



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado integrada em
famílias clássicas na União de Freguesias de Coimbra

Daniel Filipe Martins Da Silva

Coimbra, junho de 2022



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado integrada em
famílias clássicas na União de Freguesias de Coimbra

Daniel Filipe Martins Da Silva

Orientador: Professor Manuel Augusto Duarte Mariz.

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

Coimbra, junho de 2022

PENSAMENTO

“Não passamos de crianças a brincar à beira-mar, na insistente procura de seixos mais lisos ou conchas mais belas perante o imenso e inescrutável oceano de verdade. Felizmente que esta inescrutável verdade não nos impede o conhecimento experienciado dos encantos do oceano!”

Newton

DEDICATÓRIA

À minha avó e a todas as famílias com um familiar dependente

AGRADECIMENTOS

Terminada esta investigação desejo manifestar aqui o meu profundo e sincero agradecimento a todos os que fizeram parte deste percurso e tornaram possível a sua concretização:

Ao Professor Manuel Augusto Duarte Mariz, pela orientação, apoio e encorajamento ao longo deste processo de crescimento e amadurecimento

Ao Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral pela sua constante disponibilidade e precioso auxílio no tratamento de dados

À Professora Doutora Maria da Conceição Costa Bento pela sua força e iniciativa inspiradora e dinamizadora

Ao sr presidente da Junta de Freguesia da União das Freguesias de Coimbra, Dr. João Francisco Campos, pelo seu contributo e ação facilitadora no contacto com as famílias

A cada família que abriu as suas portas, abrindo também a sua vida de cuidador

Ao meu colega e amigo enfermeiro Frederico Domingues, pela companhia, pelo suporte, pelo incentivo - certamente o caminho ficou mais fácil de trilhar

À enfermeira Gabriela Rolim, pela presença e ajuda neste percurso

À minha família, pela sua tolerância na ausência e escuta incondicional

... muito obrigado!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

BGRI – Base Geográfica de Referenciação de Informação

CF – Cuidador Familiar

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

Doi – digital object identifier

Dto. – Direito

Et al. – e outros

Esq. – Esquerdo

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ICN – International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

P. – página

PD – Pessoa(s) Dependente(s)

PMC – Pessoas com mobilidade condicionada

SPSS® - Statiscal Package for Social Sciences®

SU – Serviço de Urgência

UFC – União das Freguesias de Coimbra

WHO – World Health Organization

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento e da doença crónica tem levado ao aumento de pessoas com limitações físicas e cognitivas, com repercussões na satisfação dos seus autocuidados (Ribeiro et al, 2014). A condição de saúde é um indicador sensível aos cuidados prestados à pessoa dependente no autocuidado, existindo estudos que apontam para a incompletude dos cuidados prestados a este tipo de população (Bento, 2020). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, atendendo à formação diferenciada e ao seu papel fundamental na saúde das pessoas, desenvolve competências de prestação de cuidados ao longo da vida, capacitação das pessoas com limitação da atividade e maximização da funcionalidade.

Objetivos: O objetivo deste estudo consiste em caracterizar a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado inserida em famílias clássicas da União de Freguesias de Coimbra.

Método: Trata-se de um estudo de base populacional, quantitativo, descritivo simples e transversal. A amostra foi probabilística, feita a partir de uma seleção geográfica por quarteirões. A população alvo são as famílias clássicas residentes na União das Freguesias de Coimbra. O instrumento de recolha de dados foi o formulário “Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado”.

Resultados: As pessoas dependentes no autocuidado inseridas em famílias clássicas na União de Freguesias de Coimbra, são pessoas maioritariamente do sexo masculino, com média de idade de 77,7 anos. O valor da condição de saúde global média foi 2,1, variando entre 0 e 5, numa escala que varia entre 0 e 8. Relativamente às dimensões da condição de saúde, de forma sequencial, evidencia-se maior compromisso no movimento articular, na integridade dos tecidos corporais, no volume de líquidos e processo respiratório, no estado mental e nutricional, e, por último, no padrão de higiene e asseio. A condição vestuário não revelou compromisso. O familiar cuidador, maioritariamente, é do sexo feminino, com média de idade de 60,7 anos, tem relação de parentesco de filho e coabita com a pessoa dependente.

Conclusão: A condição de saúde das pessoas dependentes sugere a existência de incompletude dos cuidados prestados pelo cuidador ou profissionais.

Palavras-chave: condição de saúde, dependente, cuidador familiar, família, enfermeiro de reabilitação.

Abstract

Introduction: The process of aging and of chronic disease has led to an increase in the number of people with physical and cognitive limitations, with repercussions on their self-care satisfaction (Ribeiro et al, 2014). The health condition is a sensitive indicator of the care provided to the dependent person in self-care, and there are studies that point to the incompleteness of the care provided to this type of population (Bento, 2020). The Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, given the differentiated training and their key role in people's health, develops skills in providing care throughout life, empowering people with activity limitation and maximizing functionality.

Objectives: The objective of this study is to characterize the health condition of the person dependent on self-care inserted in classic families of the União de Freguesias de Coimbra.

Method: This is a population-based, quantitative, simple descriptive and cross-sectional study. The sample was probabilistic, based on a geographical selection by blocks. The target population are the classic families living in União das Freguesias de Coimbra. The data collection instrument was the form "Families that Integrate Dependents on Self-Care".

Results: The people dependent on self-care inserted in classic families in the União das Freguesias de Coimbra, are mostly male, with an average age of 77.7 years. The value of the mean overall health condition was 2.1, ranging from 0 to 5 on a scale ranging from 0 to 8. Regarding the health condition domains, we found a higher level of compromise in joint movement and integrity of body tissues, followed by fluid volume and respiratory process, then mental and nutritional status, and, finally, hygiene and cleanliness. The clothing condition showed no compromise. Mostly, the family caregiver was female, with an average age of 60.7 years, was the son or daughter of the dependent person and lives with them.

Conclusion: The health condition of people dependent suggests the existence of incompleteness of the care provided by the caregiver or professionals.

Keywords: health condition, dependent, family caregiver, family, rehabilitation nurse.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de famílias clássicas na UFC	39
Tabela 2: Relação entre campanhas tocadas e atendidas	45
Tabela 3: Proporção/ Distribuição de Famílias Clássicas que integram PD por zonas de residência e taxa de adesão ao formulário.....	46
Tabela 4: Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente (n=14).....	47
Tabela 5: Caracterização da origem da dependência na pessoa dependente (n=14)	48
Tabela 6: Caracterização da associação de fatores na origem da dependência e período de instalação (n=14)	48
Tabela 7: Caracterização do tempo (em anos) de dependência da pessoa dependente	49
Tabela 8: Caracterização da utilização dos serviços de saúde pela PD (n=14).....	49
Tabela 9: Resultados dos indicadores de compromisso do status volume de líquidos (n=14).....	50
Tabela 10: Resultados dos indicadores de compromisso do status nutricional (n=14).	51
Tabela 11: Resultados dos indicadores de compromisso do movimento articular (n=14)	51
Tabela 12: Resultados dos indicadores de compromisso da integridade dos tecidos corporais (n=14)	52
Tabela 13: Caracterização do padrão intestinal (n=14)	52
Tabela 14: Resultados dos indicadores de compromisso do processo respiratório (n=14).....	53
Tabela 15: Resultados dos indicadores de compromisso do padrão geral de higiene e asseio (n=14).....	53
Tabela 16: Resultados dos indicadores de compromisso da condição do vestuário (n=14).....	54
Tabela 17: Resultados do indicador Quedas (n=14).....	54
Tabela 18: Resultados dos indicadores de alteração do estado mental (n=14)	54
Tabela 19: Caracterização do Cuidador Familiar (n=19)	57
Tabela 20: Caracterização da Família (n=21).....	58
Tabela 21: Caracterização do alojamento (n=21).....	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Percentagem das dimensões que caracterizam a condição de saúde da PD na freguesia da UFC.....	55
Figura 2: Caracterização da condição de saúde da PD	56

SUMÁRIO

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 – TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	23
1.1.1- Teoria do Autocuidado	23
1.1.2- Teoria do Défice de Autocuidado	25
1.1.3- Teoria dos Sistemas de Enfermagem	25
1.2 – TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS	26
1.3 - CONCEITO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE	29
1.4 – CONCEITO DE CUIDADOR FAMILIAR.....	32
2- METODOLOGIA	35
2.1- FINALIDADE E TIPO DE ESTUDO	35
2.2- OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	35
2.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
2.4- VARIÁVEIS DO ESTUDO E OPERACIONALIZAÇÃO.....	39
2.4.1- Variáveis que caracterizam a pessoa dependente	40
2.4.2- Variáveis que caracterizam a Condição de Saúde	40
2.4.3- Variáveis que caracterizam o cuidador familiar	41
2.4.4- Variáveis que caracterizam a família e alojamento	41
2.5- INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS E TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	42
2.6- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	43
3- ANÁLISE DE RESULTADOS	45
3.1- CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE	46
3.2- CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE	50
3.3 – CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR.....	56
3.4- CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA E ALOJAMENTO	58
4- DISCUSSÃO DE RESULTADOS	61
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

ANEXOS

ANEXO I - Instrumento de colheita de dados: formulário “famílias que integram dependentes no autocuidado”

ANEXO II – Autorização de aplicação da escala

ANEXO III - Fluxograma

ANEXO IV – Parecer da comissão de ética

ANEXO V – CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICES

APÊNDICE I – Operacionalização das variáveis que caracterizam a pessoa dependente

APÊNDICE II – Operacionalização das variáveis que caracterizam a origem da dependência

APÊNDICE III – Operacionalização de variáveis que caracterizam a utilização dos serviços de saúde

APÊNDICE IV – Operacionalização das variáveis relativas à condição de saúde

APÊNDICE V – Operacionalização das variáveis que caracterizam o familiar cuidador

APÊNDICE VI - Operacionalização das variáveis que caracterizam a família e alojamento

APÊNDICE VII - Panfleto

INTRODUÇÃO

O aumento dos níveis de esperança média de vida e o declínio da natalidade, sobretudo no contexto da civilização ocidental, tem caracterizado a sociedade pelo aumento da taxa de envelhecimento demográfico e aumento das doenças crónicas. Esta realidade não é exceção para a população portuguesa, que tem vindo a apresentar consecutivamente elevados níveis de envelhecimento, resultando conseqüentemente no aumento das doenças crónicas e/ou degenerativas, potenciando o desenvolvimento de debilidades do ponto de vista funcional e cognitivo e conseqüentemente geradoras de dependência.

No relatório da Primavera de 2015, elaborado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), está plasmado que, decorrente de uma meta-análise decorrente de vários estudos que integraram ao todo 9873 agregados familiares, foram identificados 953 que integravam, pelo menos, uma pessoa dependente nos autocuidados, sendo que 43,4% dessas pessoas dependentes são acamadas (OPSS, 2015).

A condição de saúde permite ser um indicador que reflete os cuidados que poderão ser prestados à pessoa dependente, a nível de processos corporais e mentais, seja por profissionais ou por familiares. Dado que existem poucos dados desta problemática, faz sentido que se faça um trabalho iniciado e dinamizado por enfermeiros com vista a estabelecer um diagnóstico de situação. Os resultados do presente estudo indicam que existem dimensões da condição de saúde com compromisso, das quais se destacam as dimensões do compromisso do movimento articular e compromisso da integridade dos tecidos corporais, sugerindo que os cuidados prestados poderão ser insuficientes relativamente às necessidades. Existe, portanto, a necessidade da realização de estudos que contribuam para o conhecimento da condição de saúde dos dependentes no autocuidado dada a escassez de conhecimento nesse âmbito, sobretudo em contexto domiciliário (Trigo, 2012).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), no desenvolvimento de uma especialidade multidisciplinar, é detentor de um corpo de conhecimentos e intervenções específicas que permitem ajudar as pessoas numa situação de doença crónica ou aguda a maximizar o seu potencial com vista à

independência, a fim de promover a máxima satisfação da pessoa e preservar a autoestima, cuidando ao longo do ciclo de vida, capacitando para a reinserção e o exercício da cidadania e maximizando a funcionalidade (Ordem do Enfermeiros, 2019), sendo, por isso, um recurso indispensável para facilitar a transição neste grupo vulnerável.

O meu interesse surge pela identificação pessoal com o tema devido à situação de um familiar que, pela doença crónica e envelhecimento, desenvolveu limitações físicas e cognitivas e cuja família necessitou de ajuda diferenciada no âmbito da Enfermagem de Reabilitação para a prestação de cuidados, tendo-se revelado facilitador do processo de transição e adaptação a uma nova realidade.

Decorrente do referido, o presente trabalho integra-se num contexto de uma investigação mais alargada no concelho de Coimbra sobre a dependência no autocuidado, e tem por objetivo caracterizar a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, inserida em famílias clássicas da União das Freguesias de Coimbra.

O estudo desenvolvido é de base populacional, quantitativo, descritivo simples e transversal. A população alvo são as famílias clássicas residentes na União das Freguesias de Coimbra. A amostra é probabilística, feita a partir de uma seleção geográfica por quarteirões. O instrumento de recolha de dados é o formulário “Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado”

O trabalho encontra-se estruturado com o enquadramento teórico e concetual, em que se faz uma revisão bibliográfica dos conceitos a serem abordados. Depois aborda-se a parte metodológica onde está presente o desenho de investigação a ser seguido, os resultados, a discussão e, por fim, a conclusão, como nota final do trabalho desenvolvido.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Portugal, à semelhança de outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas transformações demográficas caracterizadas pelo aumento da longevidade e da população idosa. Assim, no contexto português, a proporção da população idosa que representava 9,7% do total da população em 1971, mais do que duplicou passando para 21,3% em 2017. As projeções demográficas estimam que em Portugal haverá uma perda de população dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031, no entanto o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões (INE, 2014). A confirmar as estimativas, em 2016 a esperança de vida atingiu os 77,7 anos para homens e 83,4 anos para as mulheres (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018).

O impacto da morbilidade relacionada com a idade está associado à prevalência de uma faixa etária tendencialmente mais idosa. Com esta, surgem as doenças crónicas e/ou degenerativas, sendo estas potenciadores de debilidades funcionais e cognitivas e, conseqüentemente, limitadoras e geradoras de dependência (Santos et al., 2016).

Todos estes indicadores plasmam uma realidade que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo, exigindo adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde e segurança social.

O envelhecimento entende-se, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) como “um processo de mudança progressiva de estrutura biológica, psicológica e social que se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2006, p. 5). O envelhecimento é um processo de mudança contínua em que cada indivíduo o vivencia de forma única, uma vez que o tipo, a proporção e o grau de mudanças físicas, emocionais, psicológicas e sociais são inerentes e exclusivas a cada indivíduo. Esse processo de mudança é influenciado por diversos fatores, entre os quais se destacam o ambiente, a genética, a dieta, a saúde, o stress e os tipos de escolhas realizadas (Eliopoulos, 2011). Dado que se trata de um processo intrinsecamente individual, faz sentido dizer, conforme referido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento revestem-se de complexidade (World Health Organization [WHO], 2015).

A complexidade do envelhecimento é decorrente da própria complexidade inerente a cada ser humano. O ser humano é complexo porque está em interação constante consigo próprio e com os outros, inseridos num determinado ambiente, com vontade própria, intenções e atividades de autorrealização. Por isso, é bem possível que a sua reação ou comportamento seja diferente em circunstâncias muito idênticas (Kim, 2010).

Ao longo do tempo, o sistema de saúde foi focando a sua atenção em indicadores quantitativos como a morbidade, mortalidade e no tratamento da doença propriamente dita, contudo em relação à pessoa e ao prestador de cuidados, uma vez que vivenciam uma nova situação de saúde/doença, há aspetos potencialmente geradores de stress pelo fato de não serem criadas condições para a aquisição de novas competências com vista a vivenciar esta transição de forma saudável (Silva, 2007).

Um espelho dessa realidade é apresentado por Gonçalves (2013), quando no seu estudo conclui que há um efetivo e assumido envolvimento dos cuidadores familiares da pessoa dependente, mas recorrem às competências da sua experiência de vida, em que apesar de agirem no máximo potencial dos seus conhecimentos, são insuficientes para dar resposta efetiva às necessidades, com prejuízo para a condição de saúde do familiar dependente.

Fica, portanto, a interrogação de qual será a condição de saúde das pessoas dependentes, havendo, para isso, a necessidade da caracterização da condição de saúde nas suas várias dimensões, a fim de se fazer uma avaliação das necessidades existentes, criar condições para uma base de trabalho que possibilite o planeamento de intervenções e assegurar os recursos adequados pelas entidades de saúde.

É neste contexto que surge a pertinência do EEER, uma vez que, no âmbito do desenvolvimento das suas competências, pode dar resposta às necessidades de cuidados das pessoas dependentes integradas em famílias. Trata-se de uma oportunidade para os EEER assumirem a liderança neste processo, uma vez que uma das suas competências é “ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p. 13565), assistindo o indivíduo, a família ou a comunidade a lidar com as transições que afetam a sua saúde.

Desse modo, faz sentido que as competências do EEER sejam enquadradas nesta realidade, uma vez que tem por foco de atenção “a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 16656).

Por forma a clarificar a temática em estudo, serão abordados conceitos de condição de saúde, transição e autocuidado. Os conceitos sendo eles o alvo do estudo e não a população, revelam-se como elementos essenciais na investigação, sendo por isso fundamental a sua definição (Fortin, 2009). A definição dos vários conceitos torna-se necessária para o desenvolvimento do presente estudo e compreensão dos fundamentos teóricos que a sustentam e futura interpretação dos resultados, sendo, por isso, desenvolvido neste ponto um enquadramento teórico relativo à problemática em estudo, a fim de clarificar os conceitos envolvidos.

1.1 – TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Nos finais dos anos 50, Dorothea Orem desenvolveu uma teoria cujo conceito central é o autocuidado – Teoria do Défice de Autocuidado. Esta teoria é composta por três teorias que se interrelacionam: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 1993, 1995).

1.1.1- Teoria do Autocuidado

Segundo Orem (2001), o autocuidado é uma ação realizada pela pessoa de forma deliberada com vista a regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes, seja em ambientes estáveis ou mutáveis, recorrendo a medidas apropriadas, confiáveis e válidas. As ações são realizadas com vista a garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida, para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o autocuidado é definido como “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, 2011, p.41).

O autocuidado é aprendido e executado de forma intencional e contínua, através de relações interpessoais, por forma a dar resposta às necessidades da pessoa (Petronilho, 2012). De forma sintética esta teoria vem descrever o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias (Queirós et al., 2014).

Esta teoria fundamenta-se em seis conceitos, nomeadamente: Ação de Autocuidado; Capacidade de Autocuidado; Requisito de Autocuidado; Necessidade de Autocuidado; Défice de Autocuidado e Intervenção de Enfermagem (Orem, 2001).

Em relação à atividade de autocuidado enquanto ação, é traduzida na capacidade que a pessoa tem ou não para realizar as atividades de autocuidado, sendo considerada por

Orem (2001), agente de cuidado a pessoa que realiza autonomamente o cuidado e agente dependente de cuidados a pessoa que não tem capacidade para o autocuidado. A Ação do Autocuidado em si integra vários domínios: o cognitivo, o físico, o emocional e o comportamental. O domínio cognitivo é o domínio que permite compreender as habilidades cognitivas para o desenvolvimento da ação do autocuidado. O domínio físico envolve a capacidade física para ação de autocuidado. O domínio emocional ou também considerado psicossocial, é o domínio que compreende a motivação, atitude, valores e percepção de competência na realização do autocuidado. Por fim, o domínio comportamental reporta para as habilidades necessárias para a efetivação de comportamentos de autocuidado (Orem, 2001).

Relativamente ao conceito de Capacidade de Autocuidado, é um conceito que dirige para a capacidade de desempenho que a pessoa adquire e utiliza para efetuar as atividades de autocuidado. Esta capacidade está relacionada com fatores condicionantes básicos, podendo ser internos ou externos, como a idade, o sexo, o estado de saúde e de desenvolvimento, fatores socioculturais, ambientais e familiares, fatores associados a sistemas de saúde, padrões de vida e a adequação e disponibilidade de recursos (Orem, 2001).

Quanto ao conceito da Necessidade de Autocuidado, é o conceito que reflete a soma de ações ou medidas de autocuidado que devem ser executadas, durante e em um determinado tempo a fim de que os requisitos de autocuidado possam ser satisfeitos. No âmbito desta teoria, Orem (2001) define os Requisitos de Autocuidado como as ações que são iniciadas pelo indivíduo, a fim controlar fatores que interferem no desenvolvimento e funcionamento humano. Os requisitos considerados são de três tipos: requisitos universais de autocuidado, de desenvolvimento e de autocuidado no desvio da saúde.

