS®), versão 24.0, em que as técnicas estatísticas utilizadas foram:

- Frequências: absolutas e relativas;
- Medidas de Tendência Central: média aritmética;
- Medidas de dispersão ou variabilidade: valor mínimo, valor máximo e desvio padrão.

2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme refere Fortin (1999, p. 106) “A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades das pessoas que participam nas investigações”.

A enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem definido os princípios éticos e deontológicos quer no Código Deontológico do Enfermeiro, quer no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, onde se inclui a investigação (Nunes, 2013).

No decurso desta investigação garantiu-se o respeito pelos princípios ou direitos fundamentais das pessoas nela envolvidas, nomeadamente, o direito à autonomia e autodeterminação, o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade (a cada formulário atribui-se apenas um número de ordem que serviu exclusivamente para o tratamento de dados), o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, ao tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999).

O presente estudo foi devidamente autorizado pela Comissão de Ética da UICISA: E da ESEnfC (Anexo 3).

A todos os integrantes foi solicitado a participação livre, voluntária e esclarecida. Antes da aplicação do questionário, os informantes foram esclarecidos acerca da razão e finalidade do estudo, garantindo a possibilidade de a pessoa recusar continuar a qualquer momento. O questionário aplicou-se após o consentimento oral e por escrito dos intervenientes, foi criado um documento para o efeito (Anexo 4). Foi solicitada autorização para entrar no domicílio para se poder realizar o preenchimento do questionário junto da pessoa dependente. Nas situações em que a pessoa dependente não tinha capacidade de decidir autonomamente, o consentimento foi solicitado ao familiar cuidador.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados do estudo. Numa primeira parte serão expostos os achados fazendo referência ao número total de famílias que foram integradas no estudo, procedendo à caracterização das mesmas, dos MFPC e das pessoas dependentes que estes integram. Secundariamente realça-se os dados relativos às variáveis centrais do estudo – condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado- com o intuito de dar resposta à finalidade e ao objetivo proposto.

3.1 PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS CLÁSSICAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

Durante a recolha de dados foram contactadas 387 famílias, de acordo com o plano de amostragem definido para a freguesia em estudo.

Assim, e em relação ao inquérito preliminar, que identifica as famílias com pessoas que precisam de ajuda de outras pessoas para o autocuidado; ou pessoas que precisam de apoio de equipamento para o autocuidado; ou se tinham algum familiar direto institucionalizado, foram identificadas um total de 63 famílias. Importa referir que neste total de 63 famílias, 43 integravam um familiar que necessitava de ajuda de pessoa para o autocuidado ou de equipamento, e 23 estavam institucionalizadas, 3 apresentavam simultaneamente, dependentes em domicílio e também familiares institucionalizados. Contudo, 11 recusaram participar no estudo, 8 dos quais tinham dependentes ao seu cuidado e 3 estavam institucionalizados.

Tal como se percebe através da leitura da tabela, das 387 famílias inquiridas, 43 famílias referiram que integravam pelo menos uma pessoa no seu domicílio que necessitava de ajuda no autocuidado ou de equipamento, ou seja 11,1% da amostra.

Tendo em conta o contexto da investigação e o fenómeno em estudo, a amostra, excluindo as 8 famílias que recusaram participar, foi constituída por 35 famílias e 37 dependentes, realçando o facto de existirem 2 famílias que apresentavam um segundo dependente no autocuidado. Portanto, o total da amostra foi de 37 pessoas, com alguma dependência no autocuidado, as quais foram avaliadas quanto à sua condição de saúde.

Os dados obtidos na primeira parte do inquérito encontram-se sintetizados na tabela 6.

Tabela 6 – Dados síntese do inquérito preliminar

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

3.1.1 Caracterização das famílias

Relativamente às caraterísticas das famílias verificou-se (tabela 7) que a maioria, concretamente 71,4%, eram do tipo clássica com um núcleo.

Também a maioria (54,3%) era constituída por agregados familiares cujo rendimento mensal se situava entre 1000 e 2000 euros. Seguiam-se 22,9% com rendimentos entre 501 e 1000 euros e 20,0% cujo rendimentos mensais se situavam entre 2001 e 5000 euros.

A maior parte das famílias (71,4%) tinha na sua constituição 2 ou 3 elementos.

Tabela 7 - Características da família

Variável	**n**	**%**
Tipo de família		
Clássica sem núcleos	7	20,0
Clássica com um núcleo	25	71,4
Clássica com dois núcleos	3	8,6
Clássica com três núcleos	0	0,0
Rendimentos do agregado / mês		
Até 250 euros	0	0,0
De 251 a 500 euros	1	2,8
De 501 a 1000 euros	8	22,9
De 1000 a 2000 euros	19	54,3
De 2001 a 5000 euros	7	20,0
Mais de 5000 euros	0	0,0
Número de membros da família		
2 – 3	25	71,4
4 – 5	10	28,6

(Obs.: Frequência absoluta "n" e percentual "%" das respostas "Sim")

3.1.2 Caracterização dos MFPC

Como se pode observar pelos dados apresentados na tabela 8, foram alvo do presente estudo 35 prestadores de cuidados, sendo que 32 eram unicamente prestadores de cuidados e 3 eram também parentes de dependente institucionalizado.

Verificamos que a maioria prestadores (88,6%) coabitava com o dependente e também a maioria (80,0%) era do sexo feminino.

Relativamente à idade, verifica-se que os prestadores de cuidados tinham entre 50 e 89 anos, sendo a idade média 65,77 anos com desvio padrão 10,10 anos. Em termos de grupo etário, constata-se que 37,1% dos prestadores de cuidados tinham entre 60 e 69 anos, seguidos de 31,4% cujas idades se situavam entre 50 e 59 anos.

Cerca de três em cada quatro prestadores (74,3%) eram casados ou viviam em união de facto e todos eram de nacionalidade portuguesa.

Quanto ao nível de escolaridade, verificamos que 25,7% possuíam o 1.º ciclo do ensino básico e que, em igual percentagem, eram detentores de ensino superior. Seguem-se 17,1% e 14,3% que possuíam, respetivamente, o 3.º e o 2.º ciclo do ensino básico.

A maioria dos prestadores, concretamente 62,8%, encontrava-se na situação de pensionista / reformado.

Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa dependente, 60,0% dos prestadores eram filhos(as), seguindo-se 34,3% que eram cônjuges.

Tabela 8 – Caracterização dos MFPC

Variável	**n**	**%**
Tipo de prestador de cuidados		
Prestador de cuidados	32	61,5
Parente dependente institucionalizado	17	32,7
Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado	3	5,8
Coabita com o dependente		
Sim	31	88,6
Não	4	11,4
Sexo		
Masculino	7	20,0
Feminino	28	80,0
Grupo etário (anos)		
50 – 59	11	31,4
60 – 69	13	37,1
70 – 79	7	20,0
80 – 89	4	11,4
Mínima = 50 Máxima = 89 Média = 65.77 Desvio padrão = 10.10		

Tabela 8 – Caracterização dos MFPC (continuação)

Variável	n	%
Estado civil		
Casado/ União de facto	26	74,3
Solteiro	1	2,8
Viúvo	3	8,6
Divorciado	5	14,3
Nacionalidade		
Portuguesa	35	100,0
Não portuguesa	0	0,0
Nível de escolaridade		
Nenhum	3	8,6
Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	9	25,7
Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	5	14,3
Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	6	17,1
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	3	8,6
Ensino superior	9	25,7
Profissão		
Membros das forças armadas	0	0,0
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	2,8
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	5	14,3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	5,7
Pessoal administrativo e similares	1	2,8
Pessoal dos serviços e vendedores	0	0,0
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	0	0,0
Operários, artificies e trabalhadores similares	0	0,0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	0	0,0
Trabalhadores não qualificados	2	5,7
Doméstico	1	2,8
Desempregado	1	2,8
Pensionista / Reformado	22	62,8
Estudante	0	0,0
Outra	0	0,0
Parentesco		
Marido / Esposa	12	34,3
Pai/Mãe	0	0,0
Filho/Filha	21	60,0
Irmão/Irmã	0	0,0
Afinidade (nora; padrasto; cunhado)	2	5,7
Sem grau de parentesco	0	0,0
Outra	0	0,0

(Obs.: Frequência absoluta "n" e percentual "%" das respostas "Sim")

3.1.3 Caracterização dos dependentes no autocuidado

Os dados que constituem a tabela 9 permitem conhecer o perfil das pessoas dependentes.

Verifica-se que a maioria, exatamente 54,1%, era do sexo feminino e que as idades variavam entre 51 e 99 anos, sendo a média 83,05 anos com desvio padrão 9,91 anos. Relativamente ao grupo etário, constata-se que 45,9% dos dependentes tinham entre 80 e 89 anos, seguidos de 24,3% cujas idades se situavam entre 90 e 99 anos.

Quanto ao estado civil constata-se que 51,4% eram casados ou viviam em união de facto, seguindo-se 48,6% que eram viúvos.

Todos eram de nacionalidade portuguesa e a maior parte (54,1%) possuía como nível de escolaridade o 1.º ciclo do ensino básico, seguidos de 21,6% que não tinham qualquer nível de escolaridade.

Em termos profissionais, todos os dependentes estavam na situação de pensionistas ou reformados.

As principais situações que originaram a dependência foram as doenças crónicas (56,8%) ou o envelhecimento (51,4%). Para a maioria dos elementos (73,0%) a dependência instalou-se de forma gradual.