Os requisitos universais de autocuidado, segundo Orem (2001) estão relacionados com os processo de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano, a saber: manutenção de uma quantidade suficiente de ar; manutenção de uma ingestão suficiente de água; manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos; provisão de cuidados associados com os processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso; manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano e promoção do desenvolvimento e funcionamento do ser humano. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento estão relacionados com o crescimento e processos de desenvolvimento humano, englobando os diversos estádios da vida, como gravidez e nascimento, infância, adolescência, casamento, divórcio, envelhecimento ou mudanças no percurso de vida (Orem, 2001). No âmbito dos

requisitos de autocuidado de desenvolvimento, a autora considera ainda dois subtipos de requisitos: criação e manutenção de condições que suportem os processos de vida e promovam o desenvolvimento, e a provisão de cuidados relativamente a condições que podem afetar negativamente o desenvolvimento humano.

Por fim, os requisitos de autocuidado no desvio de saúde, estão associados às situações de doença ou incapacidade e aos tratamentos que permitem efetuar correções no âmbito do desvio de saúde (Orem, 2001).

1.1.2- Teoria do Défice de Autocuidado

Esta teoria fundamenta a necessidade dos cuidados de enfermagem. Segundo Orem (2001), quando a pessoa está numa situação de saúde em que por si só não tem capacidade para o autocuidado, seja em quantidade, qualidade, ausência ou limitação, ou seja, quando as necessidades são efetivamente superiores à capacidade que a pessoa tem para se autocuidar, então há justificação para os cuidados.

Assim, os défices de autocuidado podem ser completos ou parciais. Considera-se défice de autocuidado completo nas situações em que a pessoa não tem por si mesma capacidade para cumprir qualquer requisito de autocuidado. É considerado défice de autocuidado parcial quando a pessoa não tem capacidade para satisfazer uma ou várias ações com vista à satisfação do autocuidado (Orem, 1993; 1995).

A identificação do défice permite ao enfermeiro compreender e avaliar com o intuito de prescrever uma intervenção adequada. Nessa sequência, a atuação do enfermeiro tem por objetivo minorar os prejuízos do défice identificado, atuando com a pessoa dependente e/ ou cuidador (Orem, 2001).

Esta teoria vem relatar e explicar como a enfermagem pode dar resposta às necessidades das pessoas no âmbito do seu autocuidado (Queirós et al., 2014).

1.1.3- Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Nesta teoria é definido como são dadas respostas pelo enfermeiro, pessoa ou ambos, às necessidades de autocuidado do doente, com recurso a três sistemas de enfermagem, baseando-se nas necessidades reais e potenciais das pessoas e na sua capacidade para o autocuidado (Orem, 2001).

Os sistemas de enfermagem são métodos de ação do enfermeiro, concebidos e executados baseados nas necessidades de autocuidado e no potencial da pessoa, com vista a equilibrar o défice de autocuidado (Orem, 2001).

Assim, de acordo com Orem (2001), os sistemas podem ser totalmente compensatório (situação em que a pessoa é totalmente incapaz de executar qualquer tipo de

autocuidado); parcialmente compensatório (quando há uma partilha de responsabilidade entre enfermeiro e doente para satisfazer a necessidade de autocuidado, salientando neste caso que o doente aceita o cuidado prestado pelo enfermeiro, e o enfermeiro apenas compensa a limitação evidenciada pela pessoa); e sistema de apoio (a pessoa tem capacidade para realizar todas as atividades do autocuidado, necessitando de ser apoiada, orientada ou instruída para a realização das mesmas). Esta teoria vem descrever e explicar as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Queirós et al., 2014).

A pertinência deste referencial teórico no âmbito da Enfermagem da Reabilitação deve-se ao facto de a pessoa, face a possíveis limitações, ser considerada capaz de aprender novas formas de realizar o autocuidado, sendo fundamental uma ajuda profissional sistematizada e intencional, decorrente da formação avançada que o EEER realizou, tendo como principais metas a promoção do autocuidado, a reconstrução da autonomia e o bem-estar (Ribeiro et al., 2021).

1.2 – TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS

A transição é um dos conceitos centrais do referencial teórico de Afaf Meleis, sendo definida como um processo que é desencadeado por uma mudança que conduz à passagem ou movimento de um estado, condição, lugar ou fase da vida, para outro (Meleis et al., 2000). Este processo indica a existência de uma mudança no estado de saúde, relações, papéis ou expectativas implicando a incorporação de novos conhecimentos, mudança de comportamentos e, dessa forma, mudança da definição do próprio indivíduo (Meleis, 2012).

O processo e as experiências humanas de transição estão relacionados com a disciplina de enfermagem, uma vez que as intervenções desta disciplina produzem saúde e bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994 como referido por Abreu, 2008), sendo por isso um conceito central na disciplina de enfermagem (Meleis, 2012).

Os exemplos de transição são o envelhecimento, a morte, doença, reforma, mudanças socioculturais e a assunção de papel de prestador de cuidados, que são potenciadores de vulnerabilidade na pessoa (Meleis et al., 2000). A vulnerabilidade do ser humano é uma expressão da sua complexidade. Assim,

o ser humano é um ser frágil e vulnerável desde múltiplas perspetivas (ontológica, corpórea, espiritual, moral, social, cultural e política). Precisamente por isso necessita de ser cuidado para desenvolver-se a si mesmo (pois não é

autossuficiente) e deve realizar um largo caminho para alcançar seu projeto existencial. (Roselló, 1999, p.138).

Estes eventos proporcionam que ocorram mudanças na vida do indivíduo e prestador de cuidados, com proporções que por vezes têm tanto de amplas quanto de complexas, pelo que se torna fulcral uma compreensão da experiência de transição de cada pessoa. Mais do que o evento em si próprio, a transição implica uma reorientação e autodefinição que as pessoas atravessam para incorporar a mudança nas suas vidas (Meleis, 2010).

Decorrente de estudos desenvolvidos, foram identificados quatro tipos de transições: transições desenvolvimentais, transições situacionais, transições saúde/doença e transições organizacionais. As transições do tipo situacional estão relacionadas com as alterações na situação familiar, envolvendo a adição ou subtração de pessoas e consequente definição ou redefinição na interação de papéis. Em relação às transições saúde/doença, há uma mudança súbita de papel decorrente da passagem de um estado de saúde para doença ou de bem-estar para doença crónica. As transições, caracterizadas pela sua complexidade e multidimensionalidade, possuem propriedades que estão relacionadas entre si: a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, pontos e eventos críticos e espaço de tempo. Para que a compreensão da transição seja compreensível é fundamental pesquisar as condições pessoais e ambientais facilitadores ou inibidores no processo para uma transição saudável, a saber: significados, crenças e atitudes, condição socioeconómica e preparação e conhecimento. Como resultado de uma transição saudável surgem os padrões de resposta, que são indicadores de processo e resultado, traduzidos em saúde e bem-estar percebido. No desenvolvimento da sua ação profissional, os enfermeiros orientam, antecipam, melhoram os sintomas, promovem a saúde e o bem-estar e suportam o desenvolvimento de ações de autocuidado, auxiliando dessa forma as pessoas a lidarem com as suas transições (Meleis, 2010).

Estes pressupostos têm vindo a ser integrados de uma forma prática na profissão de enfermagem em geral, e no exercício profissional dos EEER, em particular. O EEER deve estar atento à forma como a pessoa ou familiar cuidador se encontram face a uma nova condição de saúde e como se estão a consciencializar acerca da mudança imposta por uma nova situação (Ribeiro et al., 2021). A consciencialização é uma propriedade fulcral para que o processo de transição ocorra de uma forma saudável, uma vez que só poderá haver envolvimento da pessoa quando estiver consciencializada das mudanças que tenham ocorrido. (Meleis, 2012)

Após viverem uma transição no seu autocuidado para uma condição de maior dependência, alguns indivíduos ficarão institucionalizados, mas outros regressarão e permanecerão no domicílio, seja com a presença ou ausência de familiares. É, portanto, de todo pertinente a avaliação dos indivíduos que adquiriram dependência e estão no seu domicílio com vista à identificação de necessidades em cuidados e levantamento de informação relevante para uma intervenção de enfermagem adequada, uma vez que têm potencial para apresentar riscos consideráveis de complicações (Petronilho, 2007), bem como avaliar o prestador de cuidados com vista a perceber como está a vivenciar este processo de reajuste em relação ao seu papel. A necessidade dos cuidados de saúde não estará, portanto, relacionada com o diagnóstico ou terapêutica mas com os processos de transição que estão a ser vivenciados pelos indivíduos (Silva, 2007).

Nesse âmbito, Shyu (2000) descreve o processo de transição para o papel de prestador de cuidados, como o ajuste em que é adquirido um padrão harmonioso de cuidados entre a pessoa dependente e o prestador de cuidados. A autora identifica diferentes fases até se atingir um padrão estável de cuidar:

- fase de compromisso - caracterizada por necessidades de informação sobre a condição de saúde do doente, monitorização de sintomas e intervenção, assistência no autocuidado e intervenção de emergência;
- fase de negociação - marcada por necessidade de ajuda nos cuidados diários, desenvolvimento de mestria nos cuidados, ajuda na adesão do doente, intervenção sobre as emoções do doente, apoio continuado;
- fase de resolução - caracterizada por estabelecimento de um padrão de regularidade na prestação de cuidados.

Em suma, porque a vulnerabilidade é uma característica humana, o ser humano tem a necessidade de ser cuidado (Queirós, 2018), sendo esse mesmo cuidado um agente facilitador nos processos de transição, fornecendo e gerindo autocuidado em todas as fases do ciclo vital, com vista a que o percurso vivencial de indivíduo, família e comunidade seja cumprido com bem-estar e não meramente com ausência de doença (Queirós, 2012).

Os pressupostos desta teoria têm vindo a ser integrados com toda a pertinência na prática do exercício profissional do EEER, uma vez que o EEER deve dar enfoque ao modo como a pessoa ou o Cuidador Familiar se posiciona face à nova condição de saúde, pela consciencialização da mudança provocada por um determinado evento (Silva et al., 2019). A vivência das transições é um processo que, dada a sua complexidade, potencia a vulnerabilidade das pessoas provocada pelas mudanças

despoletadas por um evento crítico, o que desafia o EEER a ajudar a pessoa a vivenciar este processo da forma mais saudável possível (Ribeiro et al., 2021), com vista à consecução da máxima capacitação, funcionalidade e autonomia com melhoria da sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

1.3 - CONCEITO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE

Os conceitos de saúde e doença têm sido alvo de alterações ao longo do tempo, fruto da sua representação numa dada época da história e civilização (Anderson, 1988; Barondess, 1979; Pais Ribeiro, 1998 como referido por Sá, 2015). Exemplo disso é, em 1948, num contexto pós segunda guerra mundial, a OMS definir saúde como um conceito para além da mera ausência de doença, mas como um estado perfeito de bem-estar físico, mental, e social (World Health Organization, 2006). Embora seja uma visão mais abrangente da dimensão humana, é ao mesmo tempo limitadora, uma vez que a totalidade do bem-estar bio-psico-mental, social e também espiritual é considerada como uma condição inatingível, logo acarreta em si uma abordagem utópica, subjetiva e indefinida no sentido da mensuração de saúde (Sá, 2015).

O conceito de saúde é um reflexo da conjuntura económica, política, social e cultural de cada ambiente, por isso ela não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Estará, portanto, dependente da época, lugar e classe social, dos valores individuais e da cosmovisão vigente sustentada pelas dimensões científicas, filosóficas e religiosas (Scliar, 2007). A saúde é, por isso, um conceito muito variável, assim como a que lhe é atribuída pelas diversas sociedades.

A OE define saúde como “o estado e simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” que, sendo um conceito subjetivo e intrínseco a cada pessoa fruto das suas vivências e representações, “não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 8).

A saúde é, de acordo com Sá (2015), um aspeto bastante central na vida das pessoas que têm uma doença e que, diariamente, têm de se confrontar com as limitações inerentes a essa mesma doença. Contudo, para outro tipo de população, numa faixa etária mais jovem, por exemplo, a saúde não é assumida como um fator de preocupação no momento presente das suas vivências. Apesar de tudo, conclui, referindo que a sociedade no geral tende a considerar a saúde como um aspeto central da vida.

A condição de saúde é definida pela OMS, na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, como “termo genérico para doenças (agudas ou crónicas), perturbações, lesões ou traumatismos. Uma condição de saúde pode incluir também outras circunstâncias como gravidez, envelhecimento, stresse, anomalia congénita, ou predisposição genética” (OMS, 2004, p.238).

A própria definição encerra o termo “genérico”, sendo indicador de ter uma abordagem limitada, seja na avaliação, seja no juízo que se faz. Com efeito, a avaliação da condição de saúde baseada numa avaliação clínica centrada no processo de doença é redutora do ponto de vista de enfermagem, ainda para mais se se tratar de uma população dependente. Para além da morbilidade, os níveis de funcionalidade e dependência devem ser considerados, no mínimo, em igualdade de relevância, uma vez que os aspetos funcionais envolvem não só a saúde mental e física, mas também condições socioeconómicas e a capacidade de autocuidado (Ricci et al., 2005).

Da evidência da literatura existente, há características definidoras da condição de saúde da pessoa: o vigor e vitalidade que possui, a saúde mental e emocional, a saúde física, a perceção da própria saúde, o uso de serviços de saúde e a independência nas atividades de vida diárias (Pinto, 2015).

De modo semelhante,

a condição de saúde dos dependentes pode ser inferida a partir de um conjunto de indicadores clínicos (básicos), referentes a um painel de elementos de saúde que indicam, em que medida, determinadas complicações de saúde estão a ser evitadas e / ou controladas. (Pereira, 2007, como referido por Silva, 2012, p. 34)

A condição de saúde pode então ser entendida como um indicador do perfil de cuidados de que o dependente beneficia, sejam assegurados por serviços de saúde ou por familiares cuidadores (Silva, 2012).

Para a avaliação da condição de saúde, foi desenvolvido um instrumento motivado pela existência de:

instrumentos de avaliação que contenham sínteses informativas que permitam, com rigor, descrever ao pormenor a condição da saúde do cliente na perspetiva das características definidoras (sinais, sintomas e comportamentos) que estão associados a cada resposta humana resultante de processos de saúde-doença. (Petronilho & Manuela, 2011, p.2)

A avaliação da condição de saúde na pessoa dependente é, desta forma, feita através de indicadores que são sensíveis à prestação de cuidados pelo cuidador, cujo conteúdo

foi definido com recurso à Nursing Outcomes Classification (NOC) (Costa, 2013). Esses indicadores são traduzidos num conjunto de aspetos considerados relevantes para os cuidados de enfermagem, com contributo para a saúde das pessoas.

Sendo a condição de saúde um conceito desenvolvido no âmbito da natureza disciplinar de enfermagem, importa que reflita aspetos centrais da enfermagem assim como a ação de quem exerce intervenções de enfermagem – os enfermeiros - mas também dá indicações sobre o tipo de cuidados que estarão a ser prestados pelo cuidador informal, traduzindo-se num indicador de comportamentos de saúde e, dessa forma, do tipo de transição que a família está a vivenciar. Os indicadores definidos que pudessem refletir a condição de saúde da pessoa dependente, que por sua vez dá indicações da qualidade dos autocuidados prestados, assentam em variáveis que integram algumas dimensões que são comuns aos processos de avaliação dos enfermeiros, e que originalmente se têm estimado guardarem maior relação com os efeitos notórios de dependência (Pereira, 2007, como referido por Gonçalves (2013). Dessa forma, apurou-se que as dimensões - e as respetivas variáveis que os integram - que refletem a condição de saúde são:

- compromisso do status do volume de líquidos (sinais aparentes de desidratação, olhos encovados, pele seca);
- compromisso do status nutricional (sinais aparentes de desnutrição, magreza excessiva, obesidade mórbida);
- compromisso do movimento articular (sinais aparentes de rigidez articular);
- compromisso da integridade dos tecidos corporais (úlceras de pressão);
- compromisso do padrão de eliminação intestinal (obstipação);
- compromisso do processo respiratório (ruídos respiratórios anormais, acumulação de secreções);
- compromisso do padrão geral de higiene ou asseio (odores corporais); e,
- compromisso do processo do sistema nervoso e quedas.

Assim, a condição de saúde, numa perspetiva mais abrangente, tem naturalmente em conta as complicações de saúde, mas inclui e redireciona o foco para a forma como essas complicações estão a ser contornadas, geridas, vivenciadas pelo próprio e pela família/ cuidador, realçando e dando evidência ao tipo de resposta que é dada pelo impacto ocorrido na situação de saúde da pessoa e à forma como essa resposta é eficaz na prestação de cuidados. A condição de saúde da pessoa está então relacionada com complicações a nível dos processos corporais, cujo compromisso tem sido descrito

como estando associado a quadros de dependência no autocuidado decorrente do padrão de resposta que é dado pelo próprio ou pelo cuidador informal.

Conforme Petronilho (2007), há evidência para dizer que existe uma relação significativa entre a condição de saúde do doente, os conhecimentos e capacidades dos membros da família prestadores de cuidados e o suporte que percebem na assunção do papel. Nesse âmbito a condição de saúde pode ser entendida com base nos padrões de resposta das pessoas dependentes e nos indicadores do perfil de cuidados que possuem, assente na perspectiva teórica das transições (Silva, 2012).

Poder-se-á inferir, portanto, que a condição de saúde será um reflexo da eficácia da resposta da pessoa dependente e/ ou cuidador à situação de saúde, tendo este tema sido desenvolvido e estudado em diferentes locais do país (Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Regadas, 2021; Trigo, 2012).

1.4 – CONCEITO DE CUIDADOR FAMILIAR

A família é, à luz da constituição portuguesa, o “elemento fundamental da sociedade, tem direito à proteção da sociedade e do Estado e à efetivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros” (Constituição da República Portuguesa, 2001, p.34).

A família, embora seja ancestral, está sujeita a alterações decorrentes das próprias civilizações. O seu seio é o local de socialização, onde se idealizam como um corpo estratégias de sobrevivência, onde se cria a possibilidade para o desenvolvimento individual e grupal, adquirindo uma dinâmica e adaptação própria, seja pelo desenvolvimento de seu ciclo vital, seja pelas políticas económicas e sociais (Carter & McGoldrick, 1995; Ferrari & Kaloustian, 2004, como referido por Faco & Melchiori, 2009). Relvas (2004) refere que “todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conformes às expectativas sociais” (p.14).

Estes conceitos estão em consonância com o que é definido pelo Conselho Internacional de Enfermeiras, em que a família é definida como a “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (International Council of Nurses [ICN], 2022).

A família é a primeira instituição onde ocorre o desenvolvimento individual e a socialização, sendo por isso a primeira unidade da sociedade onde o indivíduo estará

inserido e onde ocorrerá a formação do seu papel familiar. É, também, no seio da família, que se tem tido ao longo de gerações a primeira assistência à saúde e em que cada indivíduo adquire hábitos e aptidões nas suas atividades de vida, sendo, por isso, a família em si um agente prestador de cuidados (Nogueira, 2003).

Assim, emerge a figura do cuidador familiar (CF) que, no seio da família, assume o papel de “responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2022). Conforme refere Schumacher et al (2000), uma das principais dimensões do exercício do papel de CF consiste na prevenção de complicações e garantir que as melhores condições são asseguradas ao familiar dependente no autocuidado.

Em Portugal existem 1 059 012 pessoas com 15 ou mais anos que são cuidadores informais, segundo informação do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2019). No estudo desenvolvido por Barbosa e Matos (2014), 12,4 % dos cuidados são prestados pela família em casa, correspondendo à maior taxa de cuidados informais da Europa, enquanto nos cuidados ao domicílio tem a taxa mais baixa, com 10,8%. Esta é uma realidade que, conforme plasmado no relatório da Primavera de 2015, revela uma assistência profissional aos doentes e familiares que é insuficiente, levando a ter implicações na condição de saúde da pessoa dependente (PD) mas também a nível do CF com repercussões na sua qualidade de vida, saúde e stress associado ao exercício do seu papel que, muitas vezes, é aprendido por “tentativa e erro” e baseado em experiências de vida (Gonçalves, 2013; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015; Regadas, 2021).