Relativamente ao tempo de dependência verifica-se que variava entre alguns meses (0,08 anos) e 22,00 anos, sendo o tempo médio 4,17 anos com desvio padrão 4,79 anos. Para a maioria dos elementos da amostra (56,8%) o tempo de dependência era igual ou inferior a 2 anos. Seguiram-se 27,0% para os quais este tempo estava compreendido entre 3 e 5 anos.

Todos os dependentes tomavam medicação, sendo que 35,1% tomavam entre 5 e 8 medicamentos diferentes, 29,7% tomavam de 9 a 12 tipos de medicamentos e 24,3% tomavam entre 1 e 4 medicamentes diferentes. O número de fármacos situava-se entre 1 e 19 sendo a média 7,73 fármacos com desvio padrão 4,25. A maioria dos dependentes (59,5%), tomava 1 a 3 fármacos nas tomas diárias, seguindo-se 37,8% que tomavam 4 a 6 fármacos. Nas tomas diárias, o número de fármacos situava-se entre 1 e 7, sendo a média 3,16 com desvio padrão 1,55.

A maior parte dos dependentes, concretamente 62,2%, não teve qualquer internamento durante o último ano. Relativamente aos episódios com recurso ao SU, para 40,6% dos dependentes tal situação não ocorreu, seguidos de 21,6% em que ocorreu uma vez e de 16,2% em que tal se verificou duas vezes. Em 13,5% dos casos os episódios com recurso ao SU ocorreram entre 4 e 7 vezes, durante o último ano.

Tabela 9 – Caracterização da pessoa dependente

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	17	45,9
Feminino	20	54,1
Grupo etário (anos)		
50 – 59	1	2,7
60 – 69	4	10,8
70 – 79	6	16,2
80 – 89	17	45,9
90 – 99	9	24,3
Mínima = 51 Máxima = 99 Média = 83,05 Desvio padrão = 9,91		
Estado civil		
Casado/ União de facto	19	51,4
Solteiro	0	0,0
Viúvo	18	48,6
Divorciado	0	0,0
Nacionalidade		
Portuguesa	37	100,0
Não portuguesa	0	0,0
Nível de escolaridade		
Nenhum	8	21,6
Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	20	54,1
Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	2	5,4
Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	3	8,1
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	3	8,1
Ensino superior	1	2,7
Profissão		
Membros das forças armadas	0	0,0
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	0	0,0
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	0	0,0
Técnicos e profissionais de nível intermédio	0	0,0
Pessoal administrativo e similares	0	0,0
Pessoal dos serviços e vendedores	0	0,0
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	0	0,0
Operários, artificies e trabalhadores similares	0	0,0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	0	0,0
Trabalhadores não qualificados	0	0,0
Doméstico	0	0,0
Desempregado	0	0,0
Pensionista / Reformado	37	100,0
Estudante	0	0,0
Outra	0	0,0
Situação que originou a dependência		
Envelhecimento	19	51,4
Acidente	3	8,1
Doença aguda	9	24,3
Doença crónica	21	56,8
Outra	1	2,7
Instalação da dependência		
Súbita	10	27,0
Gradual	27	73,0
Tempo de dependência (anos)		
≤ 2	21	56,8
3 – 5	10	27,0
6 – 8	1	2,7
≥ 9	5	13,5
Mínima = 0.08 Máxima = 22.00 Média = 4,17 Desvio padrão = 4,79		
Consumo medicamentos		
Não	0	0,0
Sim	37	100,0

Tabela 9 – Caracterização da pessoa dependente (continuação)

Variável	n	%
Variedades de fármacos (n.º)		
1 – 4	9	24,3
5 – 8	13	35,1
9 – 12	11	29,7
13 – 16	3	8,1
≥ 17	1	2,7
Mínima = 1 Máxima = 19 Média = 7,73 Desvio padrão = 4,25		
Número de fármacos nas tomas/dia		
1 – 3	22	59,5
4 – 6	14	37,8
≥ 7	1	2,7
Mínimo = 1 Máximo = 7 Média = 3,16 Desvio padrão = 1,55		
Internamentos no último ano		
Nenhum	23	62,2
Um	8	21,6
Dois	2	5,4
Três	2	5,4
Mais de três (5 internamentos)	2	5,4
Episódios de recursos ao SU, no último ano		
Nenhum	15	40,5
Um	8	21,6
Dois	6	16,2
Três	3	8,1
Mais de três (4 a 7 episódios)	5	13,5

3.2 A CONDIÇÃO DE SAÚDE DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

Na apresentação dos resultados que possibilitam a caracterização da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, importa referir que os itens que permitiram essa caracterização, foram agrupados por tipo de condição, considerando-se para esta análise, a existência de sinais aparentes de compromisso ao nível dos processos corporais, tendo os mesmos sido sujeitos ao juízo clínico dos enfermeiros responsáveis pela recolha de dados. Realça-se ainda, que se considerou a existência de compromisso, os casos que apresentaram alteração de pelo menos um dos indicadores, à exceção do processo do sistema nervoso.

Os compromissos considerados inscrevem-se em nove domínios: 1) compromisso do status do volume de líquidos (sinais aparentes de desidratação); 2) compromisso do status nutricional (sinais aparentes de desnutrição); 3) compromisso do movimento articular (sinais aparentes de rigidez articular); 4) compromisso da integridade dos tecidos corporais (úlceras de pressão,...); 5) compromisso do padrão de eliminação intestinal (obstipação); 6) compromisso do processo respiratório (comprometimento da limpeza das vias aéreas, acumulação de secreções,...); 7) compromisso do padrão geral de higiene ou asseio (odores corporais, unhas sujas, vestuário sujo,...); 8) ocorrência de quedas e 9) compromisso no processo do sistema nervoso.

Assim sendo, os resultados deste estudo relativamente à condição de saúde, apresentados na tabela 10 permitem constatar que, por ordem decrescente de frequência, surgiram o comprometimento da amplitude articular (86,5%), a articulação da anca esquerda (67,6%), a articulação da anca direita e a articulação do joelho direito (64,9%), a acumulação de secreções traqueobrônquicas (40,5%), a articulação do joelho esquerdo (32,4%), a articulação do tornozelo direito (29,7%), os ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações) e o aumento da frequência respiratória (24,3%), a articulação do punho direito (21,6%), a pele seca e o comprometimento da limpeza das vias aéreas (18,9%), a articulação do cotovelo e do punho esquerdos (16,2%), a articulação do cotovelo direito e a deglutição comprometida (13,5%), os sinais aparentes de desnutrição, a magreza excessiva, a articulação tornozelo esquerdo, a má condição de higiene e asseio, as unhas sujas, a má condição vestuário, a roupa suja e a roupa inadequada à temperatura ambiente (10,8%), os olhos encovados e a roupa desabotoada (8,1%), as mucosas secas, a obesidade mórbida, as feridas não tratadas / não cuidadas, o eritema da fralda, a má higiene oral e a sujidade corporal visível (5,4%) e, por último, os sinais aparentes de desidratação, os odores corporais, as secreções nasais e a roupa inadequada à condição de dependência (2,7%).

Verificou-se, ainda, que tendo por base o IMC, 29,7% dos dependentes apresentavam sobrepeso, 27,0% obesidade grau I, 24,3% peso normal e 13,5% baixo peso. A maioria dos dependentes, concretamente 70,3%, não perdeu peso nos últimos três meses.

Apenas dois dependentes apresentavam úlceras de pressão (um uma e outro duas), localizando-se uma no trocânter, outra no maléolo e a terceira em outro local não especificado.

Quanto ao número de dejeções por semana, 45,9% referiram pelo menos 7, seguindo-se 27,0% que mencionaram 1 a 3 ou 4 a 6.

Uma larga maioria dos dependentes, exatamente 83,8%, não teve qualquer queda durante o último mês.

Quanto ao estado mental, verifica-se que 89,2% dos dependentes identificou objetos comuns, como o relógio, 86,5% sabia em que terra vive, 78,4% fazia cálculos simples, 75,7% sabia em que mês estava e 51,4% repetia três palavras (Pera, Gato e Bola).

Através da agregação dos diferentes indicadores verificou-se que a presença de sinais aparentes de rigidez articular, com 86,5% dos casos, se destacou como sendo o compromisso corporal presente no maior número nas pessoas dependentes inquiridas, seguindo-se a presença de sinais aparentes de compromisso respiratório (45,9%), o vestuário deficiente (27,0%), a higiene e asseio deficiente (21,6%), a presença de sinais

aparentes de desidratação e desnutrição, ambas com 18,9%, presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele (13,5%) e, por último, a presença de sinais de alteração do estado mental (10,8%).

Tabela 10– Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado

Variável		n	%
Sinais aparentes de desidratação		1	2,7
Olhos encovados		3	8,1
Pele seca		7	18,9
Mucosas secas		2	5,4
Evidências de desidratação (agregado)		**7**	**18,9**
Sinais aparentes de desnutrição		4	10,8
Magreza excessiva?		4	10,8
Obesidade mórbida?		2	5,4
Que peso perdeu nos últimos três meses?			
0		26	70,3
1 – 5		7	18,9
6 – 10		3	8,1
≥ 11		1	2,7
Evidências de desnutrição (agregado)		**7**	**18,9**
IMC			
< 18.5	Baixo peso	5	13,5
18.6 – 24.9	Peso normal	9	24,3
25.0 – 29.9	Sobrepeso	11	29,7
30.0 – 34.9	Obesidade grau I	10	27,0
35.0 – 39.9	Obesidade grau II	2	5,4
≥ 40	Obesidade grau III	0	0,0
Comprometimento da amplitude articular		32	86,5
Articulação Cotovelo Dto		5	13,5
Articulação Cotovelo Edo		6	16,2
Articulação punho Dto		8	21,6
Articulação punho Edo		6	16,2
Articulação anca Dto		24	64,9
Articulação anca Edo		25	67,6
Articulação joelho Dto		24	64,9
Articulação joelho Edo		12	32,4
Articulação tornozelo Dto (pé equino)		11	29,7
Articulação tornozelo Edo (pé equino)		4	10,8
Evidências de rigidez articular (agregado)		**32**	**86,5**
Pele comprometida		0	0,0
Número de úlceras de pressão			
1		1	2,7
2		1	2,7
Localização úlceras			
Região sagrada		0	0,0
Trocânter		1	33,3
Maléolo		1	33,3
Calcâneos		0	0,0
Outra		1	33,3
Feridas não tratadas / não cuidadas		2	5,4
Eritema da fralda		2	5,4
Compromissos da integridade dos tecidos corporais (agregado)		**5**	**13,5**
N.º de dejeções (vezes/semana)			
1 – 3		10	27,0
4 – 6		10	27,0
≥ 7		17	45,9

Tabela 10 – Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado (continuação)

Variável	n	%
Comprometimento da limpeza das vias aéreas	7	18,9
Acumulação de secreções traqueobrônquicas	15	40,5
Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)	9	24,3
Aumento frequência respiratória	9	24,3
Deglutição comprometida	5	13,5
Evidências do Compromisso respiratório (agregado)	**17**	**45,9**
Deficitária: má condição de higiene e asseio	4	10,8
Deficitária: odores corporais	1	2,7
Deficitária: unhas sujas	4	10,8
Deficitária: má higiene oral	2	5,4
Secreções oculares	0	0,0
Secreções auditivas	0	0,0
Secreções nasais	1	2,7
Sujidade corporal visível	2	5,4
Evidências de higiene e asseio deficiente (agregado)	**8**	**21,6**
Deficitária: má condição vestuário	4	10,8
Roupa suja	4	10,8
Roupa desabotoada	3	8,1
Roupa inadequada à temperatura ambiente	4	10,8
Roupa inadequada à condição antropométrica	0	0,0
Roupa inadequada à condição de dependência	1	2,7
Evidências de vestuário deficiente (agregado)	**10**	**27,0**
N.º de quedas no último mês		
0	31	83,8
1 - 3	6	16,2
Estado mental		
Sabe em que mês está?	28	75,7
Sabe em que terra vive?	32	86,5
Repete três palavras (Pera, Gato e Bola)?	19	51,4
Faz cálculos simples	29	78,4
Identifica objetos comuns (relógio)	33	89,2
Evidências da alteração do estado mental (agregado)	**4**	**10,8**

(Obs.: Frequência absoluta "n" e percentual "%" das respostas "Sim")

Síntese da condição de saúde

Considerando a nova variável global intervalar – condição de saúde, em que o valor 0 significa ausência de sinais de compromisso/ melhor condição de saúde da pessoa dependente, e 8 a presença de sinais de compromisso em todos os domínios/ pior condição de saúde da pessoa dependente, foi possível ter uma visão global da condição de saúde de cada uma das pessoas dependentes. Os dados apresentados na tabela 11 revelam que a maioria (27%), apresentam alterações em pelo menos três domínios dos processos corporais, com a pior condição de saúde (2,7%), ou seja, com a presença de sinais de compromisso em sete dos oito compromissos avaliados, e apenas 8,1% não apresentou qualquer sinal aparente de compromisso, tendo por isso melhor condição de saúde.

Tabela 11 – Visão global da condição da saúde das pessoas dependentes

Valores	n	%
0	3	8,1
1	9	24,3
2	7	18,9
3	10	27
4	5	13,5
5	2	5,4
6	0	0,0
7	1	2,7
8	0	0,0
Total	**37**	**100**

4. DISCUSSÃO

Neste capítulo do relatório discute-se os resultados obtidos com o intuito de dar resposta à questão que deu origem ao mesmo, tendo por referência outros estudos, bem como o enquadramento teórico realizado. Deste modo serão apresentados seguidamente os resultados mais relevantes do estudo, fazendo sempre que possível, a sua justificação e comparação com outros trabalhos já realizados.

Relativamente à caracterização da família no presente estudo, as famílias que integram pessoas com dependência no autocuidado, são constituídas na sua maioria por um núcleo, com um rendimento mensal entre os 1000 e 2000 €, e compostas por 2 ou 3 elementos. Os dados sobre o tipo de família e o número dos seus membros são convergentes com os encontrados por Gonçalves (2013), Costa (2013), Petronilho (2013), Campos (2019), Bento (2020), Rodrigues (2020), Regadas (2021) e confirmam as mudanças que as famílias portuguesas atravessam, decorrentes das alterações demográficas e sociais dos últimos anos, com impacto na disponibilidade das famílias em tomar conta (Petronilho, 2007).

De acordo com a demógrafa, Maria Filomena Mendes, citada por Bäckström (2018), as famílias portuguesas estão em mudança, existindo uma redução na dimensão familiar, em que as famílias têm menos filhos, apontado como razões as condições económicas, a precaridade laboral, a crise, e o aumento da esperança média de vida como causas. De acordo com os dados provisórios dos últimos Censos de 2021, a dimensão média dos agregados domésticos privados[1] é de 2,5 pessoas, valor esse que reduziu 0,1 face ao valor de 2011. A maior parte dos agregados domésticos privados são compostos por 2 pessoas (33,3%), e as pessoas que vivem sozinhas representam uma percentagem de 24,8%, tendo sofrido um aumento de 18,6% na última década (INE, 2021).

Atualmente, o aumento da esperança média de vida e a diminuição da natalidade, proporcionam às pessoas viverem mais tempo das suas vidas na condição de avós, pais, filhos e netos, experienciando a sobreposição desses papeis. Esta longevidade tem implicações não só, na duração do papel que cada pessoa desempenha no seio da família, mas também nas relações familiares (Bazo Royo, 2000).

[1] Entende-se por agregado doméstico privado o conjunto de pessoas que tem a residência habitual no alojamento familiar ou a pessoa independente que ocupa um alojamento familiar.

No que se refere ao rendimento mensal, os resultados divergem dos resultados de Costa (2013), Gonçalves (2013), Petronilho (2013), Rocha (2015), Rodrigues (2020) em que o rendimento mensal dos agregados familiares era inferior (de 500 a 1000 €). Considerando que os rendimentos do agregado familiar, e de uma forma particular, o status económico poderá ser um fator facilitador durante o processo de transição vivenciado pela família que cuida do familiar dependente, infere-se que para a maioria das famílias estudadas o fator económico não seja um elemento inibidor.

A análise dos dados relativos ao MFPC permite traçar um perfil tipo. Assim, destaca-se a mulher, esposa ou filha, casada ou a viver em união de facto, portuguesa, com idade média de 65,77 anos, reformada, e a viver com o dependente. Estes dados são concordantes com os dos estudos disponíveis que se focam nos cuidadores familiares (Bento, 2020; Campos, 2019; Costa, 2015; Dixe, et al., 2019; Gonçalves, 2013; Petronilho, 2013; Rocha, 2015; Regadas, 2021; Rodrigues, 2020).

No que se refere ao sexo, as mulheres estão invariavelmente associadas ao cuidar. Desde sempre que as crianças e os idosos são deixados ao cuidado das figuras femininas. Pelo que, o facto de a mulher assumir o papel de cuidador, é um processo natural, uma vez que é lhe atribuído esse papel social e culturalmente (Almeida, 2006; Sequeira, 2018). Também num estudo realizado pela OCDE em 2019, sobre os cuidadores informais, verificaram que a maioria são do sexo feminino, em média 61%.

Relativamente à idade do prestador de cuidados, estes tinham em média 65,7 anos, o que indica uma amostra adulta em idade ativa. Importa referir que a generalidade tinha mais de 60 anos, e cerca de 31,4% mais de 70, sugerindo que o envelhecimento da população poderá ser responsável pelo aumento do número de cuidadores idosos. Sabendo que o envelhecimento está associado ao processo de perda de funcionalidade, é expectável que os cuidadores idosos tenham mais limitações na capacidade de cuidar (Dixe et al., 2019). Além disso, a responsabilidade de ser cuidador está associado ao desgaste emocional e físico, em que o cuidador, por vezes, descora a sua própria saúde, podendo resultar no aparecimento e/ou no agravamento de patologias (Pereira dos Santos et al., 2019). Numa investigação efetuada a 52 cuidadores informais sobre as dificuldades sentidas no processo de cuidar, os mesmos referiram ter maior dificuldade nas atividades de exigência de ordem física, nas reações dos dependentes à prestação de cuidados, e ainda nas restrições na sua vida social. O mesmo estudo menciona que, os cuidadores com mais idade apresentam mais dificuldades na prestação de cuidados, em que é necessário um maior esforço físico (Martins, Corte & Marques, 2014).

Acerca do nível de escolaridade, os resultados verificados são dispares dos encontrados nos estudos anteriormente mencionados, uma vez que, nesta amostra existe a mesma proporção de pessoas com o 1º ciclo do ensino básico e com o ensino superior, enquanto que, nos outros estudos os cuidadores têm na sua maioria apenas o 1º ciclo, o que poderá estar relacionado com o facto de 60% dos cuidadores investigados, serem filhas/filhos das pessoas dependentes. De acordo com o estudo de Dixe et al. (2019) a vulnerabilidade associada à idade do cuidador em conjunto com a baixa escolaridade, resultam em situações de ansiedade e insegurança, com possíveis consequências na qualidade e quantidade dos cuidados prestados.