Como já referido, a forma como os cuidados são prestados à pessoa dependente é refletido na sua condição de saúde. A avaliação da condição de saúde a ser desenvolvida, não se reporta à presença ou ausência de doença, mas pretende ser um instrumento para se evidenciar a atenção e o envolvimento prestado pelo cuidador ao seu familiar dependente. Efetivamente, os cuidadores familiares, apesar de comprovadamente se envolverem na prestação de cuidados, não asseguram, na globalidade, todos os cuidados que seriam expectáveis à pessoa dependente e que dos quais carece (Gonçalves, 2013).

De acordo com Garzón et al. (2021), o aumento de pessoas em situação de incapacidade e dependência, com necessidades de cuidados, tem levado a que familiares assumam o papel de cuidadores, sem formação ou conhecimento prévio, o que pode levar à frustração no desempenho desse novo papel bem como nos resultados esperados na pessoa que é cuidada. Também Bento (2020) conclui que “uma elevada

percentagem de cuidadores não tem capacidade para o exercício do papel de tomar conta, em diferentes domínios do autocuidado” (p.314). A problemática do CF assumir um padrão de cuidados substitutivo contribui para uma sobrecarga sobre si mesmo, o que resulta em agravamento da condição de saúde da PD e da sua situação de dependência. Esta realidade deve-se à existência de uma relação de proximidade e parentesco que leva a um reforço do “papel substitutivo assente na obrigatoriedade moral e social, de fazer pelos seus” (Regadas, 2021, p.239), justificando uma intervenção nesta área com vista à dignificação da pessoa dependente, uma vez que a PD tem o direito de usufruir das capacidades que ainda tem presentes, evitando dessa forma a anulação da sua individualidade.

2- METODOLOGIA

Neste capítulo serão expostas as opções metodológicas e desenho de investigação, nomeadamente a finalidade do estudo, as questões de investigação e objetivos, tipo de estudo, a população e amostra, as variáveis em estudo e a sua operacionalização, os procedimentos de recolha de dados e questões éticas a serem consideradas e salvaguardadas.

2.1- FINALIDADE E TIPO DE ESTUDO

A formulação da finalidade de um estudo pretende captar de forma sucinta a essência do estudo e estabelecer o fio condutor da investigação a desenvolver (Polit et al., 2004).

A finalidade do presente estudo é caracterizar a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado no domicílio, inseridas em famílias clássicas da União de Freguesias de Coimbra (UFC), do concelho de Coimbra.

O estudo que se desenvolveu é de base populacional, no qual não se programa qualquer tipo de intervenção ativa e o investigador toma o lugar de observador. Tratou-se de um estudo quantitativo porque se pretendeu obter uma visão geral e ampla do fenómeno, de forma a que os resultados pudessem ser extrapoláveis para a população de origem; descritivo simples porque se desejou observar, descrever e identificar características de um determinado fenómeno que se quer estudar; e transversal na medida em que foi desenvolvido com o intuito de medir a frequência de um fenómeno numa dada população, num determinado momento (Fortin, 2009).

Num estudo de investigação descritiva o investigador tem em conta a incidência, a predominância, os atributos mensuráveis e o tamanho de um determinado fenómeno (Polit et al., 2004).

2.2- OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A clarificação dos objetivos e a sua definição visa servir de guia orientador para o investigador e para definir o estudo que se pretende desenvolver (Fortin, 2009). Assim, com o presente estudo pretende-se:

- Caracterizar a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado integradas em famílias clássicas na UFC;
- Caracterizar as pessoas dependentes no autocuidado integradas em famílias clássicas na UFC;
- Caracterizar as famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado na UFC.
- Caracterizar o familiar cuidador das pessoas dependentes no autocuidado na UFC

Num estudo descritivo, a questão de investigação visará descrever características de uma determinada população (Fortin, 2009).

Para o presente estudo, a questão de investigação formulada é: qual a condição de saúde das pessoas dependentes nos autocuidados inseridas em famílias clássicas na UFC?

2.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é “o conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns” (Fortin, 2009, p.311). Por sua vez, população alvo é “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p.311).

A população alvo do presente estudo é constituído pelas famílias clássicas residentes na UFC, do concelho de Coimbra, que integram pessoas dependentes no autocuidado.

A cidade de Coimbra é sede de um município com 319,4 km² de área, com 143 396 habitantes e 58101 famílias clássicas (INE, 2012), subdividido em 18 freguesias.

A UFC, decorrente de uma reforma administrativa de âmbito nacional, em 2013, é constituída pela agregação das antigas freguesias de Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu e tem a sede em Sé Nova (Lei nº 11-A/2013, de 28 de Janeiro, 2013). É uma freguesia com 8,33 km² de área, com 13971 habitantes e 6394 famílias clássicas (INE, 2012).

De modo a perceber em concreto o que se entende por família clássica por forma a ser incluída na amostra, adotou-se a definição de família clássica do Instituto Nacional de Estatística (INE), que a define como:

o conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou

parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento (INE, 2015).

Uma família clássica pode não ter núcleo, ou ter um ou mais núcleos. Assim, o núcleo familiar é definido como o conjunto de pelo menos duas pessoas que pertencendo à família clássica tenham uma relação conjugal ou em união de facto ou entre progenitores e descendentes. Na prática, traduz-se num núcleo em que existe uma relação de primeiro grau entre pais e filhos menores (INE, 2010).

Uma vez que se torna impossível estudar a totalidade da população, o investigador constitui uma amostra que seja representativa da população. Como refere Fortin (2009), para a constituição desta amostra:

tanto se pode escolher de forma aleatória um número suficiente de sujeitos (método probabilístico), como apoiar-se, se for impossível constituir uma amostra probabilística, em características conhecidas da população (método não probabilístico). A amostra é a fração da população que constitui o objeto do estudo (p.55).

Uma vez que o estudo desenvolvido é de base populacional, com potencial de inferência para a população de origem, optou-se por uma amostra que possa ser tão representativa da população quanto possível, recorrendo desta forma a uma amostra probabilística na freguesia.

O fato de se recorrer a uma amostragem probabilística permite que os elementos tenham igual possibilidade de fazerem parte da amostra, reduzindo o erro de amostragem e aumentando a representatividade (Fortin, 2009).

Desta forma, pretendeu-se fazer uma seleção probabilística, em que haja proporcionalidade por cada freguesia do concelho de Coimbra e, posteriormente, por zonas da UFC. Sendo o número de famílias clássicas na UFC de 6394 famílias, a distribuição foi realizada recorrendo aos valores relativos ao número de famílias por zonas definidas na UFC.

Para determinar a dimensão da amostra, aplicou-se a fórmula de Lwanga e Lemeshow (1991) - $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$ - publicada pela OMS (Gonçalves, 2013; Silva, 2012; Trigo, 2012).

Na referida fórmula o “n” é o tamanho da amostra que queremos calcular; “N” é o tamanho da população; “Z” é o desvio do valor médio que aceitamos para alcançar o

nível de confiança desejado (neste estudo assumiu-se um nível de confiança de 95% a que corresponde $Z=1,96$); “e” é a margem de erro máximo que se pretende admitir (no presente estudo foi assumido o valor de 2%); “p” é a proporção que esperamos encontrar de casos prevalentes.

Uma vez que o estudo do fenómeno da dependência no autocuidado desenvolvido por outros estudos no Porto, Maia e Lisboa (Trigo, 2012; Silva, 2012; Gonçalves, 2013; Costa, 2013) revelou uma prevalência que varia entre 8,38% e 10,41%, será assumida uma prevalência na nossa população de 10%, o que na fórmula para determinar a amostra será traduzida em $p=0,1$.

Após a aplicação da fórmula com os valores acima, o número de famílias respondentes para a amostra é 358. Por forma a obter a distribuição recorreu-se à Base Geográfica de Referenciação de Informação – BGRI. A BGRI é um “sistema de referenciação da informação suportado em informação cartográfica que permite fazer a divisão de cada unidade administrativa de base, a freguesia, em pequenas áreas estatísticas - secções e subsecções estatísticas” (Sistema Nacional de Informação Geográfica, 2001). Esta contém os dados estatísticos dos Censos de Portugal, fornecendo informação de suporte a todos os ramos de atividade do país, desde instituições públicas a entidades privadas. Recorreu-se ainda, para complementar a seleção geográfica probabilística, recorrer ao Sistema de Informação Geográfico (ArcGIS©).

Em seguida, foi elaborada uma amostra proporcional em relação ao tamanho relativo de cada zona da freguesia obtendo-se desta forma a distribuição das diversas famílias clássicas na UFC pelas respetivas zonas, conforme Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição de famílias clássicas na UFC

Distribuição por área de amostragem	Famílias
Rua da Sofia	26
Rua Doutor Manuel Rodrigues	9
Rua da Louça	12
Rua das Padeiras	19
Rua da Igreja – Pedrulha	38
Avenida Fernão de Magalhães	41
Rua da Matemática	12
Travessa do Paço do Conde	2
Rua Antero de Quental	26
Beco do Forno	24
Rua S Cristóvão	15
Couraça de Lisboa	8
Bairro Sousa Pinto	21
Rua Sousa Refoios	16
Ladeira das Alpenduradas	32
Rua do Brasil	47
Rua Almeida Garrett	10
TOTAL	358

Posteriormente, antes de se ter procedido à aplicação do instrumento e colheita de dados, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão definidos são:

- aceitar participar após ter sido questionado;
- dependente e respondente terem idade igual ou superior a 18 anos;
- famílias clássicas no concelho de Coimbra.

Foram excluídos da amostra os indivíduos que não corresponderam a todos os critérios de inclusão, que estejam institucionalizados e a quem seja identificado que o motivo de dependência é decorrente do processo de desenvolvimento e crescimento.

2.4- VARIÁVEIS DO ESTUDO E OPERACIONALIZAÇÃO

Por forma a analisar as diversas variáveis, elas teriam de ser observáveis e mensuráveis, exigindo por isso a sua operacionalização.

2.4.1- Variáveis que caracterizam a pessoa dependente

As variáveis que irão caracterizar a pessoa dependente incluirão variáveis de carácter sociodemográfico (Apêndice I), variáveis que caracterizam a origem da dependência (Apêndice II) e variáveis de caracterização da utilização dos serviços de saúde (Apêndice III). As variáveis sociodemográficas são: sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade e profissão. As variáveis que caracterizam a dependência são relativas à situação que originou a dependência, instalação da dependência e tempo de dependência. As variáveis que caracterizam o recurso do dependente aos serviços de saúde são: consumo de medicamentos, variedade de fármacos e número de fármacos nas tomas por dia, internamentos ao longo do último ano, episódios com necessidade de recursos ao serviço de urgência durante o último ano.

2.4.2- Variáveis que caracterizam a Condição de Saúde

A operacionalização das variáveis relativas à condição de saúde são operacionalizadas relativamente: ao status do volume de líquidos (sinais aparentes de desidratação, olhos encovados, pele seca, mucosas secas); ao status nutricional (sinais aparentes de desnutrição, magreza excessiva, obesidade mórbida, Índice de massa corporal (IMC), que peso perdeu nos últimos três meses); ao compromisso movimento articular (Comprometimento da amplitude articular bilateral do cotovelo, punho, anca, joelho e tornozelo); à integridade dos tecidos corporais (pele comprometida, número e localização de úlceras de pressão, feridas não tratadas/não cuidadas, eritema da fralda); ao padrão eliminação intestinal (n.º de dejeções por semana); aos processos respiratórios (comprometimento da limpeza das vias aéreas, acumulação de secreções traqueobrônquicas, ruídos respiratórios anormais, aumento frequência respiratória, deglutição comprometida); ao padrão de higiene (deficitária: má condição de higiene e asseio, odores corporais, unhas sujas, má higiene oral, secreções: oculares, auditivas, nasais, sujidade corporal visível, má condição vestuário, roupa suja, roupa desabotoada, roupa inadequada: à temperatura ambiente, condição antropométrica, à condição de dependência); às quedas (n.º de quedas no último mês); ao sistema nervoso (sabe em que mês está e em que terra vive, repete três palavras (pera, gato e bola), faz cálculos simples, identifica objetos comuns (relógio) (Apêndice IV).

Por forma a dar visibilidade global relativa à Condição de Saúde de cada dependente, em termos numéricos, à luz do trabalho desenvolvido por Gonçalves (2013), as diversas variáveis estão agregadas em dimensões. Estas dimensões, como já referido anteriormente, foram consideradas como as mais relevantes, numa perspetiva de saúde mais abrangente, para os efeitos da dependência no autocuidado.

Para avaliar cada variável, utilizou-se escalas nominais dicotômicas - “sim” ou “não” – refletindo a presença ou ausência de situações indesejáveis. Uma vez que se trata de variáveis nominais dicotômicas, é atribuído o *score* 1 mediante a confirmação da presença de sinais indesejáveis (resposta: “sim”) e é atribuído o *score* 2 quando não se verifica a presença de sinais indesejáveis (resposta: “não”), à exceção da dimensão dos processos mentais, cuja resposta “não” é traduzida como aspeto negativo e a resposta “sim” como aspeto positivo. A média dos valores obtidos em cada uma das variáveis, corresponde ao valor da dimensão a que correspondem, resultando assim numa nova variável, desta feita intervalar, agregadora das anteriores. Assim, o valor da dimensão varia entre 1 (pior condição) e 2 (melhor condição).

As novas variáveis resultantes, correspondem às dimensões relativas aos processos de hidratação, nutrição, rigidez articular, integridade cutânea, limpezas das vias aéreas, higiene e asseio e, por fim, vestuário, cujo valor de melhor condição de saúde possível estaria associado à ausência de qualquer situação negativa. Desta forma, as 8 variáveis resultantes transformaram-se novamente em variáveis nominais dicotômicas, atribuindo o valor “sim” no caso de a variável ter um valor inferior a 2 (indicador de que existe pelo menos uma alteração em um dos indicadores) e “não” se a variável tiver valor igual a 2 (indicador de que não se verificou nenhuma alteração no conjunto das variáveis que dão origem à dimensão). Computou-se, uma nova variável global intervalar denominada “condição de saúde”. O valor a atribuir a esta variável foi determinado a partir da soma, em cada indivíduo, do número de valores “sim” em cada dimensão. A condição de saúde vai refletir o somatório da existência de pelo menos uma alteração das variáveis, de cada umas das dimensões, variando entre os valores 0 e 8, a que “0” corresponde a melhor condição de saúde possível e “8” à pior condição de saúde.

2.4.3- Variáveis que caracterizam o cuidador familiar

As variáveis que irão caracterizar o cuidador familiar (CF) são relativas à coabitação do cuidador com a PD, e serão também de carácter sociodemográfico (Apêndice V), nomeadamente quanto ao sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão e grau de parentesco.

2.4.4- Variáveis que caracterizam a família e alojamento

As variáveis que caracterizam a família e o tipo de alojamento, em que o dependente está inserido, são operacionalizadas conforme exposto no Apêndice VI. As variáveis que caracterizam a família, abordam o tipo de família, rendimento mensal do agregado e número de membros da família. As variáveis que caracterizam o alojamento são o tipo de habitação e características da habitação.

2.5- INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O formulário é um instrumento que, segundo Marconi e Lakatos (2003), segue um conjunto de itens, obtendo-se informação direta resultante da observação ou entrevista do entrevistado num contacto face a face, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador.

O formulário aplicado intitula-se: “Famílias que integram dependentes no autocuidado” (Anexo I). Foi construído e desenvolvido pela unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo sido dada autorização para a sua aplicação (Anexo II).

Este instrumento de recolha de dados foi inicialmente desenvolvido como um instrumento para avaliar o nível de dependência, necessidades de autocuidado e condição de saúde da pessoa, em contexto hospitalar, por Duque, tendo concluído acerca da sua validade clínica, facilidade de utilização e consistência interna (Pereira et al., 2017). Contudo, foi posteriormente feito um ajustamento adequado para a sua aplicabilidade em contexto domiciliário (Silva, 2012).

O formulário tem sido amplamente utilizado em outros estudos semelhantes e diversos contextos, levados a cabo nos concelhos das áreas metropolitanas do Porto, Maia e de Lisboa, apresentando um Alpha de Cronback superior a 0,9 (Gonçalves, 2013).

É constituído por 2 partes: Parte I – inquérito preliminar / caracterização; Parte II Formulário PCD (Prestador Cuidados/ dependente).

Na Parte I do formulário tem as questões que permitem proceder ao levantamento das famílias com pessoas dependente no autocuidado e obter a caracterização do tipo de alojamento, tipo de família, condições socioeconómicas do agregado familiar e a caracterização sociodemográfica do prestador de cuidados.

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

Para a colheita de dados foi dado antecipadamente conhecimento às entidades locais, nomeadamente à Junta de Freguesia, tendo-se estabelecido uma parceria de informação à população, através da elaboração e distribuição de um panfleto (Apêndice VII) nas caixas de correio das zonas selecionadas geograficamente, com o intuito de

informar as populações e ser facilitador no contacto. Creu-se ser uma estratégia facilitadora que pudesse atenuar a desconfiança suscitada pela abordagem de alguém estranho ao círculo familiar.

A equipa de colheita de dados foi constituída por enfermeiros. A aplicação do instrumento de dados decorreu porta-a-porta em dois momentos distintos. Iniciou-se com a aplicação do Inquérito Preliminar em que, após autorização, fez-se o levantamento se se tratava de uma residência com uma família clássica e com dependentes elegíveis para a aplicação do Inquérito Preliminar. Quando a resposta foi negativa para as três questões iniciais do Inquérito Preliminar foi excluído e considerou-se para efeitos estatísticos. Quando positiva, programou-se a realização de um segundo momento para aplicação do instrumento após consentimento do interveniente, tendo sido aplicado o restante inquérito – Formulário de Caracterização e Formulário PCD.

De forma a dar corpo a uma tomada de decisão objetiva e metodológica, o processo de colheita de dados decorreu obedecendo à orientação de um fluxograma (Anexo III) elaborado para o efeito, tendo uniformizado cada momento da aplicação do formulário. Cada investigador recolheu a totalidade de informação necessária ao estudo alargado, não se limitando a colher os dados relativos ao seu próprio estudo. Do ponto de vista estratégico, isso permitiu maximizar e agilizar a colheita de dados, reduzindo a perturbação das famílias abordadas.

O tempo de recolha de dados do Formulário II decorreu em cerca de 45 a 60 minutos, o que se revelou ser sobreponível aos tempos despendidos em estudos anteriores (Silva, 2012; Trigo, 2012). Uma vez terminada a recolha dos dados, foi feito o despiste de anomalias que pudessem existir. Posteriormente, procedeu-se à leitura ótica dos formulários através do TELEFORM® Reader e exportação dos dados para o Statistical Package for Social Sciences® (SPSS®) versão 24 e Microsoft Office Excel®, a fim de ser feita uma análise estatística descritiva através de diferentes procedimentos estatísticos, nomeadamente medidas de tendência central e dispersão (médias) e medidas da variabilidade (desvio padrão), de acordo com o tipo de mensuração da variável.

2.6- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A enfermagem tem definida, enquanto profissão autorregulada, os princípios éticos e deontológicos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, surgindo a vertente de investigação como um dever e como um direito dos enfermeiros (Nunes, 2013).

Os aspetos éticos de uma investigação devem, portanto, ser tidos em conta, em que aos participantes deve ser assegurada uma participação voluntária e informada, salvaguardados os direitos de autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009).

Desse modo, foram assegurados os seguintes procedimentos:

- Dado conhecimento e pedido consentimento ao conselho técnico-científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo IV);
- Dado conhecimento às entidades locais, nomeadamente a Junta de Freguesia da UFC, por forma a facilitar a abordagem às pessoas que estão no seu domicílio;
- Ser portador de documento de identificação próprio, dando-se a conhecer à pessoa enquanto investigador e enfermeiro;
- Foi feita uma exposição dos objetivos e métodos do estudo junto de cada pessoa ou familiar inicialmente e, posteriormente, pedido o consentimento para entrar no domicílio e aplicar o formulário, com equipamento de proteção (sobre botas, máscara P2 e solução antisséptica de base alcoólica);
- Informada a pessoa abordada do conteúdo e objetivos do estudo, salvaguardando o sigilo e a proteção de dados;
- Acordado inicialmente com o cuidador para a possibilidade de intervenção profissional, caso haja alguma situação de saúde que o justifique;
- Pedida autorização à pessoa para entrar no domicílio e fazer a observação e colheita de dados junto da pessoa dependente, após o consentimento sério, livre e esclarecido, assinando dessa forma o consentimento escrito (Anexo V).