Quanto à situação profissional, a maior parte dos familiares cuidadores estavam na situação de reformados (62,8%), o que pode ser o esperado, tendo em conta a média de idades da amostra. Importa referir que 31,3 % dos casos ainda mantêm a sua atividade laboral, o que poderá implicar uma menor disponibilidade em cuidar por parte dos mesmos.

Quanto à relação de parentesco, a maioria dos MFPC são filhas/filhos da pessoa dependente (60%), seguidos dos cônjuges (34,3%) o que apoia a ideia que a responsabilidade do cuidar recai sobre os familiares com relações mais próximas, indo ao encontro dos outros estudos já referenciados. A maioria (88,6%) coabita com a pessoa dependente, e os que não vivem na mesma habitação, referem viver próximo. A relação de parentesco e a coabitação são dois dos fatores importantes na assunção do papel de prestador de cuidados.

Melo, Rua & Santos (2014), numa revisão integrativa da literatura sobre as necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente, salientam a necessidade do apoio dos profissionais de saúde, designadamente de enfermeiros, para a aprendizagem de capacidades instrumentais que permitem ao cuidador familiar prestar melhores cuidados.

Também Dixe, et al. (2019) elaboraram uma investigação sobre as necessidades e habilidades dos cuidadores informais, para cuidar de uma pessoa dependente, e concluíram que “a qualidade dos cuidados prestados depende não só do bem-estar do cuidador, mas também da informação/transferência dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde”. Reforçando a ideia que os enfermeiros têm que conhecer as necessidades e competências do cuidador de forma a poder capacitá-lo no cuidar (p.8).

As pessoas dependentes no autocuidado investigadas são maioritariamente mulheres (54,1%), com uma média de idade de 83,05 anos, salientando ainda, que 45,9% tinham

entre 80 e 89 anos, e 24,3% entre os 90 e os 99 anos. Estes resultados são equiparáveis aos encontrados nos estudos de Gonçalves (2013), Costa (2013), Petronilho (2013), Rocha (2015), Campos (2019), Bento (2020), Rodrigues (2020), e Regadas (2021). Estes dados estão em consonância com o encontrado na literatura sobre o fenómeno da dependência, isto é, as pessoas com idade avançada têm uma maior predisposição para apresentar processos de doença, e por sua vez, dependência, existindo uma correlação positiva entre a idade e a dependência no autocuidado (OPSS, 2015). Para além disso, residem em Portugal mais mulheres (52%) do que homens (48%), e por outro lado, a esperança média de vida é superior nas mulheres, (83,7) em relação aos homens (78,1) (PORDATA, 2021).

Em relação ao estado civil, a grande maioria era casada ou viviam em união de facto, seguindo-se 48,6% que eram viúvos. Cerca de metade dos dependentes possuíam o 1º ciclo do ensino básico, e 21,6% não tinham qualquer escolaridade. Eram todos de nacionalidade portuguesa e quanto à profissão todos estavam reformados. Estes dados referentes à caracterização sociodemográfica, são expectáveis face à idade das pessoas dependentes no autocuidado, e estão em concordância com os estudos nacionais já mencionados.

Para além da caracterização sociodemográfica, obteve-se dados relativos à situação que originou a dependência, da qual se destacam as doenças crónicas e o envelhecimento, facto este espectável, tendo em conta a idade dos dependentes em estudo. Como esperado, face a estes resultados, a instalação da dependência foi de predomínio de gradual (73%). Quanto ao tempo em que o familiar dependente necessita de cuidados, foi em média de 4,17 anos, sendo que o máximo de tempo de dependência encontrado foi de 22 anos. Nos estudos nacionais, e em particular os realizados no mesmo distrito da presente investigação, Bento (2020) e Rodrigues (2020), os achados foram semelhantes.

A totalidade das pessoas dependentes tomavam medicação. Em média tomam 7,73 fármacos diferentes por dia (com uma variação de número de fármacos consumidos de 19). Sublinha-se ainda que, mais de um terço da amostra, 37,8%, ingere entre 4 a 6 medicamentos diferentes à mesma hora. De novo estes resultados estão, muito provavelmente, relacionados com a idade dos dependentes e às razões que originaram a dependência e são convergentes aos encontrados nos estudos de Bento e Rodrigues, anteriormente citados, em que a maioria dos dependentes estão polimedicados. Vários estudos confirmam que existem pessoas mais vulneráveis para uma gestão ineficaz do regime terapêutico, como é o caso das pessoas idosas, em que associadas ás doenças

crónicas, são prescritos regimes medicamentosos, que requerem processos de aprendizagem complexos (Festa, 2017).

Nos membros da família dependentes no autocuidado estudadas, verificou-se que no último ano, recorreram ao Serviço de Urgência (SU) mais de metade, cerca de 59,4%, em que 13,5%, o fizeram mais de três vezes. Quanto aos internamentos, 37,8% tiveram necessidade de ficarem internados no último ano, em que destes, 5,4% mais de três vezes. Estes dados são similares aos verificados a vários estudos, tais como, Costa (2013), Gonçalves (2013), Campos (2019), e Rodrigues (2020). Estas informações poderão indicar que, em situações de agravamento da condição de saúde da pessoa dependente, o familiar não está dotado dos conhecimentos, quer para monitorizar, identificar e controlar sinais e sintomas reveladores de compromissos nos processos corporais, ou das capacidades ajustadas à prevenção ou resolução de complicações ou agudizações (nomeadamente na doença crónica), e/ou que o apoio formal que dispõem poderá não ser o suficiente. De acordo com o estudo sobre as dificuldades dos cuidadores de doentes dependentes, em que um dos objetivos foi conhecer quais os fatores preditivos de readmissão dos dependentes, as investigadoras verificaram que em 107 inquiridos (em que 30 foram readmitidos) todos os cuidadores referiram que necessitavam de mais informação, relacionada com a satisfação das necessidades humanas básicas, sintomas da doença, evolução e prognóstico, e sobre a medicação e o seu efeito (Marques & Dixe, 2010).

Tendo em consideração que a caracterização da condição de saúde das pessoas dependentes é o objetivo do presente trabalho, será discutido cada compromisso avaliada individualmente, e de seguida uma síntese de forma a dispor de uma visão mais global dessa mesma condição de saúde.

No contexto desta investigação o compromisso do status do volume dos líquidos, foi avaliado tendo em conta a presença de quatro indicadores específicos, sendo que, a pele seca foi o indicador mais vezes identificado, cerca de 18,9%. No que concerne ao valor agregado, isto é, com pelo menos um dos quatro indicadores de compromisso de volume de líquidos presente, a percentagem foi igual. Estes resultados são congruentes ao estudo do concelho do Porto (Silva, 2012) e Matosinhos (Campos, 2019) em que a pele seca foi o indicador mais frequente. Numa perspetiva de agregação, as evidências de desidratação apresentadas nos estudos de Trigo (2012), Costa (2015), e Bento (2020) foram superiores.

Petronilho (2013) num estudo longitudinal, sobre a evolução da condição de saúde dos dependentes no autocuidado, em que avaliou em três momentos distintos, durantes os

primeiros três meses após a alta hospitalar, os compromissos nos processos corporais, constatou que, os sinais aparentes de desidratação, são um dos compromissos em que existe um aumento significativo entre os diferentes momentos considerados.

Os achados relacionados com os sinais de desnutrição resultaram da avaliação dos indicadores: sinais aparentes de desnutrição, magreza excessiva, a obesidade mórbida, quanto peso perdeu nos últimos três meses, e o índice da massa corporal (IMC).

Importa referir que o IMC não foi calculado no momento do preenchimento do questionário, mas à posteriori, tendo sido solicitado ao familiar ou ao dependente, consoante a situação, qual o peso e a altura da pessoa dependente. Um facto interessante, que se constatou durante a avaliação dos dependentes, é que ambos (dependente e cuidador) tinham dúvidas relativamente ao valor "peso", transparecendo que, geralmente não realizam a sua monitorização. Os valores encontrados reportam-nos a dependentes, na sua maioria com excesso de peso, 62,1%, o que poderá ter implicações, quer para a pessoa dependente na execução dos autocuidados, quer para o familiar cuidador, quando o substitui.

Numa perspetiva de agregação e para se ter uma noção do número de dependentes desnutridos, o IMC, a obesidade mórbida, e o peso que perdeu nos últimos três meses não foram incluídos, pelo que foi considerada a presença de desnutrição nos casos, em que um dos outros dois indicadores (sinais aparentes de desnutrição e magreza excessiva) estivessem presentes, pelo que na amostra estudada, 18,9% dos dependentes apresentavam evidências de desnutrição, sendo convergentes aos referenciados por Costa (2013), e superiores aos encontrados nas amostras dos estudos de Gonçalves (2013), Petronilho (2013), Rocha (2015), e Campos (2019).

O status nutricional está relacionado com o padrão alimentar, sendo fundamental que a pessoa dependente tenha uma dieta equilibrada de forma a desempenhar as suas atividades de vida diária, assim como na recuperação da saúde (Gonçalves, 2013).

No âmbito do compromisso do movimento articular, interessa referir que se avaliou a presença ou ausência de comprometimento da amplitude articular, nas principais articulações, da qual se inferiu que quando estivesse presente, a pessoa apresentava sinais de rigidez articular. Neste compromisso procedeu-se de igual forma aos anteriores, isto é, bastava que uma das articulações tivesse sinais de comprometimento articular, para se considerar que o dependente tinha sinais de rigidez articular, daí obter-se uma percentagem tão elevada aquando a agregação das várias variáveis. Tendo em conta a idade dos dependentes, assume-se que em parte, estes dados seriam expectáveis.

De todos os compromissos avaliados este é o que apresenta maior percentagem de casos (86,5%). De acordo com os trabalhos realizados no âmbito da condição de saúde, embora com percentagens menos significativas, a rigidez articular é o compromisso corporal, com maior destaque nas pessoas dependentes no autocuidado (Gonçalves, 2013; Costa, 2013; Petronilho, 2013; Rocha, 2015; Campos, 2015; Rodrigues, 2020; e Regadas, 2021).

A rigidez articular define-se como um processo do sistema musculoesquelético comprometido, em que existem movimentos limitados ou incapacidades de movimentos, devido à ausência de movimentos articulares passivos ou ativos (CIPE, 2018, p. 115).

Consoante a articulação afetada teremos um impacto na dependência da pessoa, como por exemplo, no caso de existir rigidez articular envolvendo o joelho a pessoa irá apresentar dificuldade na marcha, no tornozelo em flexão plantar implica ausência de apoio do calcanhar, resultando em redução no momento de progressão para a frente, e no caso do cotovelo a pessoa poderá apresentar dificuldade em alimentar-se, vestir e despir, entre outras atividades que necessitem da utilização dos membros superiores (Wong, Trudel, & Laneuville 2015).

A prevenção da rigidez articular exige a execução de exercícios terapêuticos de mobilização articular. De acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, as intervenções inerentes ao foco rigidez articular, são especificas da atividade do EEER (OE, 2015).

O compromisso da integridade dos tecidos corporais compreendia quatro indicadores: pele comprometida, úlceras de pressão, feridas não tratadas/não cuidadas, e eritema da fralda. Na amostra estudada, apenas duas pessoas dependentes apresentavam úlceras de pressão (um uma e outro duas), e 2 apresentavam feridas não tratadas e outras 2 eritema da fralda. O valor agregado destes indicadores indica que 13,5% da amostra demonstrou ter compromisso a este nível. Estes dados são inferiores aos encontrados nos trabalhos mencionados anteriormente, facto esse que poderá estar relacionado com o nível de dependência da amostra, uma vez que de acordo com Petronilho (2013), a condição de elevada dependência no autocuidado influência o risco de compromissos nos processos corporais, nomeadamente, os que se relacionam intimamente com a mobilidade, como é o exemplo do sistema tegumentar.
Num estudo, com uma amostra de 72 pessoas dependentes no autocuidado, sobre a evolução da condição de saúde, relacionada com as úlceras de pressão e sua prevenção, verificaram-se correlações estatisticamente significativas, entre o risco de

úlcera de pressão e o nível de dependência no autocuidado, na capacidade do dependente em se mobilizar na cama, a idade do familiar cuidador e na capacidade do mesmo, para posicionar (Machado, Petronilho, Cainé & Pereira, 2013).

Acerca do padrão de eliminação intestinal, os inquiridos foram questionados quanto ao número de dejeções por semana, em que 45,9% referiram pelo menos 7, que traduz uma dejeção/diária, e apenas 27% mencionaram 1 a 3 vezes, sendo concordantes com o estudo de Petronilho (2013).

Relativamente à eliminação intestinal importa ter presente que a imobilidade promove a diminuição do peristaltismo intestinal, diminuindo a velocidade de absorção dos nutrientes promovendo a obstipação, a flatulência e ainda a formação de fecalomas. Para além disso a alteração da rotina da eliminação intestinal, a alteração da posição em que defeca, e a perda de privacidade, predispõem a pessoa à obstipação (OE,2013, p.27).

O padrão de eliminação intestinal pode ser condicionado por vários fatores, destacando-se o grau de dependência da pessoa, no autocuidado uso sanitário e no autocuidado andar. Será importante dotar a pessoa e o seu familiar cuidador de forma a prevenir a obstipação, uma vez que é uma das complicações que está associada à dependência. (Gonçalves, 2013).

As complicações no domínio do processo respiratório são frequentes nas pessoas dependentes, e estão muita das vezes relacionadas com a imobilidade.

De forma a perceber a presença ou ausência de sinais aparentes de compromisso respiratório, foram considerados cinco indicadores específicos: o comprometimento da limpeza das vias aéreas, a acumulação de secreções traqueobrônquicos, os ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações), o aumento da frequência respiratória, e a deglutição comprometida.

Os dados obtidos indicam que a acumulação de secreções é o resultado mais frequente, com 40,5%, seguidos pelos ruídos respiratórios anormais e pelo aumento da frequência respiratória, com a mesma percentagem (24,3%). Aquando a agregação dos resultados, 45,9 % da amostra tem evidências de compromisso respiratório, sendo o compromisso mais frequente, logo depois da rigidez articular. Outros trabalhos de investigação obtiveram valores menos expressivos no domínio do processo respiratório (Campos, 2019; Costa, 2013; Gonçalves,2013; Regadas, 2021; Rocha, 2015).

No estudo já mencionado, sobre a evolução da condição de saúde em pessoas dependentes no autocuidado, as complicações no âmbito do processo respiratório,

registaram a maior percentagem de casos, nos diferentes momentos avaliados. Sugerindo ainda, que nas situações de imobilidade do dependente, com ênfase nos "grandes dependentes", as pessoas estão mais suscetíveis ao agravamento da sua condição de saúde, pelo que é fundamental, uma vez mais, assegurar os cuidados necessários, e em particular, com distinção na prevenção de complicações (Petronilho, 2013).

Embora o compromisso de higiene e asseio não faça parte dos processos corporais, inclui-se na caracterização da condição de saúde, uma vez que permite aferir a qualidade dos cuidados que estão a ser assegurados, quer pelo MFPC, quer pelos profissionais de saúde.

Nesta amostra de dependentes, cerca 21,6% apresentava evidências de higiene e asseio deficiente, uma vez bastava que um dos indicadores avaliados estivesse presente, para ser considerado presença de compromisso. Estes resultados são congruentes com os apresentados por Gonçalves (2013), Rocha (2015), e Campos (2019).

A higiene pessoal é fundamental para o conforto e segurança da pessoa dependente. A falta de higiene não interfere apenas com a saúde, mas contribui para a diminuição da autoestima e dificulta a interação social (Siva, 2012).

Relativamente às evidências de vestuário deficiente, os resultados indicam que 27% das pessoas dependentes teriam pelo menos um dos indicadores presentes. Estes dados são congruentes com os encontrados por Costa (2013) e Gonçalves (2013).

Os dados sobre a higiene e o vestuário podem revelar, em parte, uma atitude negligente no cuidado por parte dos cuidadores (Gonçalves, 2013). É interessante mencionar que alguns dos inquiridos optavam por manter o pijama e os chinelos durante o dia, por ser mais cómodo e prático. Esta prática poderá limitar as interações socias e a expressividade das pessoas dependentes (Silva, 2012).

Com relação às quedas, cerca de 16,2% das pessoas inquiridas teve pelo menos um episódio de queda no último mês. Estes resultados aproximam-se dos encontrados em outros estudos sobre o fenómeno da dependência, em particular, a Regadas (2021) e Costa (2013), sendo inferiores aos verificados por Gonçalves (2013), Rocha (2015) e Rodrigues (2020).

De acordo com o Departamento de Epidemiologia, do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), focado nos Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL), cerca de 112,988 portugueses sofreram uma queda em ambiente doméstico e de lazer com

necessidade de recorrer ao SU em 2019, representando 67,9% da totalidade dos acidentes reportados. As quedas ocorreram na sua maioria (aproximadamente 50%) em casa, sendo a sua incidência maior nos grupos etários de 65 e mais anos (88%) (INSA, 2020).

Com o envelhecimento há diminuição da acuidade auditiva e visual, da força muscular, do tempo de reação e do equilíbrio, aumentando assim o risco de queda. Os estudos demonstram o contributo de inúmeros fatores para a ocorrência da queda. Destaca-se o grau de dependência e funcionalidade da pessoa idosa, uma vez que os mesmos condicionam a sua relação com o meio, e por sua vez a forma de ultrapassar os obstáculos e barreiras do ambiente (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Durante a aplicação dos questionários foi possível constatar que a maioria das habitações apresentavam fatores de risco ambientais, encontrados na literatura, particularmente, escadas sem corrimão, tapetes soltos, ausência de barras de apoio nas casas de banho, ausência de tapetes antiderrapantes, cadeiras sem apoios de braços, objetos dispersos no chão, entre outros.

A queda poderá ter implicações físicas e psicológicas, mas poderá também ter impacto na dinâmica familiar, encargos adicionais, sobrecarga emocional, física e económica, sentimentos de culpa e desgaste do cuidador. Sendo a queda sensível a estratégias de prevenção, será crucial capacitar o cuidador para a aquisição das mesmas (Vaz, 2020).