3- ANÁLISE DE RESULTADOS

O presente capítulo é destinado à apresentação dos dados recolhidos, evidenciando aqueles que se consideram mais pertinentes e que vão de encontro às questões de investigação propostas. A análise de resultados incide sobre: a caracterização das pessoas dependentes no autocuidado quanto ao sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão atual, situação que originou a dependência e utilização de serviços de saúde; a caracterização da condição de saúde dos dependentes quanto às várias dimensões que caracterizam e refletem a condição de saúde do dependente; a caracterização do Cuidador Familiar quanto à coabitação do cuidador com a PD, sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão e grau de parentesco, e por fim, a caracterização das famílias clássicas em que os dependentes estão integrados, quanto ao tipo de família e tipo de alojamento.

Como descrito na metodologia, a fim de atingir o valor da amostra definida (n=358), houve necessidade de tocar em 959 campanhas, entre outubro de 2021 e janeiro de 2022, sendo que dessas campanhas, foram atendidas 363, o que corresponde a uma percentagem de 37,85% de campanhas atendidas (Tabela 2).

Tabela 2: Relação entre campanhas tocadas e atendidas

Campanhas tocadas	Campanhas atendidas	
	N	%
959	363	37,85%

Do número de campanhas atendidas (n=363), houve 7 recusas ao formulário preliminar a que corresponde 1,9% da amostra, sendo que as restantes 355 (97,8%) aceitaram responder ao inquérito preliminar.

Das respostas ao inquérito preliminar, foi possível identificar 29 famílias com PD, o que corresponde a 8,2% do valor da amostra; 20 famílias que viviam com alguém que precisava de algum tipo de ajuda ou apoio de equipamento para a realização do autocuidado, que corresponde a 5,63% do valor da amostra que aceitou responder ao inquérito preliminar e 7 famílias que tinham um familiar internado num lar ou instituição de saúde, correspondendo a 1,97%.

Das 29 famílias existentes com familiares dependentes, 14 mostraram-se disponíveis para responder ao Formulário I e II, o que representa uma adesão de 48%, conforme a Tabela 3.

Tabela 3: Proporção/ Distribuição de Famílias Clássicas que integram PD por zonas de residência e taxa de adesão ao formulário

Distribuição por área de amostragem	Contactos a efetivar	Contactos efetivados	Famílias com dependentes		Adesão	
	N	N	N	%	N	%
Rua da Sofia	26	28	2	7%	2	100%
Rua Doutor Manuel Rodrigues	9	10	2	20%	1	50%
Rua da Louça	12	12	0	0%	-	-
Rua das Padeiras	19	19	2	11%	1	50%
Rua da Igreja – Pedrulha	38	39	7	18%	3	43%
Avenida Fernão de Magalhães	41	41	3	7%	2	67%
Rua da Matemática	12	12	0	0%	-	-
Travessa do Paço do Conde	2	2	0	0%	-	-
Rua Antero de Quental	26	26	2	8%	1	50%
Beco do Forno	24	24	1	4%	1	100%
Rua S Cristóvão	15	15	1	7%	0	0%
Couraça de Lisboa	8	8	1	13%	0	0%
Bairro Sousa Pinto	21	21	2	10%	0	0%
Rua Sousa Refoios	16	18	0	0%	-	-
Ladeira das Alpenduradas	32	32	2	6%	0	0%
Rua do Brasil	47	47	4	9%	3	75%
Rua Almeida Garrett	10	11	0	0%	-	-
TOTAL	358	365	29	8%	14	48%

Os cuidadores que não quiseram responder ao Formulário II são 15, o que corresponde a 51,7%, dos quais 10 (66,6%) não quiseram, 2 (13,3%) não puderam, 2 (13,3%) justificaram não ter tempo e 1 (6,6%) deu outro motivo.

3.1- CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

Os resultados obtidos decorrentes da caracterização da pessoa dependente, estão condensados na Tabela 4, sendo possível evidenciar que os 14 dependentes que

participaram no estudo, 35,7% (n=5) são do sexo feminino e 64,3% são do sexo masculino (n=9). A média de idades das pessoas dependentes é de 77,7 anos, com o intervalo entre 52 e 101 anos, e desvio padrão de 13,7 anos, sendo que mais de metade (57,1%) tem idade superior a 80 anos. Quanto ao estado civil, a maioria é viúva representando 42,9% (n=6), seguidamente casada (28,6%; n=4), solteiro (21,4%; n=3) e, por fim 1 dependente era divorciado, representando 7,1% da amostra. Todos os dependentes integrados no estudo são de nacionalidade portuguesa. Quanto ao nível de escolaridade, 64,3% (n=9) têm o 1º ciclo do ensino básico, sendo cada um dos outros níveis repartidos de forma igual com uma percentagem de 7,1%. De salientar que houve um dependente que era analfabeto, o que representa cerca de 7,1% da amostra. No que diz respeito à profissão atual, 85,7 % (n=12) são pensionistas ou reformados e 7,1% (n=1) estão numa situação de desemprego.

Tabela 4: Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente (n=14)

Variável	Valores/Unidades	Resultados	
		N	%
Sexo	Masculino	9	64,3%
	Feminino	5	35,7%
Idade	Anos	Média – 77,7	
		Máximo – 101	
		Mínimo – 52	
Estado Civil	Casado/ União de facto	4	28,6%
	Solteiro	3	21,4%
	Viúvo	6	42,9%
	Divorciado	1	7,1%
Nacionalidade	Portuguesa	14	100%
	Não portuguesa	-	-
Nível de Escolaridade	Nenhum	1	7,1%
	Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	9	64,3%
	Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	1	7,1%
	Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	1	7,1%
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	1	7,1%
	Ensino superior	1	7,1%
Profissão	Desempregado	1	7,1%
	Reformado / Pensionista	12	85,7%

Quanto à dependência, é caracterizada quanto à sua origem, tempo de instalação e duração. Relativamente à situação que originou a dependência, baseado no relato do

cuidador, podemos constatar que, conforme plasmado na Tabela 5, 28,6 % (n=4) é decorrente do envelhecimento, 28,6% (n=4) foi resultado de um acidente, 21,4% (n=3) é motivada por doença aguda, 57,1% (n=8) é consequência de doença crônica e, por fim, 7,1% (n=1) tem outra causa de origem.

Tabela 5: Caracterização da origem da dependência na pessoa dependente (n=14)

Variável	Resultados (agregados)	
	N	%
Envelhecimento	4	28,6%
Acidente	4	28,6%
Doença Aguda	3	21,4%
Doença Crônica	8	57,1%
Outra	1	7,1%

Quanto ao contributo de um ou vários fatores para a dependência do familiar, 64,3% (n=9) dos cuidadores entrevistados associa a dependência a um único fator, 28,6% (n=4) consideram que para a dependência contribuíram 2 fatores e 7,1% (n=1) atribuem a causa da associação de 3 fatores. Todo o processo de instalação de dependência é relatado como tendo origem súbita em 50% dos casos (n=7) e os outros 50%(n=7) estão associados a uma origem gradual, conforme a Tabela 6.

Tabela 6: Caracterização da associação de fatores na origem da dependência e período de instalação (n=14)

Variável	Resultados		
		N	%
Causas associadas à origem da dependência	1	9	64,3%
	2	4	28,6%
	3	1	7,1%
Período de instalação	Súbita	7	50%
	Gradual	7	50%

A instalação da dependência – considerando o período temporal em anos – teve início, em média, há cerca de 9,71 anos, variando entre os períodos de 1 ano e 49 anos, com um desvio padrão de 13,65 anos, como evidenciado na Tabela 7.

Tabela 7: Caracterização do tempo (em anos) de dependência da pessoa dependente

Variável	Unidade	Resultados
Duração da dependência	Anos	Média – 9,71
		Máximo – 49
		Mínimo – 1
		Desvio padrão – 13,65

Considerando o recurso aos serviços de saúde por parte do dependente, evidenciado neste estudo pelo recurso à medicação e serviços médicos, evidencia-se, conforme a Tabela 8, que 92,9% (n=13) das PD tomam medicação e 7,1% (n=1) não tomam. Assim, a toma da medicação varia, quanto à quantidade, entre 0 – os que não tomam – e 19 fármacos por dia, a que corresponde uma média de 6,57 fármacos por dia, com um desvio padrão de 6,02. Já no que toca à variedade de fármacos, há referência à toma de até 13 variedade de fármacos diferentes por dia, correspondendo a uma média de 6,14 fármacos diferentes por dia. Quanto a internamentos no último ano, 14,3% (n=2) estiveram internados por duas vezes e quanto ao recurso à urgência, 28,6% (n=4) recorreram uma vez, 14,3% (n=2) recorreram 2 vezes e 7,1% (n=1) recorreu 1 vez.

Tabela 8: Caracterização da utilização dos serviços de saúde pela PD (n=14)

Variável	Valores/Unidades	Resultados	
		N	%
Consumo de Medicamentos	Sim	13	92,9%
	Não	1	7,1%
Variedade de Fármacos nas tomas/dia	Unidade	Média – 6,14	
		Mínimo – 0	
		Máximo – 13	
		Desvio padrão – 4,11	
Número de Fármacos nas tomas/dia	Unidade	Média – 6,57	
		Mínimo – 0	
		Máximo – 19	
		Desvio padrão – 6,02	
Internamentos no último ano	Nenhum	12	85,7%
	Um	-	-
	Dois	2	14,3%
Episódios de recursos ao SU, no último ano	Nenhum	7	50%
	Uma	4	28,6%
	Duas	2	14,3%
	Três	1	7,1%
	Mais de três	-	-

3.2- CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

A condição de saúde é o reflexo da soma do agregado das diversas dimensões dos processos corporais. Passaremos a analisar as diversas dimensões, bem como as variáveis que integram cada uma dessas dimensões.

Analisando o domínio quanto ao compromisso de volume de líquidos, evidencia-se que 7,1% (n=1) dos dependentes apresentavam sinais aparentes de desidratação e 14,3% (n=2) tinham os olhos encovados, pele seca e mucosas. Do agregado desta dimensão, que é traduzido pela presença de pelo menos uma das variáveis na pessoa dependente, constata-se que 28,6% (n=4) tem presente, no mínimo, um indicador que revela compromisso nesta dimensão, como exposto na Tabela 9.

Tabela 9: Resultados dos indicadores de compromisso do status volume de líquidos (n=14)

Dimensão	Variáveis	Resultados		Agregado - %(N)	
		N	%	N	%
Compromisso do status de volume de líquidos	Sinais aparentes de desidratação	1	7,1%	4	28,6%
	Olhos encovados	2	14,3%		
	Pele seca	2	14,3%		
	Mucosas secas	2	14,3%		

Analisando os indicadores que caracterizam o status nutricional das PD, evidencia-se que 7,1% (n=1) apresenta sinais aparentes de desnutrição, 7,1% (n=1) magreza excessiva e 7,1% (n=1) com obesidade. Do agregado neste domínio, 14,3% (n=2) apresentam no mínimo um dos indicadores que apontam para um déficit no status nutricional (Tabela 10).

Para complementar esta análise, recorrendo ao IMC e “peso perdido nos últimos 3 meses”, constata-se que a nível de IMC houve um mínimo de 18 Kg/m², revelando magreza, e um máximo de 37 Kg/m², o que faz corresponder a um nível de Obesidade de Grau II. A nível médio, as PD apresentam uma IMC de 25,9 Kg/m², o que corresponde a um peso superiormente ligeiro que se convencionou como “normal”. Quanto ao peso perdido, há referência de que 14,3% das PD perdeu peso, sendo o valor máximo de 5Kg ao longo dos últimos 3 meses, no momento da avaliação.

Tabela 10: Resultados dos indicadores de compromisso do status nutricional (n=14)

Dimensão	Variáveis	Resultados		Agregado	
		N	%	N	%
Compromisso do status nutricional	Sinais aparentes de desnutrição	1	7,1%	2	14,3%
	Magreza excessiva	1	7,1%		
	Obesidade mórbida	1	7,1%		
	IMC (Kg/m ²)				
				Média – 25,9	
				Mínimo – 18	
			Máximo – 37		
			Desvio padrão – 6,1		
	Peso perdido nos últimos 3 meses (Kg)	2	14,3%		
			Mínimo – 0		
			Máximo - 5		

Reportando-nos para a dimensão do movimento articular, identifica-se que 85,7% (n=12) apresenta compromisso na amplitude articular, com maior evidência a nível das articulações dos joelhos – 71,4% (n=10) no joelho direito e 57,1%(n=8) no joelho esquerdo – e das ancas - 57,1% (n=8) na anca direita e esquerda. As articulações com menor evidência de compromisso são as articulações do tornozelo, punho e cotovelo (Tabela 11).

Tabela 11: Resultados dos indicadores de compromisso do movimento articular (n=14)

Dimensão	Variáveis	Resultados		Agregado	
		N	%	N	%
Compromisso do movimento articular	Comprometimento da amplitude articular	12	85,7%	12	85,7%
	Articulação cotovelo dto.	7	50%		
	Articulação cotovelo esq.	4	28,6%		
	Articulação punho dto.	6	42,9%		
	Articulação punho esq.	5	35,7%		
	Articulação anca dto.	8	57,1%		
	Articulação anca esq.	8	57,1%		
	Articulação joelho dto.	10	71,4%		
	Articulação joelho esq.	8	57,1%		
	Articulação tornozelo dto.	6	42,9%		
	Articulação tornozelo esq.	4	28,6%		

Relativamente à dimensão do compromisso da integridade dos tecidos corporais, 28,6% (n=4) das PD apresenta pele comprometida, 7,1% (n=1) feridas não tratadas ou não cuidadas e 7,1% (n=1) apresenta eritema da fralda. Do agregado deste domínio, resulta que 35,7% (n=5) das PD apresentavam pelo menos um indicador alterado. Das PD com quem se teve contacto, nenhum apresentava úlcera de pressão, conforme Tabela 12.

Tabela 12: Resultados dos indicadores de compromisso da integridade dos tecidos corporais (n=14)

Dimensão	Variáveis	Presença		Agregado	
		N	%	N	%
Compromisso da integridade dos tecidos corporais	Pele comprometida	4	28,6%	5	35,7%
	Número úlceras de pressão	-	-		
	Feridas não tratadas / não cuidadas	1	7,1%		
	Eritema da fralda	1	7,1%		

A nível da eliminação intestinal, foi possível identificar que 14,3% (n=2) dos PD apresenta 2 dejeções por semana, o que pode ser indicador de ter um potencial risco de obstipação (Tabela 13).

Tabela 13: Caracterização do padrão intestinal (n=14)

Dimensão	Vezes / semana	Resultados	
		N	%
Padrão de eliminação intestinal	2	2	14,3%
	3	3	21,4%
	7	9	64,3%

Debruçando para a análise dos indicadores que refletem alterações no compromisso dos processos respiratórios, conforme a Tabela 14, constata-se que 14,3% (n=2) das PD tem alterações a nível do compromisso da limpeza das vias aéreas, acumulação de secreções, ruídos adventícios e deglutição comprometida, e 28,6% (n=4) evidencia aumento a nível da frequência respiratória. Assim, do agregado resultante deste domínio, 28,6% (n=4) das PD tem pelo menos um indicador que reflete algum tipo de alteração no processo respiratório.

Tabela 14: Resultados dos indicadores de compromisso do processo respiratório (n=14)

Dimensão	Variáveis	Presença		Agregado	
		N	%	N	%
Compromisso do processo respiratório	Comprometimento da limpeza das vias aéreas	2	14,3%	4	28,6%
	Acumulação de secreções traqueobrônquicas	2	14,3%		
	Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)	2	14,3%		
	Aumento frequência respiratória	4	28,6%		
	Deglutição comprometida	2	14,3%		

Relativamente à dimensão que reflete o compromisso do padrão geral de higiene e asseio, evidencia-se que das PD avaliadas, 7,1% (n=1) apresentava deficitária higiene oral. Todos os outros indicadores não evidenciavam alteração (Tabela 15).

Tabela 15: Resultados dos indicadores de compromisso do padrão geral de higiene e asseio (n=14)

Dimensão	Variáveis	Presença		Agregado	
		N	%	N	%
Compromisso do padrão geral de higiene e asseio	Deficitária: má condição de higiene e asseio	-	-	1	7,1%
	Deficitária: odores corporais	-	-		
	Deficitária: unhas sujas	-	-		
	Deficitária: má higiene oral	1	7,1%		
	Secreções oculares	-	-		
	Secreções auditivas	-	-		
	Secreções nasais	-	-		
	Sujidade corporal visível	-	-		

Quanto ao compromisso da condição do vestuário, não se identificou nenhum tipo de alteração relativamente às PD (Tabela 16).

Tabela 16: Resultados dos indicadores de compromisso da condição do vestuário (n=14)

Dimensão	Variáveis	Presença		Agregado	
		N	%	N	%
Compromisso da condição do vestuário	Deficitária: má condição vestuário	-	-	-	-
	Roupa suja	-	-		
	Roupa desabotoada	-	-		
	Roupa inadequada à temperatura ambiente	-	-		
	Roupa inadequada à condição antropométrica	-	-		
	Roupa inadequada à condição de dependência	-	-		

Reportando-nos à problemática das quedas, conforme Tabela 17, identificou-se que 14,3% (n=2) das PD apresentou 1 queda no último mês, à data da avaliação.

Tabela 17: Resultados do indicador Quedas (n=14)

Quedas	Presença	Resultado	
		N	%
N.º de quedas no último mês	0	12	85,7%
	1	2	14,3%

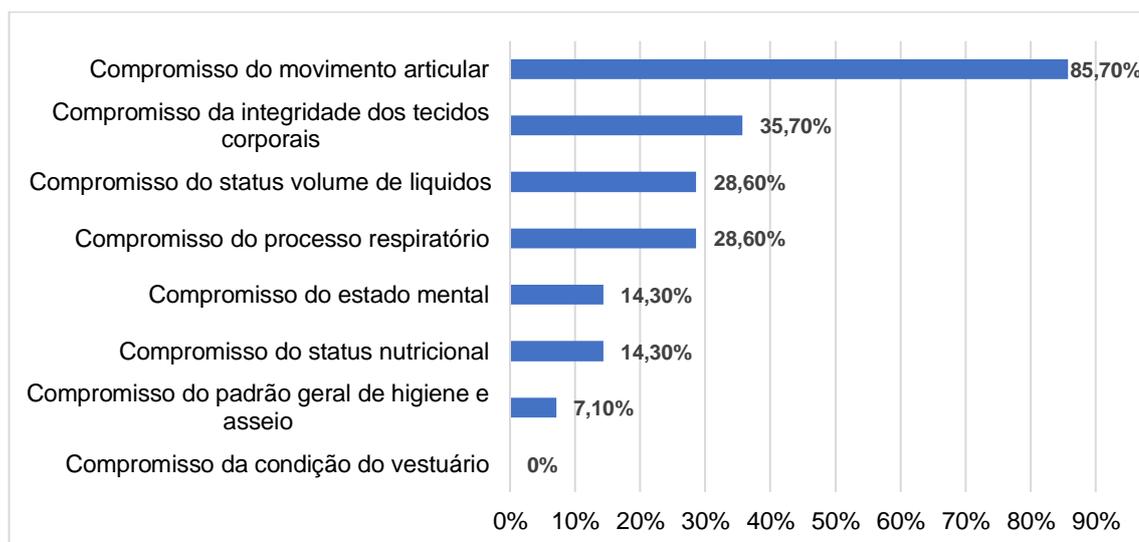
Na última dimensão a ser avaliada, que diz respeito à condição mental da PD, 14,3% (n=2) das PD apresentava compromisso nos diversos indicadores que caracterizam esta dimensão (Tabela 18).

Tabela 18: Resultados dos indicadores de alteração do estado mental (n=14)

Dimensão	Variáveis	Compromisso		Agregado	
		N	%	N	%
Compromisso do estado mental	Sabe em que mês está?	2	14,3%	2	14,3%
	Sabe em que terra vive?	2	14,3%		
	Repete três palavras	2	14,3%		
	Faz cálculos simples	2	14,3%		
	Identifica objetos comuns	2	14,3%		

A figura 1 condensa, em termos percentuais, cada uma das dimensões que caracteriza a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, dando dessa forma uma visão mais resumida e compacta da variável em estudo. Assim, é possível destacar que a dimensão do compromisso do movimento articular tem especial destaque, estando presente em 85,7% das PD, a integridade dos tecidos corporais surge como a segunda dimensão mais comprometida, evidenciando sinais de compromisso em 35,7% das pessoas dependentes no autocuidado. Os compromissos no volume de líquidos e no processo respiratório são as dimensões que surgem posteriormente com mais sinais evidentes de compromisso, estando presentes em 28,6%. Por fim, as dimensões da higiene e asseio e do vestuário são as que evidenciam menos sinais do seu compromisso, com 7,1% no primeiro e ausência de sinais no segundo, respetivamente.