De forma a avaliar o estado mental foram realizadas cinco questões em que, as respostas pudessem traduzir algum tipo de compromisso na orientação e na memória. A maioria das pessoas dependentes estava orientada no tempo e no espaço, respondendo acertadamente às perguntas: “sabe em que mês está” e “sabe em que terra vive”. A resposta em que se obteve a menor incidência, sendo isso um aspeto negativo, foi à pergunta “repete três palavras” em que apenas metade das pessoas o conseguiu fazer. Olhando para o valor agregado dos cinco indicadores, obteve-se uma percentagem de 10,8% pessoas com sinais de alteração do estado mental. Estes dados são consonantes com os estudos de Campos (2019) e Rocha (2015) e são inferiores aos verificados por Gonçalves (2013), Costa (2013) e Rodrigues (2020).

Conforme as autoras Marra & Carmagnani (2011) cit. por Rodrigues (2015), a avaliação do estado mental engloba a memória e a orientação, mas também do estado de ânimo e vontade de viver. As mesmas referem que a avaliação das funções mentais e funcionais são elementares para se conhecer o grau de independência de um individuo. Não se pode descorar também, que o processo de envelhecimento envolve a perda de capacidades cognitivas, sendo necessário investimento por parte dos familiares e

profissionais de saúde na estimulação de atividades que promovam a orientação e a memória (Gonçalves,2013).

Quando analisada a condição de saúde, numa perspetiva global, os achados evidenciam que 91,9% dos dependentes, integrados nas famílias da UFSMBRF, tinham pelo menos uma alteração, num dos processos corporais avaliados, o que poderá indicar a deterioração do estado de saúde dos membros da família dependentes, acentuando a incerteza se estas pessoas terão o devido acompanhamento e os cuidados que necessitam, quer por parte dos familiares cuidadores, quer pelos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Neste capítulo pretende-se apresentar uma síntese dos principais resultados, com o intuito de dar resposta à questão de investigação definida, bem como apresentar algumas reflexões e implicações que os resultados suscitam, nomeadamente no âmbito da disciplina de enfermagem, e em particular, na prática clínica do EEER. Tem também a finalidade de expor as principais dificuldades, bem como sugestões para futuras investigações no domínio da temática estudada.

Tendo o presente estudo o escopo de conhecer a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado, e estando integrado num projeto mais abrangente, sobre as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, importa antes de mais, destacar que os resultados revelaram que 11,1% das famílias clássicas inquiridas integravam pelo menos uma pessoa dependente no autocuidado, no domicílio. Tendo-se utilizado uma amostra probabilística e considerando o número de agregados familiares existentes na UFSMBRF que foram verificados nos últimos censos, cerca de 6289, poder-se-á depreender que na união das freguesias estudadas haverá aproximadamente, 698 famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado no domicílio (INE, 2021).

Relativamente às famílias clássicas da UFSMBRF, concluiu-se que a sua maioria tinha um núcleo, e a maior parte tinha na sua constituição dois ou três elementos, sendo em maior número de casos, as famílias constituídas pela pessoa dependente e o cuidador principal, neste caso filhas/filhos, seguidas pelas famílias constituídas apenas por duas pessoas, em que o cônjuge era o cuidador. Os MFPC são sobretudo mulheres, com idade compreendida entre os 50 e os 89 anos, sendo a média de 65,77 anos, na sua maioria casados ou a viver em união de facto e reformados.

Das pessoas dependentes no autocuidado estudas, verificou-se a existência de um equilíbrio entre o número de homens e mulheres dependentes, embora nesta amostra 54,1% sejam mulheres. Apresentam idades entre os 51 e os 99 anos, mas a maioria tem mais de 70 anos, casados ou viúvos, praticamente na mesma proporção, com baixa escolaridade e reformados. A dependência foi de instalação gradual e deveu-se essencialmente aos processos de envelhecimento e/ou doença crónica., sendo o tempo médio em que estão dependentes superior a 4 anos. Conclui-se que estas pessoas

estavam polimedicados, pois tomavam em média mais de 7 fármacos por dia, distribuídos em média por mais de 3 fármacos em cada toma, revelando regimes medicamentosos complexos. Tendo em conta a idade, a escolaridade, e a complexidade do regime medicamentoso verificado, causa alguma preocupação, uma vez que se sabe, que a inadequada gestão do regime medicamentoso, poderá traduzir-se em complicações nos processos corporais, assim como, em descompensações, nomeadamente nas situações de doença crónica, favorecendo a necessidade de recorrer a outros recursos complementares de saúde.

No que diz respeito à necessidade de recorrer ao SU, ou até mesmo de ficar internado no último ano, deduziu-se que a maioria não necessitou de internamento, e que se dirigiram ao SU em média 1,3 vezes, no mesmo espaço de tempo.

Quanto à condição de saúde, os sinais aparentes de rigidez articular são a alteração dos processos corporais, mais vezes identificada, seguida de sinais aparentes de compromisso respiratório. Tendo em conta os compromissos apresentados, relativamente aos focos de atenção, movimento articular e processos respiratórios, surge a inquietude sobre que cuidados estão a ser assegurados, quer pela família, quer pelos profissionais de saúde, e se os mesmos são suficientes e os adequados às necessidades dos membros dependentes. De acordo com as suas competências específicas, o EEER, poderá ser o suporte profissional adequado, quer para capacitar a própria pessoa dependente, de forma a manter a sua autonomia, quer para capacitar o familiar cuidador, quando o mesmo tem potencial, para o exercício do papel de prestador de cuidados. Contudo, tendo em consideração que parte significativa dos cuidados que as pessoas dependentes necessitam, são intervenções de maior complexidade, especificidade, e de grande exigência, estes deverão ser assegurados pelos enfermeiros.

Quando se analisa a condição de saúde de uma forma global, percebe-se que a maior parte dos dependentes, tem pelo menos um, dos diferentes domínios avaliados com sinais de compromisso. Os resultados sugerem que possivelmente, as respostas em cuidados de saúde fornecidas pela família e/ou profissionais, não sejam as suficientes ou as adequadas. Sabe-se que a dependência tem implicações na condição de saúde, mas o inverso também se poderá verificar, pelo que a degradação da condição de saúde, poderá favorecer por sua vez a dependência.

Importa referir que as pessoas investigadas, apesar de apresentarem necessidades em cuidados de enfermagem, não se encontravam referenciadas nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), tendo apenas acompanhamento pelas equipas

domiciliárias das Unidades de Saúde Familiares (USF), em situações pontuais, em que existe o predomínio de intervenções episódicas, descontinuadas e centradas no tratamento da doença.

Tendo em conta as previsões existentes, relativamente ao envelhecimento populacional e concomitantemente ao incremento das doenças crónicas e degenerativas, previsto para os próximos anos, depreende-se que o fenómeno da dependência para o autocuidado deverá aumentar, e simultaneamente as famílias que integram as pessoas dependentes.

Neste contexto torna-se indispensável que os profissionais de saúde, e em particular os enfermeiros, atentos aos desafios atuais e futuros, sejam um dos recursos em saúde, de forma a dar reposta a estas novas necessidades por parte da população. No que concerne ao EEER, fazendo parte constituinte das ECCI, e estando inserido nos cuidados à comunidade, e por sua vez, na prestação de cuidados domiciliários, são elementos fundamentais para assumir, cada vez em maior número, o suporte profissional adequado e de melhor qualidade, de uma forma frequente, regular e sistemática.

Deste modo, considerando o conhecimento teórico relacionado com o fenómeno da dependência no autocuidado, o EEER no processo de tomada de decisão, tendo como propósito a promoção do autocuidado, reabilitando capacidades, desenvolvendo estratégias adaptativas, advogando o uso de recursos necessários, dotando a pessoa e o familiar cuidador de competências para gerir com mestria a sua condição de saúde, diminuindo desse modo as situações de risco e a prevenção de complicações, constituindo-se assim um agente facilitador no processo de transição, poderá ter uma ação profissional com evidências na melhoria da saúde e bem-estar das pessoas.

Sendo a investigação, por um lado, uma forma de aumentar o conhecimento e desenvolver as competências na área da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, e por outro servir de eixo norteador para a prática baseada na evidência, dessa mesma especialidade, sugere-se como proposta para futuras investigações: a replicação deste estudo em todo o concelho de Coimbra e ainda avaliar a efetividade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado.

Quanto às dificuldades na investigação aponta-se a situação pandémica vivida nos últimos anos, que condicionou de certo modo a recolha de dados. O tempo para aplicação do formulário, uma vez que demorava cerca de 60 minutos, tendo sido

necessário, em algumas situações agendar um horário conveniente para a família, ou até mesmo, a deslocação à mesma habitação mais do que uma vez.

Embora a amostra correspondesse ao número representativo da população em estudo, equaciona-se como seria a condição de saúde das pessoas, em que os seus cuidadores se recusaram a participar na investigação, e como esses achados poderiam refletir-se nos resultados obtidos.

Espera-se que os resultados desta investigação, possam contribuir para o conhecimento da condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado, a viver no domicílio, no contexto estudado, e dessa forma sustentar a tomada de decisão no planeamento e gestão de recursos em saúde, bem como evidenciar a possível mais valia da intervenção dos enfermeiros, particularmente do EEER, alvejando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Almeida, R. A. R.; Abreu, C.C.F.; Mendes, A. M. O. C. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 163–172.

Almeida, T.L. de. (2006). Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2(6), 149. Recuperado de https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/38.

Bäckström, B. (2018). Alteração das Estruturas Familiares. *Cadernos de Economia*, *Março*, 26–28.

Bazo Royo, M.T. (2000). Sociedad y vejez: la família y el trabajo. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontologia Social* (pp. 242-249). Madrid: Psicología Pirámide.

Bento, M. C.S.S.C. (2020). *Contributos para a definição de um modelo organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário – Estudo realizado nas ECCI do ACES Baixo Mondego* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

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

Carvalho, A. (2007). *Necessidades de Saúde na Perspetiva do Idoso Acometido de Queda em Domicílio: contribuição para enfermagem* (Tese de Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Cavalcante, T.F., Nemer, A.P.L., Moreira, R. P., & Ferreira, J.E.S.M. (2018). Nursing Interventions To the Patient With Stroke in Rehabilitation. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, *12*(5), 1430–1436.

Costa, A. C. J. S. da. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions: a nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology – Issues and implementation* (pp. 237-257). New York: Aspen Publiation.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. *Diário da República nº 101/2006 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Dixe, M.A.C.R., Soares, E.M., Martinho, R.F.G., Rijo, R.P.C.L., Caroço, J. E.F., Gomes, N.M.M., & Querido, A.I.F. (2020). *Modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência* (1ªed.) Instituto Politécnico de Leiria, Center for Innovatite Care and Health Technology, Portugal.

Dixe, M.A.C.R.; Teixeira, L.F.C.; Areosa, T. J. T. C. C., & Frontini, R. C.; Jesus, Peralta, T. J. A.; Querido, A. I. F. (2019). *Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person : a cross- sectional study*. 1–9.

Festa, A. J. R. (2017). *Gestão do regime medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência* (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Portugal

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Climepsi.

Folden, S.L. (2001). The politics of the family. In P.L. Munhall, & V.M. Fitzsimons, The *emergence of family into the 21st Century* (pp. 63-72). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers-National League for Nursing.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência.

Frota Cavalcante, T., Lima Nemer, A., Peixoto, a, Moreira, R. P., & de Sousa Maciel Ferreira, J. E. (2018). Nursing Interventions To the Patient With Stroke in Rehabilitation. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, *12*(5), 1430–1436. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=129741252&site=ehost-live

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *Dimensão média das famílias segundo os Censos*. Recuperado de https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *Indicadores de envelhecimento segundo os Censos*. Recuperado de https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos++-525

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo.* Recuperado de https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição.* Recuperado de https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela

Graça, T., Bocchi, S., Fusco, S., & Avila, M. (2018). A Experiência do Cuidador Informal à Luz da Teoria Geral de Enfermagem. *Online Brazilian Journal of Nursing, 3*(16), 355-65.

Guimarães, M.S.F, & Silva, L.R. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro. Recuperado de https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf.

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

Gonçalves, P. J. P. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: Estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Infográfico INSA: *Acidentes Domésticos e de Lazer — Mecanismos de Lesão.* (2020). Recuperado de https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-acidentes-domesticos-e-de-lazer-mecanismos-de-lesao/

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Conceito de Família Clássica*. Recuperado de http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1123

Instituto Nacional de Estatística. (2014*). Censos 2011, informação estatística*. Recuperado de https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros

Instituto Nacional de Estatística. (2021*). Censos 2021, resultados provisórios.* Recuperado de https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Tábuas de Mortalidade para Portugal*. Recuperado de file:///C:/Users/clano/Downloads/28TabuasMortalidade2016_2018.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021 – Divulgação dos Resultados Preliminares.* Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=473161655&DESTAQUESmodo=2

Internacional Council of Nurses. (2018). *Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem: CIPE® versão 2.0*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Maduro, A., & Figueiredo, M. C. (2021). Intervenções de enfermagem na prevenção de queda dos idosos: Uma scoping review. *Revista da UI_IPSantarém*. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde. 9(1), 274-290. https://revistas.rcaap.pt/uiips/

Marques, R., & Dixe, M. A. (2010). Dificuldades dos Cuidadores dos Doentes Dependentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1(1), pp. 487-497.

Martins, R., & Mesquita, M. (2016). Fraturas da Extremidade Superior do Fémur em Idosos. *Revista Millenium* (50), 239-252. Recuperado de http://www.ipv.pt/millenium/Millenium50/14.pdf

Martins, C.S.G., Corte, A.E.M., & Marques, E. M. B. G. (2014). As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, *1*, 177–184. https://doi.org/10.17060/ijodaep/2014.n2.v1.021

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook, 6*(42), pp. 255-259.

Meleis, A. et al. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advanced Nurse Science, 23(1), 12-28. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036.

Meleis, A. I. (2007). Theoretical Nursing: development and progress (4ª ed.). Estados Unidos da América: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York, Estados Unidos da América: Springer Publishing Company, 38-51.

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*).

Melo, R.M.C., Rua, M.S., & Santos, C. S. V.B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 143-151.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de enfermagem ESS/IPS Campus do IPS, Portugal.

Nogueira, J. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados.* Ministério do Trabalho e da Solidariedade social. Gabinete de estratégia e de planeamento, Centro de Informação e Documentação. Lisboa.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Relatório de Primavera. Lisboa: OPSS. Recuperado de http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2015/

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2021). *20 anos de Relatórios de Primavera – Percurso de Aprendizagens*. Relatório de Primavera. Lisboa: OPSS. Recuperado de https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2021/06/rp-2021v2.pdf.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. (2019). *Health at a Glance: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. doi.org/10.1787/4dd50c09-en

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação* (pp. 1–19). Disponível em

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n. º392/2019 – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da Républica, II Série, n.º 85: 13565-68.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*, elaborado pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, Porto, Portugal.

Orem, D. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermaria en la pratica. Barcelona: Masson-salvat.

Orem, D. (1995). Nursing: Concepts of Practice. (5ªEd). Mosby.

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

Organização Mundial de Saúde. (2004). CIF: *Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Pereira, R. (2008). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório em meio hospitalar* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Pereira dos Santos, W., Dantas de Freitas, F. B., & Gouzeia de Sousa, V. A. (2019). *Overburden on elderly caregivers who care for dependent elderly (only abstract english)*. *10*(2), 1509–1518. http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/download/367/759

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra, Formasau

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – conceito central da enfermagem*. Coimbra, Formasau Editora. ISBN 978-989-8269-17-1

Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.

Petronilho, F. (2016). Preparação para o regresso a Casa. In M. Teresa, M. Araújo, M. Peixoto, & P. Machado, *A Pessoa Dependente & O Familiar Cuidador* (pp. 73-93). Porto: Enfermagem. Porto.

Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de enfermagem e autocuidado: contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.3-14). Loures: Lusodidacta.

Petronilho, F. (2016). *Ganhos em Saúde na RNCCI: o caso dos dependentes acompanhados pelos prestadores de cuidados da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave*. Centro de Investigação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga.

Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. (2017, fev.). Evolução e destino das Pessoas dependentes no Autocuidado: Estudo Longitudinal. *Revista de Investigação em Enfermagem, 2.ª série* (18), 32-42. Recuperado de http://repositorium.sdum.uminho.pt/bi-tstream/1822/63436/1/Evolu%c3%a7%c3%a3o%20e%20destino%20das%20pessoas%20de-pendentes%20no%20autocuidado_estudo%20longitudi-nal_RIE%20n%c2%ba18_fev%202017%20%282%29.pdf

Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. da C., Carvalho, D. M. F., Oliveira, J. M. C., Castro, P. R. C. V., & Machado, M. M. P. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, 39–48. https://doi.org/10.12707/RIV17027

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (1ªEd), *Enfermagem de reabilitação- conceções e práticas* (pp. 67-75). Lisboa, Portugal: Lidel

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed

Polit, D.; Beck, C. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (9ªed.). Porto Alegre: Artmed.

Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação em Enfermagem.* Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/267328377_Autocuidado_transicoes_e_bem-estar

Queirós, P. (2012). O bem-estar na perspetiva de Enfermagem. In *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100*. Dossier n. º1. Coimbra: ESEnfC/UICISA-E.

Queirós, P. J., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. IV, pp. 157-164.

Queirós, P. (2015). Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. *Revista de Enfermagem Referência*. Nº5, Série IV, pp. 139-146.

Queirós, P. (2019). *Uma prática teórica da enfermagem*. Coletânea para uma epistemologia de enfermagem.

Regadas, S. C. R. S. (2021). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: Estudo exploratório de base populacional no concelho de Paços de Ferreira* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *32*(1), 27–36. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252014000100005&lng=en&tlng=en

Rocha, M. do C. A. (2015). *Dependência no autocuidado em contexto familiar- estudo exploratório de base populacional no concelho da maia* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

Rodrigues, A.M.A.M. (2015). *Dependência no autocuidado dos idosos residentes em lar* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

Rodrigues, C.M.N.C. (2020). *Famílias com pessoas dependentes no autocuidado – Implicações para o enfermeiro de família* (Tese de Mestrado). Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Portugal.

Sarmento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). Cuidar do idoso: Dificuldades dos familiares. Coimbra, Portugal: Formasau.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. 27. *Journal of Nursing Scholarship*, *26*(2), 119-1

Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa, Portugal: Lidel.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental.* 2.ª ed. Lisboa: Lidel.

Silva, A. S. (2012). *Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas co concelho do Porto* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.14/11409.

Silva, R. (2011). *Dependência no Autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno* (Tese de mestrado). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

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

Schoenmakers, B. (2005). *Desenvolvimento de uma Metodologia de Amostragem para Caracterização da Ocupação do Solo de Portugal Continental. Curso de Mestrado*. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Slatyer, S., AOUN, S., Hill, K., Walsh, D., Whitty, D., & Toye, C. (2019). Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. *BMC Health Services Research, 19*, 1-10. Disponível em https://doi.org/10.1186/s12913-019-4042-0

Vaz, P. C. L.M. (2020). *Prevenção de quedas nos idosos: capacitar para não acontecer* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

Trigo, M. M. C. L. (2012). *Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado estudo descritivo de base populacional no concelho da maia* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9299.