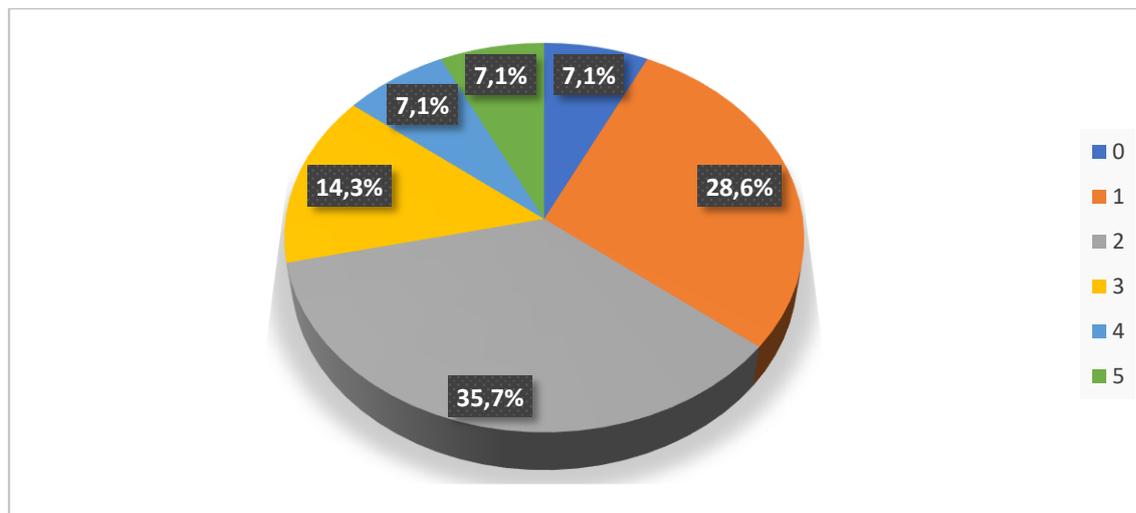
Figura 1: Percentagem das dimensões que caracterizam a condição de saúde da PD na freguesia da UFC



Após achados os valores agregados em cada dimensão, referente a cada pessoa, foi possível computar a variável global intervalar que traduziria a condição de saúde de cada PD na forma de valor inteiro, que variaria entre 0 e 8, em que o valor 8 traduziria a pior condição de saúde do familiar dependente e o valor 0 a melhor condição de saúde.

Desta forma, os achados encontram-se distribuídos conforme a Figura 2, caracterizando assim a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado. Identifica-se que 7,1% das PD têm uma condição de saúde “valor 0” (melhor condição de saúde), 28,6% com condição de saúde “valor 1”, 35,7% das PD têm uma condição de saúde de “valor 2”, 14,3% correspondem a uma condição de saúde de “valor 3”, 7,1 % tem condição de “valor 4” e, por fim, uma condição de saúde de “valor 5” é detida também por 7,1% das PD.

Figura 2: Caracterização da condição de saúde da PD



3.3 – CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR

Relativamente à caracterização do CF, ainda integrado no Formulário I, 19 cuidadores aceitaram responder, sendo que os resultados obtidos estão condensados na Tabela 19.

Neste estudo, é possível evidenciar que 68,4% dos cuidadores coabitam com a pessoa dependente, sendo que 52,6% são do sexo feminino (n=10) e 47,4% são do sexo masculino (n=9). A média de idades do cuidador é de 60,7 anos, em que o cuidador com a idade mais jovem é de 31 anos e o cuidador mais velho de 90 anos, com desvio padrão de 15,85 anos. Reportando ao estado civil, a maioria é casada, representando 47,4% (n=9), seguidamente solteiro (26,3%; n=5), divorciado (21,1%; n=4) e, por fim, 1 CF é viúvo, representando 5,2% da amostra. Todos os cuidadores integrados no estudo são de nacionalidade portuguesa. Quanto ao nível de escolaridade, 36,8% (n=7) tem ensino superior, 21,1% (n=4) tem o ensino primário, 15,8% (n=3) não tem nenhum tipo de escolaridade ou tem ensino secundário e, por fim, 10,5% (n=2) tem escolaridade correspondente ao 2º ciclo. Quanto à profissão é de salientar que 47,4% (n=9) são reformados. Relativamente ao grau de parentesco, a maioria dos cuidadores são filhos 36,8% (n=7), o grau parentesco seguinte a assumir os cuidados da PD, com 21,1% (n=4) são familiares por afinidade. As PD são também cuidadas por irmãos em 15,8% (n=3) dos casos, por marido/ esposa ou pelos pais em 10,5% (n=2) das situações e, por fim, 5,3% (n=1) recorrem a pessoas contratadas.

Tabela 19: Caracterização do Cuidador Familiar (n=19)

Variável	Valores/Unidades	Resultados	
		N	%
Coabitação	Sim	13	68,4%
	Não	5	26,3%
	Omisso	1	
Sexo	Masculino	9	47,4%
	Feminino	10	52,6%
Idade	Anos	Média – 60,7	
		Máximo – 90	
		Mínimo – 31	
		Desvio padrão – 15,85	
Estado Civil	Casado/ União de facto	9	47,4%
	Solteiro	5	26,3%
	Viúvo	1	5,2%
	Divorciado	4	21,1%
Nacionalidade	Portuguesa	19	100%
	Não portuguesa	-	
Nível de Escolaridade	Nenhum	3	15,8%
	Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	4	21,1%
	Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	2	10,5%
	Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	-	-
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	3	15,8%
	Ensino superior	7	36,8%
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	5,3%
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	2	10,5%
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	5,3%
	Pessoal dos serviços e vendedores	1	5,3%
	Trabalhadores não qualificados	3	15,8%
	Doméstico	1	5,3%
	Desempregado	1	5,3%
	Reformado	9	47,4%
Grau de parentesco	Marido / Esposa	2	10,5%
	Pai / Mãe	2	10,5%
	Filho / Filha	7	36,8%
	Irmão / Irmã	3	15,8%
	Afinidade (nora, padraсто, cunhado)	4	21,1%
	Outra	1	5,3%

3.4- CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA E ALOJAMENTO

Relativamente à caracterização da família, conforme resumido na Tabela 20, 21 famílias aceitaram responder ao Formulário I, o que corresponde a 72,4% das famílias que têm dependentes no autocuidado. Pelos resultados, constatamos que as PD estão inseridos maioritariamente numa família clássica com um núcleo, representando 61,9%. Nas famílias abordadas, o seu rendimento situa-se maioritariamente no intervalo de 1000€ a 2000€, correspondendo a 42,9% (n=9). Quanto ao número de membros da família, existe uma moda de 3 pessoas por família, havendo um mínimo de 1 pessoa, até um máximo de 7 pessoas.

Tabela 20: Caracterização da Família (n=21)

Variável	Valores/Unidades	Resultados	
		N	%
Tipo de família	Clássica sem núcleos	3	14,3%
	Clássica com um núcleo	13	61,9%
	Clássica com dois núcleos	5	23,8%
Rendimentos do agregado / mês	Até 250 euros	-	
	De 251 a 500 euros	4	19,1%
	De 501 a 1000 euros	5	23,8%
	De 1000 a 2000 euros	9	42,9%
	De 2001 a 5000 euros	2	9,5%
	Omisso	1	1
Número de membros da família	Pessoas	Média – 2,67	
		Moda – 3	
		Máximo – 7	
		Mínimo – 1	
		Desvio Padrão – 1,31	

Quanto ao tipo de alojamento, como exposto na Tabela 21, 71,3% (n=15) das famílias com uma PD habitam maioritariamente num apartamento, justificado pelo contexto urbano, e 28,6% (n=6) habita em moradia. Quanto a outro tipo de alojamento não foi possível identificar nas zonas a que correspondia a amostra. Relativamente às necessidades de reparações do alojamento, foram identificadas necessidades de pequenas reparações por 42,9% (n=9) dos cuidadores, 33,3% (n=7) considera que não são necessárias reparações, 19% (n=4) refere que o alojamento carece de intervenções de abrangência média e, por fim, 4,8% (n=1) considera que há necessidade de grandes intervenções de melhoria do alojamento.

Quanto à acessibilidade de pessoas com mobilidade condicionada (PMC), 76,2% (n=16) das habitações não apresentam infraestruturas que promovam um fácil e autónomo acesso. Os alojamentos a que se teve acesso, caracterizam-se quanto às suas dimensões, como alojamentos com uma área média de 107,62 m², variando entre o mínimo de 40m² e o máximo de 280m² e em relação ao número de divisões a moda é de 8 divisões por alojamento, variando entre o mínimo de 3 divisões até um máximo de 11. Relativamente ao número de ocupantes em cada alojamento, a moda é de 2 ocupantes, tendo sido possível identificar uma variação entre 7 e 1 pessoas.

Tabela 21: Caracterização do alojamento (n=21)

Variável	Valores / Unidades	Resultados	
		N	%
Edifício / alojamento familiar	Clássico: moradia	6	28,6%
	Clássico: apartamento	15	71,3%
	Clássico: outro tipo	-	-
	Não clássico (barraca, móvel, improvisado)	-	-
Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)	Muito grandes	-	-
	Grandes	1	4,8%
	Médias	4	19%
	Pequenas	9	42,9%
	Nenhumas	7	33,3%
Edifício com acessibilidade a PMC?	Sim	5	23,8%
	Não	16	76,2%
Área útil	Metro quadrado (m ²)	Média – 107,62	
		Mediana - 100	
		Máximo – 280	
		Mínimo – 40	
		Desvio Padrão – 52,7	
N.º divisões	Divisão	Média – 6,81	
		Moda – 8	
		Máximo – 11	
		Mínimo – 3	
		Desvio Padrão – 2,1	
N.º ocupantes	por número de ocupantes	Média – 2,67	
		Moda – 2	
		Máximo – 7	
		Mínimo – 1	
		Desvio Padrão – 1,6	

4- DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo irá incidir sobre a discussão dos resultados obtidos.

Iniciando pela análise de existência de PD no seio de famílias clássicas, o resultado obtido na UFC foi 8,2%. Este resultado vai de encontro a outros estudos de índole semelhante, desenvolvidos em outros concelhos do país. No estudo desenvolvido no concelho do Porto, havia 10,21% de famílias clássicas que integravam pelo menos um dependente no autocuidado (Gonçalves, 2013), em Lisboa verificaram-se 7,95% (Costa, 2013), 8,38% no concelho da Maia (Rocha, 2015; Trigo, 2012), o que leva a ter uma estimativa de que cerca de 10% das famílias clássicas portuguesas integram uma pessoa dependente (Bento, 2020), o que é corroborado pelo Relatório da Primavera de 2015 (OPSS, 2015). Mesmo em publicações mais recentes, este padrão mantém-se conforme estudos desenvolvidos em Matosinhos, em que se evidenciam 9,5% das famílias clássicas com pelo menos um dependente nos autocuidados (Campos, 2019) e em Paços de Ferreira 11,73% (Regadas, 2021).

A Pessoa Dependente

Relativamente à caracterização da pessoa dependente, e concretamente ao género, no presente estudo a maioria é do sexo masculino (64,3%), o que foi uma realidade pouco esperada, uma vez que a nível da população geral, com base no Censos 2021 – na data presente ainda com resultados provisórios - verifica-se que a nível da população na UFC, 46,61% são do sexo masculino, com uma variação positiva de 2,2% nos últimos 10 anos, e 53,39% do sexo feminino, tendo tido uma variação negativa de 2,2% (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Apesar disso, o resultado obtido vai de encontro ao estudo desenvolvido por Bento (2020), também ele na região de Coimbra. Já comparativamente aos estudos desenvolvidos em Porto, Maia, Matosinhos e Lisboa, essa realidade diverge, sendo que maioritariamente as PD são do sexo feminino, o que reflete uma característica da população portuguesa em geral.

Quanto às idades, a pessoa dependente tem em média 77,7 anos, sendo que mais de metade tem idade superior a 80 anos, o que é revelador da associação entre o envelhecimento e a dependência. A média de idades é também ela consistente com o estudo desenvolvido por Bento (2020), cuja média de idades das pessoas dependentes

no estudo que desenvolveu era de 77 anos. No Censos de 2021, na UFC foram identificadas 3552 pessoas com idade superior ou igual a 65 anos, que corresponde a 25,6% da população residente na UFC, sendo que 63% são do sexo feminino com uma variação negativa de 7,6% e 37% do sexo masculino com variação positiva de 5,6% (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Seria de esperar uma maior percentagem de PD do sexo feminino tendo em conta o contexto nacional e local e da maioria de outros estudos, mas estes indicadores parecem assinalar que a população masculina, apesar de ser numericamente inferior à população feminina em termos absolutos e na faixa etária superior a 65 anos, estará mais propensa a desenvolver fenómenos de dependência nos autocuidados. Uma possível explicação reside no facto de, por parte das mulheres, existir um maior cuidado com o corpo, acompanhamento médico mais regular e alimentação mais cuidada, enquanto o sexo masculino é mais caracterizado por ser menos zeloso na qualidade de vida e com o seu projeto de saúde, bem como mais propenso à exposição de riscos sociais e ambientais (Rodrigues et al., 2020), o que será um fenómeno interessante a ser explorado.

No presente estudo foi também possível identificar que a maioria dos dependentes é viúvo (42,6%), o que é consistente com os estudos desenvolvidos por Gonçalves (2013) e Rodrigues (2020), contudo esse aspeto não é refletido nos estudos de Costa (2013), Bento (2020) e Regadas (2021), em que civilmente, as pessoas dependentes, ainda estarão na condição de casadas ou em união de facto. O estado civil tem sido identificado como determinante para uma maior prevalência de incapacidade na população idosa, em que o aumento de prevalência é mais evidente nas pessoas que perderam o seu cônjuge (Pereira et al., 2017) do que nas que mantêm relação conjugal estável e ativa (Maciel & Guerra, 2010). Desse modo, uma vez que estão associadas questões psicológicas e financeiras à perda do cônjuge, a probabilidade de a viuvez potenciar a incapacidade e, conseqüentemente, a dependência é maior (Sudré et al., 2012).

A nível de escolaridade, as PD têm maioritariamente o 1º ciclo (64,3%) o que comparando para a população geral, 12,38% são detentoras do nível de escolaridade equivalente ao 1º ciclo (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Este dado revela a situação desfavorável, e até de potencial fragilidade, em que se encontra a pessoa dependente no autocuidado, uma vez que a baixa escolaridade e o analfabetismo estão associados a um potencial compromisso cognitivo e contribui para a limitação no acesso à informação (Fernandes et al., 2019), com implicações para a literacia em saúde. A baixa escolaridade também está descrita como tendo impacto no desempenho das

atividades instrumentais de vida diária e, conseqüentemente, na autonomia da pessoa, manifestando-se na forma como a pessoa gere a medicação, usa os meios de transporte, controla as finanças pessoais, contribuindo para o isolamento social (Santos & Cunha, 2013 como referido por Rodrigues et al., 2020). Também de acordo com o Diagnóstico Social do Concelho de Coimbra, a baixa escolaridade é vista como causa para o isolamento social e a solidão, tendo como conseqüências a propensão para a polimedicação e automedicação, acesso limitado a cuidados de saúde, problemas de saúde associados à diminuição de diversos estímulos e ao aumento do risco de morte, reforçando que as pessoas idosas com baixa escolaridade e com dificuldades económicas são ainda mais vulneráveis à questão do isolamento social (Conselho Local de Ação Social de Coimbra, 2018).

Relativamente à profissão, a maioria está reformado ou é pensionista (85,7%), o que coincide com diversos estudos desenvolvidos (Bento, 2020; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015; Rodrigues, 2020). Outros estudos revelam que, quando a pessoa idosa mantém algum tipo de ocupação, a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional é menor quando comparada àqueles que não trabalham (Pereira et al., 2017).

Quanto à origem da dependência, a maioria apontou como principal causa a doença crónica (57,1%), estando instalada há cerca de 9,71 anos, mas é de notar que existe um desvio padrão de 13,65 anos, o que é indicador de diferenças relevantes na amostra, evidenciada nos mínimos e máximos, que variam entre 1 anos de dependência e 49 anos de dependência instalada. Estes resultados são consistentes com o trabalho desenvolvido por Bento (2020) e Regadas (2021). Tendo em conta os dados sociodemográficos, há alguma consistência uma vez que a carência económica como a baixa escolaridade estão associados ao aumento da prevalência das doenças crónicas (Conselho Local de Ação Social de Coimbra, 2018).

Quanto ao recurso a serviços de saúde, evidencia-se que 92,9% das PD tomam medicação, podendo atingir a toma diária de 19 fármacos, de até 13 variedades de fármacos diferentes, o que reflete a cronicidade de patologias. Há, contudo, dependentes (7,1%) que não tomam medicação. De notar, também, que 14,3% esteve internado no último ano pelo menos 2 vezes e 50% recorreram ao serviço de urgência, no mínimo 1 vez, sendo que 7,1% recorreu 3 vezes. Estes resultados são consistentes com a realidade de outros concelhos (Bento, 2020; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Regadas, 2021; Rocha, 2015; Trigo, 2012).

Quanto à caracterização da família em que a PD está inserida, 61,9% são famílias com um núcleo, 23,8% são famílias com 2 núcleos e 14,3% sem núcleos, sendo que estes

resultados são bastante semelhantes aos encontrados por Regadas (2021). As famílias têm uma moda de 3 membros (média de 2,7 pessoas e desvio padrão de 1,31), o que é consistente comparativamente ao Censos de 2011, uma vez que no concelho de Coimbra a dimensão média das famílias é de 2,4 indivíduos (INE, 2012).

As famílias residentes na UFC que cuidam de uma PD, apresentam, na sua maioria, rendimento conjunto que varia entre 1000 e 2000 euros, o que partindo da moda de 3 membros, dará um rendimento de cerca de 333 euros a 666 euros por pessoa, e tendo em conta o salário mínimo em 2021 – 665 euros (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022), pode-se considerar proporcionalmente inferior, o que reflete o valor das reformas ou pensões existentes e as implicações que tem para o potencial de desenvolver incapacidades conforme apontado por Pereira et al. (2017). Este autor refere que existe relação entre condição socioeconómica baixa com a perda de autonomia funcional e com as condições precárias de saúde.

Quanto ao alojamento, a maioria reside em apartamento (71,3%), o que reflete o contexto urbano onde as pessoas residem. Trata-se de habitações que na sua maioria necessita de pequenas obras (42,9%), na perspectiva do entrevistado, e são alojamentos que não apresentam acessibilidade para PMC (76,2%). Esta é uma realidade que apresenta resultados superiores ao encontrado no Diagnóstico Social do concelho de Coimbra (Conselho Local de Ação Social de Coimbra, 2018). Os resultados desse estudo são baseados no concelho de Coimbra e não na freguesia, mas apontava que em 2011 os edifícios que permitiam o acesso através de cadeira de rodas representavam 39,1% e os edifícios que permitiam a circulação de cadeira de rodas até ao alojamento correspondiam a 26,4% (INE, 2011, como referido no Conselho Local de Ação Social de Coimbra, 2018), ou seja, tratam-se de resultados sobreponíveis aos que foram encontrados no presente estudo, uma vez que 23,8% dos edifícios tem acesso a PMC. O EEER no âmbito do exercício das suas competências promove a mobilidade, acessibilidade e a participação social pela sensibilização da comunidade para a adoção de práticas inclusivas e identifica barreiras arquitetónicas e orienta para a sua remoção, sendo por isso um profissional de saúde a ser incluído na identificação e planeamento de intervenções nestes contextos, que influenciam a acessibilidade, participação social e o exercício da cidadania (Ordem dos Enfermeiros, 2015). No decorrer do presente estudo, foi possível identificar uma PD que não saía à rua há alguns anos por limitação do edifício, mas também a própria verbalizou estigma e vergonha por andar na rua com necessidade de auxiliar de marcha.