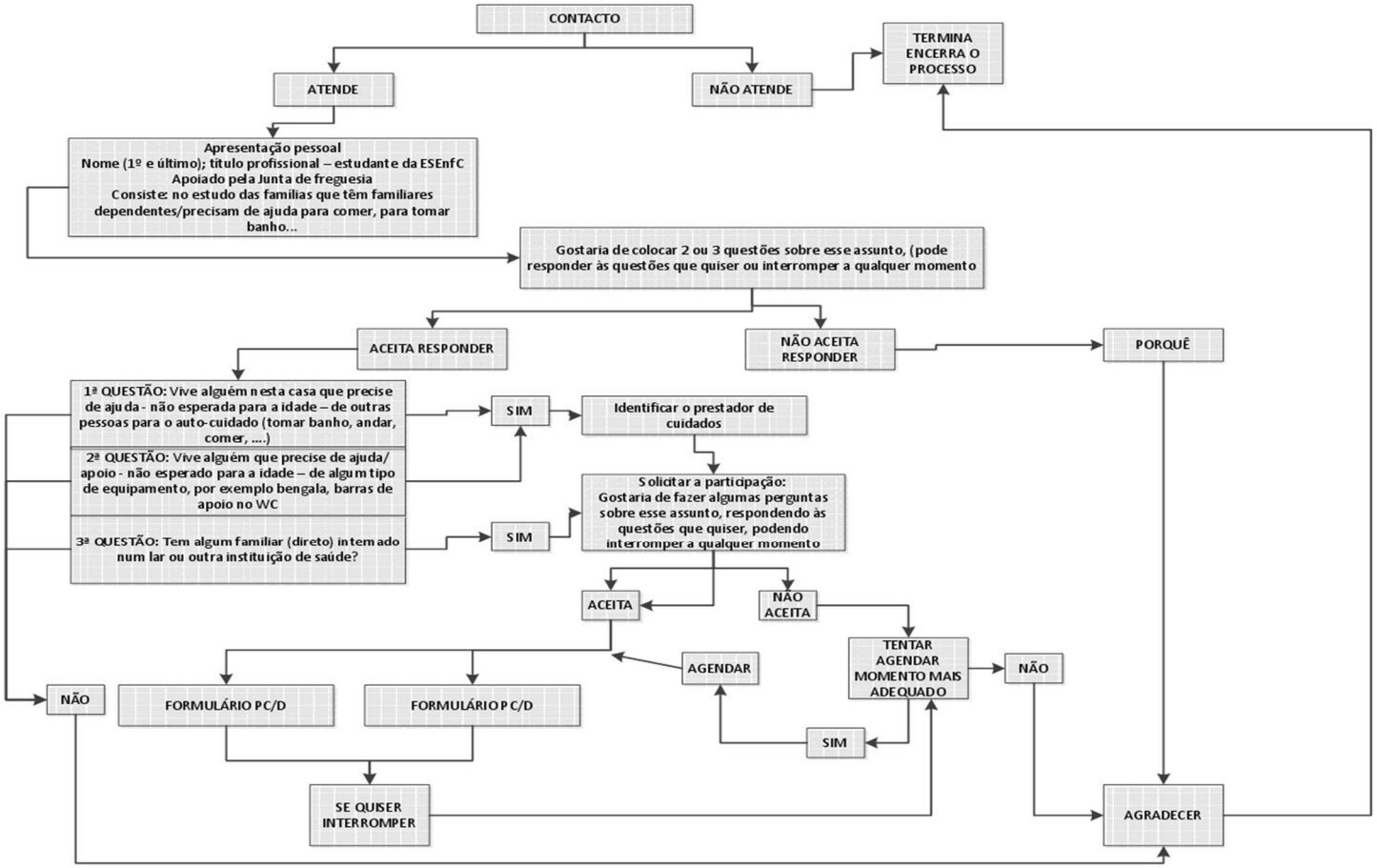
União das freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades (2019). *Demografia*. Recuperado de http://saomartinhodobispoeribeiradefrades.pt/

Wong, K., Trudel, G., & Laneuville, O. (2015). Noninflammatory Joint Contractures Arising from Immobility: Animal Models to Future Treatments. *BioMed Research International* 2015

ANEXOS

ANEXO 1

Procedimento de aplicação do formulário


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
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
SIM
ACEITA
NÃO ACEITA
TENTAR AGENDAR MOMENTO MAIS ADEQUADO
NÃO
AGENDAR
SIM
NÃO
FORMULÁRIO PC/D
FORMULÁRIO PC/D
SE QUISER INTERROMPER
AGRADECER

ANEXO 2

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

	Necessário (juizo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Assento suspenso para banheira	○ S ○ N	○ S ○ N	○ S ○ N
Razão da não utilização	○ Económica ○ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ○ Desconhecimento da forma de funcionamento ○ Limitações da residência ○ Outro		
Barras de apoio para banho	○ 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		
Cadeira de banho (fixa/ giratória)	○ 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		
Cadeira higiénica	○ 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		
Elevador de banheira	○ 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		
Lava cabeças para acamados	○ 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		
Antiderrapante	○ 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 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		
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		
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		
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)** ○ 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

Disco de rotação — **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 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)** ○ 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

Rodas anti-queda — **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

Plataforma vertical para cadeiras de rodas — **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: 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

Sim	Não	
○	○	**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 científicas
- ○ Técnicos e profissionais de nível intermédio
- ○ Pessoal administrativo e similares
- ○ Pessoal dos serviços e vendedores
- ○ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- ○ Operários, artífices e trabalhadores similares
- ○ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- ○ Trabalhadores não qualificados
- ○ Doméstico
- ○ Desempregado
- ○ Pensionista / Reformado
- ○ Estudante
- ○ Outra

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 família
- ○ O familiar institucionalizado
- ○ Indicação de serviços de saúde/sociais
- ○ Outra (especificar)

Razões da escolha da instituição

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

O dependente foi contrariado ○ S ○ N

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

Sim	Não	
○	○	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 3

Declaração da aprovação do projeto pela Comissão de Ética

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

ANEXO 4

Formulário de consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

(Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964, Tóquio 1975; Veneza 1993; Hong Kong, 1989; Somerset West 1996; Edinburgo 2000; Seoul 2008; Fortaleza 2013)

Termo de Consentimento Informado de participação no Estudo: Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no Concelho de Coimbra.

O Presente estudo é da responsabilidade dos investigadores:, Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento, com email cbento@esenfc.pt, António Fernando Salgueiro Amaral, com email amaral@esenfc.pt, Manuel Augusto Mariz, com email mariz@esenfc.p; Filipa Cardoso, cardoso.anafilipa@gamil.com; todos enfermeiros, professores na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e investigadores da UICISA:E e Paulo José Parente Gonçalves, com email paulo@esenf.pt, professor da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O estudo foi submetido a parecer da Comissão de Ética da UICISA:E e obteve parecer favorável.

O estudo tem como finalidade conhecer, o fenómeno da dependência no autocuidado no contexto das famílias do Concelho de Coimbra. Assim, os investigadores através de métodos aleatórios selecionaram um conjunto de domicílios de Famílias do Conselho de Coimbra às quais irão *bater à porta*. Caso aceite colaborar no estudo, perguntar-lhe-ão se tem na sua família uma pessoa dependente no autocuidado, essa questão tem como objetivo identificar a prevalência de famílias que integram familiares dependentes no autocuidado. Em caso afirmativo, e se aceitou participar neste estudo, colocar-lhe-emos um conjunto de questões tendo como objetivos: Caracterizar as famílias que integram familiares dependentes no autocuidado, no concelho de Coimbra; descrever as famílias que integram familiares dependentes no autocuidado quanto: ao tipo de família; ao tipo de alojamento, às condições socioeconómicas; Caracterizar o familiar dependente no

autocuidado integrado na família, no concelho de Coimbra. Caso tenha um familiar depende, se necessário, pediremos também autorização para realizar observação física da pessoa dependente, não resultando da mesma quaisquer danos ou inconvenientes. A entrevista terá a duração aproximada de 60 minutos. Os dados serão registados num formulário. Nunca registaremos dados que permitam a sua identificação.
Se aceitar participar no estudo garantimos o anonimato, a confidencialidade dos dados que nos confiar e que os mesmos apenas serão usados para os fins do estudo.

A sua Participação é muito importante. Pelo que muito gostaríamos de poder contar com a sua colaboração.

Muito Obrigada,

Termo de Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

- Reconheço que todos os procedimentos da investigação me foram explicados dando respostas a todas as minhas dúvidas;

- Fui informado (a) de que a minha participação neste estudo é voluntária podendo-me retirar a qualquer momento, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo;

- Asseguraram-me que não serei identificado(a) e que será mantido o caracter confidencial de todas as informações;

- Concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas, consinto participar neste estudo e autorizo a análise dos dados fornecidos.

confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura:_____

Data: …… /…… /……..

Termo de consentimento a ser assinado pela pessoa dependente no autocuidado se para isso for competente ou pelo seu tutor legal.

Assinatura do investigador que procedeu à obtenção do Consentimento Informado e colheita de dados

_____DATA____/____/____

APÊNDICES

APÊNCICE 1

Panfleto “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