O Cuidador Familiar

Quanto ao CF no presente estudo, é possível asseverar que 68,4% dos cuidadores coabitam com o dependente, o que é corroborado por diversos estudos (Dixe & Querido, 2020; Regadas, 2021). Numa análise sociodemográfica majorada, constata-se que o CF é, quanto ao género, do sexo feminino, filho como grau de parentesco e casado, implicando um ajustamento com o cônjuge, indo de encontro à maioria dos estudos desenvolvidos. Apesar da média de idades ser próximo da idade da reforma, a maioria já está reformado, o que pode levantar a questão da possibilidade de o CF recorrer à reforma antecipada para poder cuidar da PD. Em relação à idade do CF, uma vez que se identificou um cuidador com 90 anos, é pertinente questionar sobre a sua real capacidade para assegurar os cuidados necessários, uma vez que é algo que se vai perdendo com a evolução da idade (Bento, 2020). Quanto ao nível de estudos, a maioria tem o ensino superior.

A Condição de Saúde

Relativamente à condição de saúde, conforme a figura 1, é possível perceber que a dimensão com compromisso mais evidente na UFC é a dimensão relativa ao compromisso do movimento articular, que na freguesia em estudo representa 85,7%. De salientar que as articulações do membro inferior, nomeadamente da anca e joelho, são as articulações onde é mais evidente o compromisso, presente em mais de 50% das PD, trazendo implicações para a sua mobilidade. De resto, essa é a dimensão da condição de saúde mais afetada nos estudos desenvolvidos em outros concelhos, representando 75% na Maia (Fernandes, 2014; Rocha, 2015; Trigo, 2012), 64,2% no Porto (Gonçalves, 2013; Silva, 2012), 64,1% no concelho de Matosinhos (Campos, 2019), 62,7% em Lisboa (Costa, 2013), e 41,91% em Paços de Ferreira (Regadas, 2021). Também, de forma semelhante, num estudo desenvolvido na freguesia de Granja do Ulmeiro, concelho de Soure e distrito de Coimbra, foram identificados 83,3% dos dependentes com rigidez articular (Rodrigues, 2020). Já no Agrupamento dos Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Mondego, no estudo conduzido por Bento (2020), foram identificados 47,7% de dependentes com este tipo de compromisso. O compromisso da amplitude articular é uma evidência resultante do défice de mobilidade da PD, o que pode ser um indicador da qualidade dos cuidados que são prestados às pessoas dependente no autocuidado (Pereira, 2007, como referido por Regadas, 2021).

O compromisso do sistema musculoesquelético está associado a osteoartrose ou a situações traumáticas, sendo as regiões corporais mais afetadas os membros

superiores e inferiores (Lourenço et al., 2021) e são a principal causa de incapacidade na pessoa idosa (Marques et al., 2005), o que reflete a caracterização da PD presente na amostra. Este compromisso também é explicável pelo medo da queda, uma vez que conduz a autorrestrições nas atividades de vida diária produzindo imobilidade e por sua vez o declínio físico (Gai et al., 2009; Greenberg, 2012). No estudo realizado por Seben et al. (2019), estudo esse que identificava quais as síndromes mais evidentes em pessoas idosas no momento de internamento no hospital, verificou que o medo de cair estava presente em 40,6% e o compromisso de mobilidade em 52,7%.

Está descrito que o compromisso no sistema musculoesquelético pode resultar de um evento agudo ou crônico, podendo traduzir-se numa circunstância geradora ou potenciadora de dependência no autocuidado, sendo por isso fulcral que se constitua como um foco de conceção e intervenção de enfermagem à pessoa neste processo corporal (Lourenço et al., 2021). Enquanto os cuidados mais básicos, como a hidratação e a alimentação, conseguem ser assegurados e realizados pelo CF na generalidade dos contextos, o mesmo já não se verifica com os cuidados que exigem uma intervenção mais diferenciada como assegurar a manutenção do movimento articular (Gonçalves, 2013).

O EEER, em qualquer contexto da prática, foca a sua intervenção principalmente ao nível do bem-estar, autocuidado, readaptação funcional e prevenção de complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2015), independentemente do motivo pelo qual a pessoa apresenta compromisso do movimento articular. Nesse sentido, o EEER pode ter uma abordagem centrada na aquisição de competências da pessoa dependente, para voltar a desempenhar a atividade, entretanto perdida (Marques-Vieira et al., 2016) uma vez que o movimento proporcionado pela atividade física tem sido descrito como fundamental para que o idoso mantenha o equilíbrio fisiológico e psicológico que lhe permite manter-se autónomo e ativo, contribuindo para um envelhecimento ativo (Teixeira et al., 2017). A prática de exercício físico é referenciada como estando estreitamente ligada a um envelhecimento saudável. De forma contrária, a inatividade está na origem do desenvolvimento de patologias normalmente associadas ao processo de envelhecimento (Araújo, 2011). Ademais, a inatividade física tem como consequência prática o aumento da utilização dos serviços de saúde por parte da população (Bauman, 2003).

A dimensão que, seguidamente, se encontra mais comprometida na condição de saúde, é a integridade dos tecidos corporais, com 35,7% a evidenciar pelo menos um indicador não desejado, o que, segundo Silva (2012), é uma das complicações resultantes da perda da capacidade funcional e da mobilidade dos dependentes. De resto, Gonçalves

(2013) afirma que o elevado número de PD que apresentam compromisso da integridade da pele, bem como da amplitude articular, indicará uma relação com a ausência de exercícios de mobilização dos membros, assim como a alternância de posicionamento num número de vezes inferior ao desejável, sendo um indicador da qualidade dos cuidados recebidos pela pessoa dependente, decorrente de um evidente défice na frequência e vigilância de alguns cuidados quotidianos.

Comparativamente com outros estudos desenvolvidos, este compromisso é mais relevante na Freguesia de Granja do Ulmeiro com 21,7% (Rodrigues, 2020). Nos concelhos do Porto, Lisboa, Maia e Matosinhos os resultados são semelhantes com 16,5%, 14%, 16,3% e 18,1% respetivamente (Campos, 2019; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015).

A dimensão do compromisso do status volume de líquidos da condição de saúde é avaliada por variáveis como pele seca, mucosas secas, olhos encovados e sinais de aparente desidratação, sendo que dos dependentes avaliados, 28,6% evidenciavam pelo menos uma alteração indesejável de uma destas variáveis. Nos outros estudos que avaliaram as dimensões da condição de saúde, a desidratação estava evidente em 37,1% das PD do concelho de Matosinhos (Campos, 2019), 28,6% em Lisboa (Costa, 2013), 17,6% no Porto (Silva, 2012; Gonçalves, 2013), 11,20% na Maia (Trigo, 2012; Rocha, 2015) e 0,83% em Paços de Ferreira (Regadas, 2021). Na freguesia de Granja do Ulmeiro evidenciou-se 1,7% (Rodrigues, 2020) e 24,6% no ACeS do Baixo Mondego (Bento, 2020).

A evidência de sinais aparentes de volume de líquidos comprometido, induz a dizer que há um padrão de ingestão de líquidos inadequado resultando num processo de desidratação. No estudo desenvolvido por Costa (2013), é evidente que o familiar prestador de cuidados, quando presta cuidados de maior intensidade, ou seja, dá mais vezes água fora das refeições por dia, a existência de sinais de desidratação é nula. Depreende-se, portanto, que, aparentemente, a quantidade de água que é dada a 28,6% das PD não será a ajustada na quantidade e frequência desejada ao longo do dia, dada a manifestação dos sinais de aparente volume de líquidos insuficientes encontrados. De salientar que a colheita de dados foi efetuada nos períodos de outono e inverno, o que leva a dizer que há probabilidade de em períodos de maior calor como no Verão, estes sinais possam estar ainda mais amplamente presentes.

No estudo levado a cabo por Gomes (2017), concluiu-se que 23,6% da população masculina estava hipohidratada ou em risco de hipohidratação, enquanto na população feminina seria de 10,9%. Também num estudo que incluiu uma amostra representativa

da população adulta portuguesa, identificaram uma maior ingestão de água, leite e derivados, chá e café nas mulheres, enquanto nos homens há referência a maior consumo de bebidas alcoólicas, concluindo, por isso, que as mulheres têm hábitos de ingestão hídrica mais saudáveis (Padez et al., 2009).

A dimensão do compromisso do processo respiratório está comprometida em 28,6% das PD, ou seja, há evidência de que pelo menos um dos indicadores, que caracterizam o processo respiratório, tem alterações. Foi possível identificar que em 14,3% das PD era evidente a acumulação de secreções traqueobrônquicas, com presença de ruídos adventícios e com deglutição comprometida, e 28,6% apresentavam aumento da frequência respiratória. Comparativamente a outros estudos (Campos, 2019; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015) este valor é superior. Efetivamente, a par do movimento articular, também a prevenção ou diminuição do compromisso a nível dos processos respiratórios requer uma intervenção mais diferenciada como a mobilização de secreções com intervenções de limpeza das vias aéreas e a consistência da dieta e avaliação do processo de deglutição, daí que Petronilho (2013), no seu estudo, identifique que três meses após a alta hospitalar haja um aumento da percentagem ou estagnação dos compromissos do movimento articular e do processo respiratório. Bento (2020), no estudo desenvolvido no ACeS do Baixo Mondego, concluiu que a situação que originou a dependência (envelhecimento e doença crónica), o modo de instalação da mesma (gradual), a memória e o tempo de dependência têm impacto no desenvolvimento de compromissos a nível do processo respiratório. Identificou também que as intervenções que previnem este tipo de compromisso são executadas numa proporção inferior à esperada, sendo por isso, como refere Couto et al. (2021), necessário um processo de transição saúde-doença por parte da pessoa e seus cuidadores. Perante o compromisso do processo respiratório, o EEER no âmbito das suas competências, prescreve e implementa programas de Reeducação Funcional Respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2019), com vista a assegurar e maximizar a capacidade funcional, prevenir complicações e evitar ou minimizar o impacto destes compromissos (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A Reeducação Funcional Respiratória consiste num conjunto de técnicas baseadas no controlo da respiração, posicionamento e movimento com vista a melhorar as trocas gasosas, sintomas que resultam de alterações fisiopatológicas e os desequilíbrios Ventilação / Perfusão (Olazabel, 2003, como referido por Gomes & Ferreira, 2016). A capacidade de realizar uma avaliação clínica no contexto dos compromissos respiratórios é uma competência dos EEER, a fim de estruturar intervenções de enfermagem da forma mais adequada e dirigida (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste âmbito, o EEER tem também como foco de

atenção o conhecimento e a capacidade da pessoa quanto à gestão da doença, execução de algumas técnicas respiratórias, gestão do regime terapêutico, controlo de sintomas e adoção de estratégias preventivas de complicações (Hooft et al., 2017, como referido por Couto et al., 2021). Nos contextos em que as PD evidenciam défices cognitivos ou processos demenciais dificultadores na aquisição de conhecimento e capacidades, o EEER deverá dirigir a sua intervenção para o prestador de cuidados elegível (Pavlidis, 2020, como referido por Couto et al., 2021).

Relativamente ao compromisso do estado mental, no presente estudo encontra-se presente em 14,3% das PD. Este valor encontra-se em consonância com as realidades de Maia e Matosinhos (Campos, 2019; Rocha, 2015), mas representa valor inferior às realidades de Lisboa e Porto (Costa, 2013; Gonçalves, 2013). Apesar de geograficamente próximas, comparativamente ao panorama nacional, é de salientar que no estudo desenvolvido na freguesia de Granja do Ulmeiro por Rodrigues (2020), foram identificados 56,7% de PD com alterações a nível do estado mental. O facto de se tratar de populações idosas contribui para a explicação das alterações do estado mental, uma vez que a idade contribui para a degradação das capacidades cognitivas. Contudo, também é de salientar o facto de a possível falta de produção de estímulos cognitivos por parte dos familiares (Gonçalves, 2013) contribuir para esta realidade, seja por falta de conhecimentos e de consciencialização para essa realidade, seja pelo facto de as PD estarem expostas ao isolamento porque os CF ainda têm uma atividade profissional. De resto, os resultados apresentados sugerem uma associação entre o isolamento social, ou os baixos contactos sociais, com pior função cognitiva (Shankar et al., 2013) e com o declínio cognitivo e da memória (Read et al., 2020). Como já referido anteriormente, a baixa escolaridade e as dificuldades económicas são potenciadores do isolamento social e este, por sua vez, potenciador do declínio mental e cognitivo, sendo corroborado pelo estudo de Bzdok e Dunbar (2020), em que o isolamento social tem um impacto negativo nas capacidades cognitivas, com especial relevância nas funções executivas e capacidades mnésicas.

O isolamento promove a visualização de televisão, o sedentarismo e diminuição de atividade física. Há menção de que, em Portugal, indivíduos com mais de 65 anos, consomem mais de 5,5 horas de televisão por dia (Grupo Marktest, 2022). Há referências que o consumo excessivo de horas em frente à televisão afeta a função cognitiva em indivíduos mais velhos, como se evidencia no estudo de Fancourt e Steptoe, (2019), em que consumir programas de televisão mais de 3,5 horas por dia, pode diminuir a capacidade de memória até 10% em pessoas com idade acima dos 50

anos. Referem também que, só será alarmante se associado a isso não forem incutidas atividades físicas e mentais que estimulem a capacidade cognitiva.

Efetivamente, no estudo desenvolvido por Rodrigues (2020) concluiu-se que 96,7% dos prestadores de cuidados não realiza atividades que possam promover o estímulo da memória o que, relativamente aos cuidados dirigidos à prevenção do compromisso cognitivo, as atividades que estimulam a memória são de frequência reduzidas, apontando que os resultados elevados para este nível de compromisso podem estar relacionados com “a baixa escolaridade, a falta de conhecimento sobre estimulação cognitiva e as dificuldades dos próprios cuidadores em realizar essas atividades, em especial, as pessoas mais velhas.” (p.85). Esta realidade, segundo Gonçalves (2013), pode ser um fator que contribui para alterações desta natureza em cerca de um terço de pessoas dependentes. De resto, este autor afirma que, enquanto a desnutrição é um fator socialmente mais penalizante do que o desenvolvimento de rigidez articular ou as capacidades cognitivas, o desenvolvimento destas são, na perspetiva do cuidador, justificáveis com a idade e, portanto, motivo para a inação ou resignação.

Desta maneira, considera-se necessário que se promovam medidas preventivas pela oferta de estratégias e ferramentas que permitam reduzir a evolução deste compromisso e, conseqüentemente, o nível de dependência, nomeadamente pelo envolvimento do enfermeiro de família na realização de ensinamentos sobre estimulação cognitiva (Rodrigues, 2020). Para além de atividades cognitivas, Dodwell et al. (2019) referem que manter o corpo em atividade pode trazer importantes benefícios para a memória, revelando que a caminhada, como atividade física, traz benefícios para a memória.

Quanto ao compromisso nutricional, identificou-se que 14,3% das PD têm pelo menos um indicador com alteração indesejável. Os indicadores avaliados foram sinais aparentes de desnutrição, magreza excessiva e a obesidade mórbida, tendo-se considerado, no momento da avaliação *in locu* para este indicador, a obesidade de grau II e grau III. No trabalho desenvolvido por Gonçalves (2014) abordando o estado nutricional em idosos que estão no domicílio, identificou que 28,4% estão sob risco de desnutrição, sendo que o risco de desnutrição poderá ser por carência ou por excesso de nutrientes.

Comparativamente a outros estudos, que visavam a avaliação do estado nutricional dos idosos no domicílio, Boulos et al. (2013) encontrou 8% dos idosos desnutridos e 29% em risco de desnutrição e Araújo et al. (2020), identificou que 31,04% estavam com risco de desnutrição e 2,8% desnutridos.

Os resultados encontrados quanto ao compromisso do padrão de higiene e asseio e vestuário são de 7,1% no compromisso de higiene e de 0% no compromisso de vestuário. A nível da higiene o indicador identificado foi a higiene oral. Estes valores são inferiores em comparação com os outros estudos desenvolvidos, sobretudo no Porto e Matosinhos. Segundo Silva (2012), é certo que as limitações impostas pela capacidade funcional diminuída das PD irá condicionar o resultado da sua higiene e arranjo pessoal, mas a forma como é substituído ou assistido pode ser entendido como um indicador útil da qualidade dos cuidados e da assistência prestada às pessoas com dependência. No presente estudo, o compromisso da amplitude articular é bem evidente, e o facto de o padrão de higiene e asseio evidenciar pouco compromisso e ausência de compromisso no vestuário, é sugestivo que o CF assume um papel substitutivo no autocuidado da PD.

Relativamente às quedas, verificou-se que 14,3% (n=1) teve uma queda no último mês. A questão das quedas é uma situação que merece toda a atenção, uma vez que se traduz numa problemática de saúde pública, comum e crescente (Furtado et al., 2021) e, dado o envelhecimento demográfico, é expectável um aumento das quedas e todas as consequências que daí advêm (Coimbra et al., 2019). Segundo o relatório da Primavera de 2015, 21% dos dependentes apresentou uma queda no ano que antecedeu o estudo (OPSS, 2015). Já no estudo desenvolvido por Coimbra et al. (2019), verificou-se que houve uma prevalência de quedas em 45,5% dos idosos no último ano anterior à recolha de dados, com consequências para a própria pessoa, para o sistema de saúde e para a economia.

A avaliação da condição de saúde permite ter o reflexo dos cuidados prestados à PD, ou seja, segundo refere Silva (2012), pode ser entendida como um indicador de referência que traduz a qualidade dos cuidados que são prestados às pessoas dependentes pelos familiares cuidadores ou por cuidadores formais.

O nível de condição de saúde, como já referido, varia entre 0 e 8 pontos, em que o resultado mais elevado é indicador de pior condição de saúde. No presente estudo, os valores de condição de saúde global variam entre 0 e 5, em que 64,3% das PD tem nível de condição de saúde entre 1 e 2 e 7,1% com nível 5, valor da média global foi de 2,1. Estes resultados são bastante coerentes com os resultados encontrados por Rodrigues (2020) em que, no estudo que desenvolveu, a condição de saúde global também variou entre 0 e 5 pontos, e em que 61,7 % dos dependentes no autocuidado apresentavam condição de saúde no nível entre 1 e 2. No estudo em questão, verificou-se também que 5% dos familiares dependentes tinham uma condição de saúde de nível 5, sendo a média de 2,17.

As alterações na condição de saúde são decorrentes do insuficiente controlo ou antecipação de complicações pelo défice de cuidados necessários para o autocuidado, uma vez que numa situação de dependência total é imprescindível a substituição da pessoa por um cuidador, desde assegurar uma refeição ou hidratação adequada até manter um aspeto cuidado e digno pelos cuidados de higiene e vestuário adequados. Contudo, numa situação de dependência parcial, a PD deve ser estimulada a desenvolver as suas atividades até máximo das suas potencialidades e não ser substituída. Segundo (Gonçalves, 2013), a existência de falhas e ineficiências em cada um dos indicadores das dimensões da condição de saúde traduzem-se numa deterioração da mesma. Também a sustentar esta posição, Bento (2020) afirma que 66,7% das intervenções que seriam necessárias implementar às pessoas dependentes no autocuidado a viver no seio das suas famílias e a serem maioritariamente cuidados por elementos familiares, é que são efetivamente asseguradas, ficando por realizar 33,3% dos cuidados que seriam considerados necessários face à avaliação feita, o que gera a “incompletude de cuidados”. Talvez por isso se tenha verificado que 50% das PD teve de recorrer aos SU pelo menos 1 vez no último ano.

Efetivamente, os familiares cuidadores são quem assume a maioria dos cuidados. No presente estudo, confirma-se que 94,7% são assegurados por familiares, sejam diretos ou por afinidade, à semelhança de outros estudos (Bento, 2020; Regadas, 2021; Rodrigues, 2020). O CF tenta desempenhar o seu papel baseado em competências que adquiriu em experiências anteriores ou por “tentativa e erro”, munidos de que efetivamente até fazem “tudo o que podem e sabem”, mas que efetivamente é insuficiente para dar uma resposta efetiva às reais necessidades da pessoa dependente (Regadas, 2021). Ademais, o nível e a natureza dos cuidados que a pessoa dependente recebe estão relacionados com a motivação e qualidade com que são prestados, sendo que estes são influenciados pela capacitação, informação, apoio psicológico, relação entre o trabalho e o cuidar, e apoio acessível adequado e atempado, repercutindo-se dessa forma na evolução da condição de saúde da PD (Carretero, Stewart, & Centeno, 2015; Bouget, Spasova, & Vanhercke, 2016, como referido por Dixe & Querido, 2020). Então, a necessidade de cuidados não deve ser focada apenas, e só, na pessoa dependente, mas deve ser expandida para a família, uma vez que está a viver uma situação de transição de saúde / doença e a sua necessidade de serem capacitados para assumir um novo papel (Ribeiro et al., 2014). Como de resto, é possível corroborar a conclusão de Dixe & Querido (2020), em que há necessidade de os enfermeiros incidirem mais na informação e formação do FC na forma de como cuidar do familiar a fim de melhorar a qualidade dos cuidados e também por Boechat, Manhães, Filho e

Istoé, 2012, como referido por Bento (2020) em que a presença dos compromissos corporais pode, em muitos casos, ser prevenida com intervenções sistematizadas, devido a cuidados que serão insuficientes.

Dessa forma, há intervenções que dada a sua especificidade, requerem cuidados mais diferenciados, apontando para a necessidade de cuidados de saúde profissionais, particularmente de enfermagem (Bento, 2020), uma vez que se verificam ganhos em saúde efetivos na condição de saúde de pessoas dependentes no autocuidado, pela melhoria no nível de dependência e nos processos corporais quando acompanhados por equipas profissionais (Petronilho et al., 2017).

CONCLUSÃO

Uma pessoa dependente no seio de uma família requer, inevitavelmente, uma reorganização nos vários contextos da vida e de todos os seus membros, principalmente de quem tem maior proximidade e adota o papel de cuidador.

O conhecimento da condição de saúde de uma pessoa dependente, proporciona inevitavelmente um ajuste adequado às possíveis intervenções que necessita para a satisfação das suas necessidades, sejam elas reais ou potenciais. Para isso, poderá recorrer a cuidadores no seio de proximidade e, por isso, não profissionais, como também não podemos descurar que quando estas necessidades se prendem com cuidados específicos de enfermagem, só poderão ser asseguradas por enfermeiros e, em algumas circunstâncias, por enfermeiros diferenciados.

No entanto, não podemos deixar de considerar que a realidade de uma família ter uma pessoa dependente no autocuidado levanta questões sobre como a família está a vivenciar esse processo, que estratégias tem adotado para se adaptar e fazer um processo de transição saudável, que tipo de respostas dá às necessidades do seu familiar e de que forma a PD reflete o tipo de cuidados que a família ou o cuidador lhe proporciona. A proximidade com as pessoas dependentes e com os cuidadores familiares permitiu ter a perceção da realidade e das necessidades destas famílias que lidam com o processo de dependência no seu próprio contexto e permitiu também supor que os cuidados que são prestados por profissionais são insuficientes.

Este estudo revelou que a pessoa dependente no autocuidado inserida nas famílias da UFC é maioritariamente do sexo masculino, com uma idade média de 77,7 anos, mas mais de metade apresentando idade superior a 80 anos, viúva, com um grau de escolaridade equivalente ao 1º ciclo do ensino básico e estando atualmente reformada, encontrando-se a viver este processo de dependência há cerca de 9,71 anos. A dependência, foi de instalação gradual ou aguda, originada maioritariamente por doença crónica. A PD está medicada com uma média de cerca de 6,5 fármacos por dia, de 6 variedades diferentes em média. A pessoa dependente na sua maioria coabita com o cuidador, sendo quase unanimemente cuidado por um familiar.

Conclui-se também que a PD apresenta uma condição de saúde de valor médio de 2,1, variando entre 0 e 5, sendo indicador de que há dimensões que evidenciam algum nível de compromisso, havendo por isso indicadores com déficit de cuidado, não estando garantida a completude de cuidados. Para tal contribui com maior evidência o compromisso do movimento articular presente em 85,7% das PD. No âmbito deste compromisso, a anca e o joelho são as articulações com limitações mais evidentes com implicações para a mobilidade, mas também o medo de cair pode ser um fator que conduz a autorestrições nas atividades de vida diária.

Neste âmbito, consideramos que seria pertinente a implementação de programas de promoção da mobilidade e de exercício físico. O EEER tem uma responsabilidade importante na disseminação e implementação de programas da atividade física na comunidade onde trabalha, adequando-se às capacidades individuais e aos objetivos, tanto da pessoa como da família.

Foi também evidente o compromisso da integridade dos tecidos corporais em 35,7% das PD. Estes dois compromissos permitem-nos concluir que a mobilização dos membros e a alternância de posicionamentos são realizados numa frequência inferior ao desejável, levantando questões sobre um déficit de acompanhamento profissional. Quanto ao compromisso de volume de líquidos conclui-se que 28,6% das PD não tem o aporte de líquidos desejável, traduzindo-se em desidratação, sendo que é indicador de um déficit na intensidade com que o processo de hidratação é assegurado. É também de salientar que o compromisso do processo respiratório está comprometido em 28,6%, evidenciando a necessidade de intervenções diferenciadas, como intervenções dirigidas quer no plano executivo, quer preventivo como na capacitação do cuidador, à limpeza das vias aéreas e à intervenção na adaptação da consistência da dieta ao processo de deglutição, pela implicação que poderá ter o não ajuste da dieta e da sua consistência. A presença de fatores de indicadores não desejáveis como secreções traqueobrônquicas, ruídos adventícios e deglutição comprometida aponta para intervenções desenvolvidas numa proporção que é inferior ao que seria desejável. O compromisso do processo mental está presente em 14,3% o que não pode ser exclusivamente explicado pelo processo de envelhecimento, mas também pelo déficit de estímulo cognitivo decorrente da não implementação de atividades físicas e mentais, e também pelo isolamento, seja decorrente da atividade profissional do FC, seja pelo déficit de acessibilidades do próprio edifício, uma vez que o alojamento não tendo acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada é limitador para uma vida social ativa e promotor de compromissos mentais. Relativamente ao compromisso no estado nutricional, evidenciaram-se alterações em 14,3% das PD, seja por magreza seja por

obesidade. Estes resultados são sugestivos da importância e da necessidade de integrar enfermeiros, e em particular EEER nas equipas comunitárias ou de proximidade, porque são eles que podem assegurar as intervenções adequadas.

Neste estudo, tal como outros já desenvolvidos, indicam um conjunto de necessidades presentes nas famílias que cuidam de um familiar dependente no autocuidado. Nesse sentido, o EEER dadas as suas competências específicas, é essencial para identificar, planear, intervir e avaliar por forma a disponibilizar estratégias adaptativas e promotoras da autonomia, pelo ensino, instrução e treino, facilitando o processo de transição destas pessoas com evidentes vulnerabilidades nas atividades diárias, com vista a se traduzir na melhoria do seu bem-estar e saúde.

A intervenção do EEER torna-se primordial e pertinente dado o défice existente em indicadores que implicam cuidados diferenciados, sendo sinónimo da necessidade de um acompanhamento mais próximo e frequente da sua parte a nível da capacitação, informação e apoio acessível adequado e atempado.

Uma das dificuldades que salientamos no desenvolvimento deste estudo prende-se com o contexto pandémico aquando da colheita de dados.

Considera-se que seria pertinente que a caracterização da condição de saúde, enquanto indicador dos cuidados prestados, pudesse ser expandida em outros estudos a nível nacional, pela importância que teria a comparação das várias regiões territoriais, o que pode naturalmente servir de indicador para que políticas de saúde fossem mais refletidas e concordantes com as diversas realidades.

Os resultados inerentes a este estudo apontam inequivocamente para a necessidade de uma maior proximidade dos enfermeiros junto das populações, nomeadamente os EEER, de forma a identificar e a diagnosticar e conseqüentemente prescrever as intervenções que melhor respondam às necessidades da pessoa dependente e seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais*. Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Araújo, A. S., Cardoso, A., Wildner, D. P. S., Oliveira, O. D., & Nink, F. R. O. (2020). Risco De Desnutrição Em Idosos De Um Município Da Região Norte Do Brasil Risk of Malnutrition in the Elderly in a Municipality in Brazilian Northern Region. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR BJSCR*, 32(3), 2317–4404. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Araújo, L. (2011). Envelhecimento ativo. In C. Paul & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de envelhecimento ativo* (pp. 13–37). Lidel.
- Barbosa, F., & Matos, A. D. (2014). Informal support in Portugal by individuals aged 50+. *European Journal of Ageing*, 11(4), 293–300. <https://doi.org/10.1007/S10433-014-0321-0>
- Bauman, A. (2003). Updating the evidence that physical activity is good for mental health: an epidemiological review 2000-2003. In *J Sci Med Sport* (Vol. 7, Issue 1, pp. 6–19). [https://doi.org/doi.org/10.1016/S1440-2440\(04\)80273-1](https://doi.org/doi.org/10.1016/S1440-2440(04)80273-1)
- Bento, M. da C. S. da 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]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/36381>
- Boulos, C., Salameh, P., & Barberger-Gateau, P. (2013). The AMEL study, a cross sectional population-based survey on aging and malnutrition in 1200 elderly Lebanese living in rural settings: Protocol and sample characteristics. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-573>
- Bzdok, D., & Dunbar, R. I. M. (2020). The Neurobiology of Social Distance. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(9), 717–733. <https://doi.org/10.1016/J.TICS.2020.05.016>

- 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]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/36298>
- Coimbra, V., Marques, E., & Chaves, C. (2019). Prevalência de quedas em idosos resistentes numa comunidade rural. *Millenium*, 2(3), 109–116. <https://doi.org/https://doi.org/10.29352/mill0203e.09.00218>
- Conselho Local de Ação Social de Coimbra. (2018). Diagnóstico Social do concelho de Coimbra. *Rede Social de Coimbra*. <https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2018/06/Diagno%CC%81stico-Social-2018.pdf>
- Constituição da República Portuguesa. (2001). Lei Constitucional nº 1/97 de 20 de Setembro, artº 67. In Livraria Almedina (Ed.), *Constituição da República Portuguesa*.
- 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 de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13420/3/Tese Doutoramento V10 -18 Maio 2013_CD.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13420/3/Tese%20Doutoramento%20V10%20-18%20Maio%202013_CD.pdf)
- Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J. do, & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta /idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 234–280). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- DGS. (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. *Direção Geral Da Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Dixe, M. dos A. C. R., & Querido, A. I. F. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20013>
- Dodwell, G., Müller, H. J., & Töllner, T. (2019). Electroencephalographic evidence for improved visual working memory performance during standing and exercise. *British Journal of Psychology*, 110(2), 400–427. <https://doi.org/10.1111/BJOP.12352>
- Eliopoulos, C. (2011). *Enfermagem Gerontológica* (9th ed.). Artmed Editora.

- Faco, V. M. G., & Melchiori, L. E. (2009). Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana. In T. Valle (Ed.), *Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções* (pp. 121–135). Cultura Académica. <https://static.scielo.org/scielobooks/krij5p/pdf/valle-9788598605999.pdf>
- Fancourt, D., & Steptoe, A. (2019). Television viewing and cognitive decline in older age: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Scientific Reports*, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/S41598-019-39354-4>
- Fernandes, D. de S., Gonçalves, L. H. T., Ferreira, A. M. R., & Santos, M. I. P. de O. (2019). Avaliação da capacidade funcional de idosos longevos amazônidas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 55–61. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0798>
- Fernandes, P. G. J. (2014). *Famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da Maia: Caracterização das necessidades da pessoa dependente* [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9517>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2018, April 30). *Esperança média de vida*. <https://www.pordata.pt/>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022, May 22). *Salário mínimo nacional*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Sal%c3%a1rio+m%c3%adnimo+nacional-74>
- Furtado, B. M. A. S. M., do Bonfim, C. V., Fernandes, C. L. E. de A., Oliveira, J. A., & da Silva, A. G. S. (2021). Epidemiological characteristics and spatial distribution of falls among older adults in pre-hospital care. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(6), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20115>
- Gai, J., Gomes, L., & Jansen De Cárdenas, C. (2009). Ptofobia: O medo de cair em pessoas idosas. *Acta Medica Portuguesa*, 22(1), 83–88.
- Garzón, N., Carreño Moreno, S., & Chaparro Díaz, L. (2021). Rol del cuidador familiar novel de adultos en situación de dependencia: Scoping Review. *Revista Cuidarte*, 12(2), 1–22. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1368>
- Gomes, B., & Ferreira, D. (2016). Reeducação da Função Respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao longo da vida*. Lusodidacta.

- Gomes, M. B. M. de S. (2017). *Estado de Hidratação dos Idosos Portugueses: resultados do Projeto Nutrition UP 65* [Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/106564>
- Gonçalves, L. F. R. (2014). *Recursos Sociais e Estado Nutricional do Idoso no Domicílio* [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9917/1/Gon%c3%a7alves_Liliana.pdf
- 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]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/18580>
- Greenberg, S. A. (2012). Analysis of measurement tools of fear of falling for high-risk, community-dwelling older adults. *Clinical Nursing Research*, 21(1), 113–130. <https://doi.org/10.1177/1054773811433824>
- Grupo Marktest. (2022, May 25). *Idosos vêem 5h30m de Tv, por dia*. <https://www.marktest.com/wap/a/n/id~10fe.aspx>
- ICN. (2011) - *Classificação Internacional para a prática de enfermagem: CIPE® - versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.
- ICN. (2022, June 4). *Definição de Cuidador Familiar*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- International Council of Nurses. (2022, June 4). *Definição de família*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- INE. (2010, May 16). *Sistema Integrado de Metainformação - conceitos*. <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5961>
- INE. (2012, November 20). *Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0006479&selTab=tab10
- INE. (2014, March 28). *Projeções de População Residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2015, July 15). *Recenseamento da população e habitação - Censos 2011*. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0007894&lingua=PT

- INE. (2019, June 4). *População residente com 15 e mais anos de idade que presta cuidados informais*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008933&selTab=tab0&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2021, May 22). *INE - Plataforma de divulgação dos Censos 2021*. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Kim, H. S. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. (3rd ed.). Springer Publishing Company.
- Lei nº11-A/2013, da Assembleia da República. (2013). Diário da República: I série, nº19.
<https://files.dre.pt/1s/2013/01/01901/0000200147.pdf>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Concepções e Práticas* (pp. 281–328). Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Lwanga, S., & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies*. World Health Organization.
- Maciél, A. C. C., & Oliveira Guerra, R. (2010). Influence of Biopsychosocial Factors on the Survival of the Elderly in Northeast Brazil-A Prospective Study'Alvaro. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2010, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2010/127605>
- Marconi, M.A ., & Lakatos, E.M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. (5ªed.). Editora Atlas.
- Marques, A., Branco, J. da C., Costa, J. T. da, Miranda, L. C., Almeida, M., Reis, P., Santos, R. A., & Tavares, V. (2005). Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. In *Direcção Geral da Saúde, Direcção- Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-contra-as-doencas-reumaticas-pdf.aspx>
- Marques-Vieira, C. ., Amaral, T., & Pontifice-Sousa, P. (2016). Contributos para um envelhecimento ativo. In *In Marques-Vieira, C & Sousa,L (coord) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5th ed.). Wolters
 Kleiwer / Lippincott William & Wilkins.

<https://books.google.pt/books?id=kPdB1vU1c1YC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Nogueira, M. A. A. (2003). *Necessidades da família no cuidar* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/10572>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS IPS .
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? In *Relatório da Primavera 2015* (pp. 84–98). <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2015/>
- OMS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)* (A. Leitão, Ed.). Direcção Geral de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Ordem Dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Regulamento n.º 350/2015. Diário Da República, 2.ª Série — N.º 85*, 16655–16660.
- Ordem do Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Regulamento N°329/2019. Diário Da República, 2.ª Série — N.º 85*, 13565–13568.
- Orem, Dorothea (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermaria en la practica*. Masson-Salvat.
- Orem, Dorothea (1995). *Nursing Concepts of Practice*. (5.ª Ed). Mosby.
- Orem, Dorothea (2001). *Nursing: concepts of practice*. Mosby.
- Padez, C., Padrão, P., Macedo, A., Santos, A., & Gonçalves, N. (2009). Caracterização do aporte hídrico dos portugueses | Estudo Geral. *Nutricias: A Revista Da Associação Portuguesa Dos Nutricionistas*, 9, 25–27. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/13599>

- Pereira, L. C., Figueiredo, M. do L., Beleza, C. M. F., Andrade, E. M. L. R., Silva, M. J., & Pereira, A. F. M. (2017). Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 70(1), 112–120. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0046>
- Pereira, S., Martins, T., & Machado, P. P. (2017). Formulário de avaliação da dependência no autocuidado. In *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016 - Livro de Comunicações* (pp. 94–103). Escola Superior de Enfermagem do Porto. http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-20-8152-6_2.pdf
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa: evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. FORMASAU, Formação e Saúde, Lda.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado, conceito central da Enfermagem*. Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência de utilização de recursos - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do dependente e do familiar cuidador* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/10572>
- Petronilho, F., & Manuela, M. (2011). *Proposta de um Instrumento para Registo de Dados Clínicos* (pp. 1–6). <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19212/2/Nota%20Explicativa.pdf>
- Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A., Carvalho, D., Oliveira, J., Castro, P., & Machado, M. (2017). Evolution of self-care dependent individuals admitted to the National Network for Integrated Continuous Care. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(14), 39–48. <https://doi.org/10.12707/riv17027>
- Pinto, C. (2015). *Da evolução da condição de saúde da pessoa com cancro colorretal ao processo de “tomar conta” por parte do “membro da família prestador de cuidados”* [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/80069>
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5th ed.). Artmed.
- Queirós, P. (2012). O bem estar na perspectiva de Enfermagem. *Enfermagem: de 44 Nightingale aos dias de hoje 100 anos*. Dossier nº1. ESEnfC/UICISA-E.

- Queirós, P. P. (2018). Cuidar de Enfermagem: Um cuidar integral profissionalizado. *Saúde e Cyborgs*. <https://www.mendeley.com/catalogue/cuidar-enfermagem-um-cuidar-integral-profissionalizado/>
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Read, S., Comas-Herrera, A., & Grundy, E. (2020). Social Isolation and Memory Decline in Later-life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(2), 367–376. <https://doi.org/10.1093/GERONB/GBZ152>
- Regadas, S. C. R. de 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]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/36380>
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família*. Edições Afrontamento.
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lidel.
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(1), 25–36. <https://doi.org/10.12707/riii12162>
- Ricci, N. A., Kubota, M. T., & Cordeiro, R. C. (2005). Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saude Publica*, 39(4), 655–662. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/B87GVS3PKF6wsKXbL7KYkmR/>
- Rocha, M. do C. A. da. (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]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82488/2/113361.pdf>
- Rodrigues, A. F., Alves, S., Clara, A., Ferreira, C., Victória, M., Cirilo, L., Leônidas, I., Maria, L., & Formiga, F. (2020). Avaliação das atividades Instrumentais De Vida Diária Dos Idosos em inquérito domiciliar. *SALUSVITA*, 39(3), 719–738. https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v39_n3_2020/salusvita_v39_n3_2020_art_07.pdf

- Rodrigues, C. M. da N. C. (2020). *Famílias com dependentes no autocuidado - implicações para o enfermeiro de família* [Tese de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/94711>
- Roselló, F. T. (1999). Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar. *Labor Hospitalaria*, 253, 125–188.
- Sá, M. do C. L. (2015). *Percepções da condição de saúde, da autonomia e do autocuidado entre pessoas com doença reumática* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20731/1/tese_Céu_Sá_ok.pdf
- Santos, R., Martins, T., & Machado, P. P. (2016). A autoeficácia do familiar cuidador. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016: Escola Superior de Enfermagem Do Porto, Porto*. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-9-1.pdf
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23(3), 191–203. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200006\)23:3<191::aid-nur3>3.0.co;2-b](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200006)23:3<191::aid-nur3>3.0.co;2-b)
- Scliar, M. (2007). História do conceito de Saúde. *Physis: Rev. Saude Coletiva*, 17(1), 29–41. <https://doi.org/10.1364/josaa.35.00b184>
- Seben, R., Reichardt, L. A., Aarden, J. J., van der Schaaf, M., van der Esch, M., Engelbert, R. H. H., Twisk, J. W. R., Bosch, J. A., Buurman, B. M., Kuper, I., de Jonghe, A., Leguit-Elberse, M., Kamper, A., Posthuma, N., Brendel, N., & Wold, J. (2019). The Course of Geriatric Syndromes in Acutely Hospitalized Older Adults: The Hospital-ADL Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(2), 152–158. <https://doi.org/10.1016/J.JAMDA.2018.08.003>
- Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., & Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: Relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English longitudinal study of ageing. *Psychosomatic Medicine*, 75(2), 161–170. <https://doi.org/10.1097/PSY.0B013E31827F09CD>
- Shyu, Y.-I. L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32, pp. 619–623. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01519.x>
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Revista Servir*, 55(1–2), 11–20.

- Silva, A. S. (2012). *Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto* [Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/11409>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 35–44. https://www.researchgate.net/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao
- Sistema Nacional de Informação Geográfica. (2001). *Base Geográfica de Referência da Informação*. INE. <http://mapas.ine.pt/download/metadados/bgri01.html>
- Sudré, M. R. S., Reiners, A. A. O., Nakagawa, J. T. T., de Souza Azevedo, R. C., Floriano, L. A., & Morita, L. H. M. (2012). Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 25(6), 947–953. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002012000600019>
- Teixeira, P., Tomás, R., Mendes, R., Marques, A., Marques, A., Silva, C., Carvalho, J., Agostinho, M., Sá, M. J., Silva, M., Marcelino, M., Reis E Silva, M., Santos, P., & Mexia, R. (2017). *Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 201. Direção-Geral da Saúde*. www.dgs.pt
- 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]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9299>
- World Health Organization. (2006). CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. In *WHO. Basic Documents*.
- World Health Organization. (2015). *World report on Ageing and Health*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

ANEXOS

ANEXO I - Instrumento de colheita de dados: 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 com alguém que precise de ajuda (não esperada para a idade) de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?

Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

Aceita responder ao inquérito? Sim Não

Se não, porque:

Não quer Não reside Não pode Não tem tempo Outro

ALOJAMENTO

Edifício de alojamento familiar

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

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

- Muito grandes Grandes Médias Pequenas Nenhumas

Edifício com acessibilidade a PMC?

Sim Não

Área útil (em m2)

--	--	--

Nº divisões

--	--

Nº ocupantes

--	--

Alojamento com (assinalar o que existe)

- Retrete
 Água canalizada
 Instalação de banho e duche
 Aquecimento

FAMÍLIA

Tipos de família

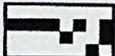
- Clássica sem núcleos
 Clássica com um núcleo
 Clássica com dois núcleos
 Clássica com três núcleos

Rendimento do agregado/mês

- Até 250 euros
 De 251 a 500 euros
 De 501 a 1000 euros
 De 1000 a 2000 euros
 De 2001 a 5000 euros

Nº membros da família

--	--



62729

2 / 2

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

Prestador de cuidados Parente dependente institucionalizado Prestador de Cuidados e Parente dependente institucionalizado

Coabita com o dependente? Sim Não

Sexo

M F

Idade

--	--

Estado civil

- Casado/União de facto
 Solteiro
 Viúvo
 Divorciado

Nacionalidade

- Portuguesa
 Não portuguesa (especificar)

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

Nível de escolaridade

- Nenhum
 Ensino básico - 1º Ciclo (4 anos)
 Ensino básico - 2º Ciclo (6 anos)
 Ensino básico - 3º Ciclo (9 anos)
 Ensino secundário (11 ou 12 anos)
 Ensino Superior

Profissão

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

Parentesco

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

Perfil 2

Prestador de cuidados Parente dependente institucionalizado Prestador de Cuidados e Parente dependente institucionalizado

Coabita com o dependente? Sim Não

Sexo

M F

Idade

--	--

Estado civil

- Casado/União de facto
 Solteiro
 Viúvo
 Divorciado

Nacionalidade

- Portuguesa
 Não portuguesa (especificar)

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

Nível de escolaridade

- Nenhum
 Ensino básico - 1º Ciclo (4 anos)
 Ensino básico - 2º Ciclo (6 anos)
 Ensino básico - 3º Ciclo (9 anos)
 Ensino secundário (11 ou 12 anos)
 Ensino Superior

Profissão

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

Parentesco

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

Codificação

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

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE II - FORMULÁRIO PCD

PESSOA DEPENDENTE

Sexo

 M F

Idade

--	--

Estado civil

- Casado/União de facto
 Solteiro
 Viúvo
 Divorciado

Nacionalidade

- Portuguesa
 Não portuguesa (especificar)

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

Nível de escolaridade

- Nenhum
 Ensino básico - 1º Ciclo (4 anos)
 Ensino básico - 2º Ciclo (6 anos)
 Ensino básico - 3º Ciclo (9 anos)
 Ensino secundário (11 ou 12 anos)
 Ensino Superior

Profissão

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

Situação que originou a dependência

- S** **N**
 Envelhecimento
 Acidente
 Doença aguda
 Doença crónica
 Outra

Instalação da dependência

- Súbita
 Gradual

Tempo de dependência

		Anos			Meses
--	--	------	--	--	-------

Consumo de medicamentos

- Sim Não

Variedade de fármacos (nº)

--	--

Internamentos no último ano

- Nenhum
 Um
 Dois
 Três
 Mais de três (especificar)

Episódios de recursos ao SU, no último ano

- Nenhum
 Um
 Dois
 Três
 Mais de três (especificar)

Número de fármacos nas tomas/dia

--	--

--	--

--	--

AUTOCUIDADO: Tomar banho

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



44272

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

Quem decide a frequência/local do banho?

- O dependente
 O prestador de cuidados
 O enfermeiro
 Outro

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- Na cama
 No chuveiro/banheira
 Noutro local

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

- Sempre Às vezes Nunca

Assento suspenso para a banheira

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Barras de apoio para banho

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Cadeira de banho (fixa/qratória)

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Cadeira higiénica

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Elevador de banheira

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Lava cabeças para acamados

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Antiderrapante

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

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

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se

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

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

- Dependente
 Prestador de cuidados
 Outro



44272

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

Abotoador**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Calça meias/Tira meias**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Calçadeira de cabo longo**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Cordões elásticos**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Extensões para fechos de correr**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

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



44272

5 / 20

AUTOCUIDADO: Arranjar-se

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pente de cabo longo**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim
- Não

Utilizado

- Sim
- Não

Desejado

- Sim
- Não

Espelho inclinável**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim
- Não

Utilizado

- Sim
- Não

Desejado

- Sim
- Não

AUTOCUIDADO: Alimentar-se

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

Quantas refeições fornece ao seu familiar? vezes/dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

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

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

- Na cama
 Na sala de jantar/cozinha
 Outro

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

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

Abridor de frascos

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Adaptador de talheres

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Babete

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Copo adaptado

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não



44272

7/20

Garto flexível**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Mesa de comer na cama**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Rebordo para prato**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Suporte de copos**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Suporte de palhinha para copos**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

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



44272

AUTOUIDADO: Uso do sanitário

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

Normalmente, em que local o seu familiar evacua? Fralda Arrastadeira Sanita Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina? Fralda Arrastadeira Sanita Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar/evacuar?

- O dependente
 O prestador de cuidados
 Outro

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

Posiciona o seu familiar no sanitário? Sempre Às vezes Nunca

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

Alteador de sanita

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Arrastadeira

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Barra de apoio de sanitário

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Cadeira sanitária

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Cueca impermeável

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não



44272

Coletor urinário

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim
- Não

Utilizado

- Sim
- Não

Desejado

- Sim
- Não

Fralda

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim
- Não

Utilizado

- Sim
- Não

Desejado

- Sim
- Não

Penso absorvente para incontinência

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim
- Não

Utilizado

- Sim
- Não

Desejado

- Sim
- Não

Penso higiénico

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim
- Não

Utilizado

- Sim
- Não

Desejado

- Sim
- Não

Resguardo

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim
- Não

Utilizado

- Sim
- Não

Desejado

- Sim
- Não

Saco de colostomia/ileostomia/urina

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim
- Não

Utilizado

- Sim
- Não

Desejado

- Sim
- Não

Urino

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim
- Não

Utilizado

- Sim
- Não

Desejado

- Sim
- Não



44272

10 / 20

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

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

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

Com que frequência senta o seu familiar? vezes/dia

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

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

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

Almofada elevatória**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

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

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Apoio de pés**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

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

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

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

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Colchão anti-úlceras de pressão

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Cotoveleira

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Coxim

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Transfer de cama (dispositivo para posicionar)

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Imobilizador abdominal

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Luva de imobilização**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Posicionador de perna e pés**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Suporte para as costas**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Dispositivo de prevenção de pé equino**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Para:

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

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

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

Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama

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

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

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

- O dependente
 O prestador de cuidados
 O enfermeiro
 Outro

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

Barras de apoio**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Cabeceira e pés da cama amovíveis**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Cama articulada**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Elevador de transferência**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

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

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Disco de rotação**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não



44272

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

AUTOUIDADO: Usar cadeira de rodas

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

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

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

- O dependente
 O prestador de cuidados
 O enfermeiro
 Outro

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

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Rodas anti-queda

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Plataforma vertical para cadeira de rodas

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

AUTOCUIDADO: Andar

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

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

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Bengala

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Canadiana (s)

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Prótese

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não



44272

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

AUTOUIDADO: Tomar medicação

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

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

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

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

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

Aspirador de secreções

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Caixa de comprimidos

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Caneta de insulina

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Corta comprimidos

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Máquina de pesquisas de glicémia capilar**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Nebulizador**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Oxigenoterapia**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Termómetro (para registo de temperatura)**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Triturador de comprimidos**Razão da não utilização**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

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

**CUIDADOS COMPLEMENTARES**

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

Quem decide a dieta do seu familiar?

- O dependente
 O prestador de cuidados
 O enfermeiro
 Outro

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

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

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

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

Costuma incluir na dieta do seu familiar frutas e 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 inspeciona a pele e o períneo do seu familiar? vezes/dia

Com que frequência inspeciona as zonas de proeminência 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 atividades estimulantes da memória com o seu familiar? vezes/semana

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

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

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

Costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde, quando o estado de saúde do seu familiar se altera? Sempre Às vezes Nunca

RECURSOS COMPLEMENTARES**Dispositivo de chamada**

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Material de instrução e aprendizagem

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não

Prótese auditiva

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- Sim Não

Utilizado

- Sim Não

Desejado

- Sim Não



44272

20 / 20

Serviços de:

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

Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

- | S | N |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Rendimento de trabalho |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Rendimentos da propriedade e da empresa |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Subsídio de desemprego |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Outros subsídios temporários |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Rendimento social de inserção |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Pensão/Pensão |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> A cargo da família |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Apoio social |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Programa Conforto Habitacional para Idosos (PCHI) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Rendimento solidário para idosos (RSI) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Complemento de dependência |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Escolas/donativos |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Outra situação |

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

- | S | N |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Sinais aparentes de desidratação |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Olhos encovados |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Pele seca |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Mucosas secas |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Sinais aparentes de desnutrição |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Magreza excessiva? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Obesidade mórbida? |

IMC Que peso perdeu nos últimos três meses? Kg

- | | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Comprometimento da amplitude articular |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Articulação cotovelo direito |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Articulação cotovelo esquerdo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Articulação punho direito |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Articulação punho esquerdo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Articulação anca direita |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Articulação anca esquerda |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Articulação joelho direito |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Articulação joelho esquerdo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Articulação tornozelo direito |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Articulação tornozelo esquerdo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Pele comprometida |

Nº de úlceras de pressão **Localização úlceras**

- | S | N |
|-----------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Região sagrada |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Trocânter |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Maléolo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Calcâneo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Outra |

- | | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Feridas não tratadas/não cuidadas |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Eritema da fralda |

Nº de dejeções vezes/semana**Avaliação da condição de saúde**

- | S | N |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Comprometimento da limpeza das vias aéreas |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Acumulação de secreções traqueobrônquias |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Aumento de frequência respiratória |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Deglutição comprometida |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Deficitária: má condição de higiene e asseio |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Deficitária: odores corporais |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Deficitária: unhas sujas |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Deficitária: má higiene oral |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Secreções oculares |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Secreções auditivas |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Secreções nasais |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Sujidade corporal visível |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Deficitária: má condição vestuário |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Roupa suja |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Roupa desabotoada |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Roupa inadequada à temperatura ambiente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Roupa inadequada à condição antropométrica |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Roupa inadequada à condição de dependência |

Nº de quedas no último mês **Estado mental**

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

ANEXO II – Autorização de aplicação da escala

De: ESEP - Secretariado <secretariado@esenf.pt>
Enviada: segunda-feira, 14 de outubro de 2019 10:25
Para: amaral@esenf.pt
Assunto: Instrumento de colheita de dados

Estimado Professor
Doutor António Amaral

Em referência ao pedido solicitado, cumpre-nos informar sobre o despacho exarado pelo Presidente da ESEP:

Despacho do Presidente da ESEP

Considerando o parecer favorável do coordenador do projeto, autorizo a utilização do instrumento de colheita de dados solicitado.

Cumprimentos,

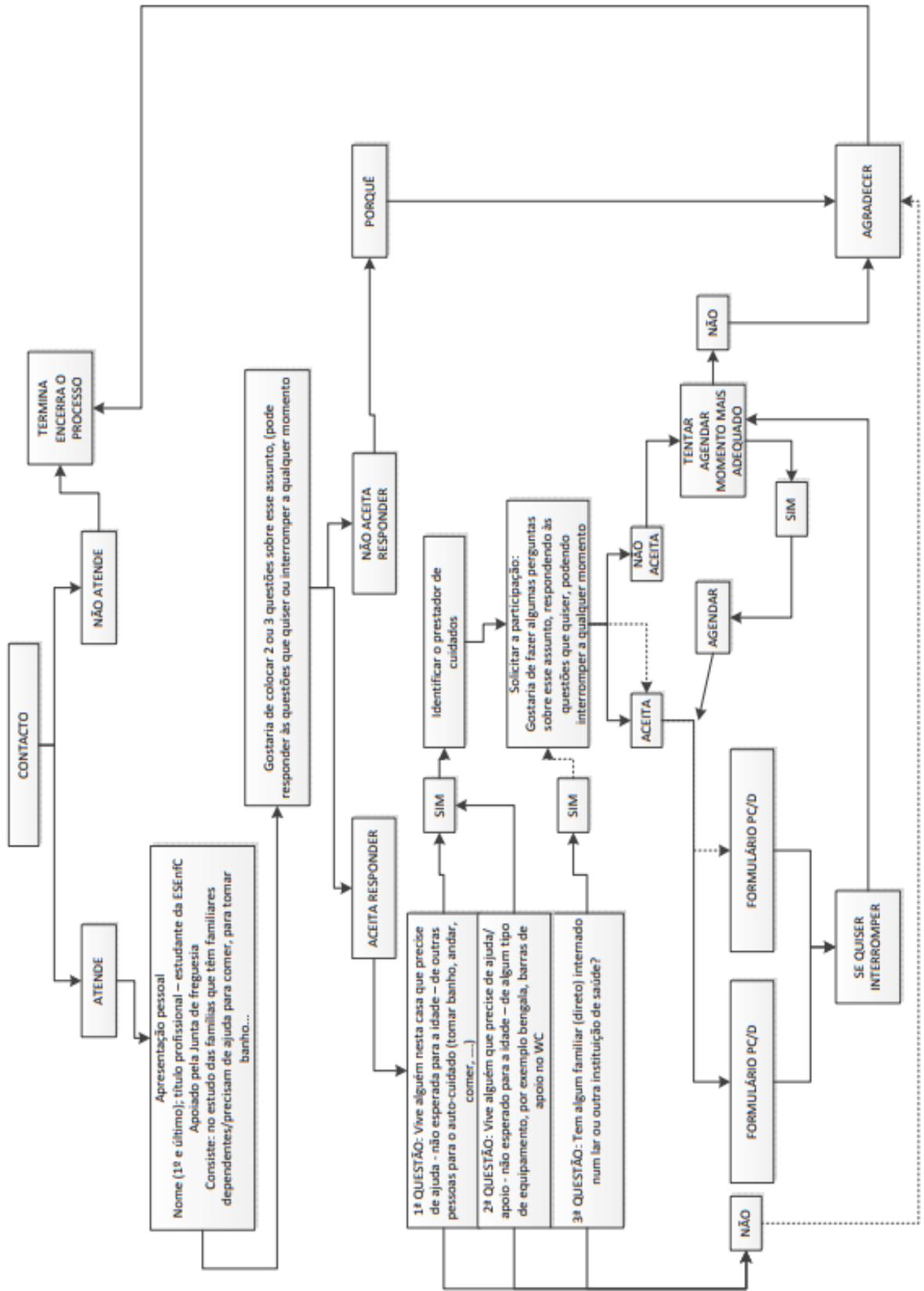
Mário Rui Costa
(Assistente Técnico)
Secretariado
Email secretariado@esenf.pt
Telef +351 22 507 35 00



Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Email esep@esenf.pt
Telef +351 22 507 35 00
Fax +351 22 509 63 37
www.esenf.pt

Por uma enfermagem mais significativa para as pessoas

ANEXO III - Fluxograma



ANEXO IV – Parecer da 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: 1 Escola 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 de Botelho

ANEXO V – 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 10993; Hongue 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@gmail.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, pediremo 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 carácter 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

APÊNDICE I – Operacionalização das variáveis que caracterizam a pessoa dependente

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável
Sexo	Masculino	Qualitativa Nominal dicotómica
	Feminino	
Idade	Nº de anos decorridos entre nascimento e o dia da entrevista	Quantitativa
Estado Civil	Casado/ União de facto	Qualitativa Nominal
	Solteiro	
	Viúvo	
	Divorciado	
Nacionalidade	Portuguesa	Qualitativa Nominal dicotómica
	Não Portuguesa	
Nível de Escolaridade	Nenhum	Qualitativa Nominal
	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)	
Profissão	Membros das forças armadas	
	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	
	Pessoal administrativo e similares	
	Pessoal dos serviços e vendedores	
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	
	Operários, artifices e trabalhadores similares	
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	
	Trabalhadores não qualificados	
	Doméstico	
	Desempregado	
	Reformado	
	Estudante	
Outra		

APÊNDICE II – Operacionalização das variáveis que caracterizam a origem da dependência

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável
Situação que originou a dependência: Envelhecimento	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Situação que originou a dependência: Doença Aguda	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Situação que originou a dependência: Doença Crônica	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Situação que originou a dependência: Acidente	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Situação que originou a dependência: Outra	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Instalação da dependência	Súbita Gradual	Qualitativa Nominal dicotômica
Tempo de dependência	Anos	Quantitativa

APÊNDICE III – Operacionalização de variáveis que caracterizam a utilização dos serviços de saúde

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável
Consumo de Medicamentos	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Número de Fármacos nas tomas/dia	Número	Quantitativa
Internamentos no último ano	Nenhum Um Dois Três Mais de três	Qualitativa Nominal
Episódios de recursos ao SU, no último ano	Nenhuma Uma Duas Três Mais de três	Qualitativa Nominal

APÊNDICE IV – Operacionalização das variáveis relativas à condição de saúde

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável	
Compromisso do status do volume de líquidos	Sinais aparentes de desidratação	Sim/ Não	Qualitativa Nominal dicotômica
	Olhos encovados		
	Pele seca		
	Mucosas secas		
Compromisso do status nutricional	Sinais aparentes de desnutrição	Sim / Não	Qualitativa Nominal dicotômica
	Magreza excessiva	Sim / Não	Qualitativa Nominal dicotômica
	Obesidade mórbida	Sim / Não	Qualitativa Nominal dicotômica
	IMC	Nº (Kg/m ²)	Quantitativa
	Peso perdido nos últimos 3 meses	Nº (Kg)	Quantitativa
Compromisso do movimento articular	Comprometimento da amplitude articular	Sim / Não	Qualitativa Nominal dicotômica
	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.			
Compromisso da integridade dos tecidos corporais	Pele comprometida	Sim / não	Qualitativa Nominal dicotômica
	Número úlceras de pressão	Nº	Quantitativa
	Localização úlceras de pressão	Região sagrada	Qualitativa Nominal
		Trocâter	
		Maléolo	
Calcâneos			
Outra			
Feridas não tratadas / não cuidadas	Sim / não	Qualitativa Nominal dicotômica	
Eritema da fralda	Sim / não	Qualitativa Nominal dicotômica	

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável	
Compromisso do padrão de eliminação intestinal	N.º de dejeções (vezes/semana)	Nº	Quantitativa
Compromisso do processo respiratório	Comprometimento da limpeza das vias aéreas Acumulação de secreções traqueobrônquicas Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações) Aumento frequência respiratória Deglutição comprometida	Sim / não	Qualitativa Nominal dicotômica
Compromisso do padrão geral de higiene e asseio corporal	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 dicotômica
Quedas	N.º de quedas no último mês	Nº	Quantitativa
Compromisso do processo do sistema nervoso	Sabe em que mês está? Sabe em que terra vive? Repete três palavras (pêra, gato e bola)? Faz cálculos simples	Sim / não	Qualitativa Nominal dicotômica

APÊNDICE V – Operacionalização das variáveis que caracterizam o Familiar Cuidador

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável
Coabitação	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotómica
Sexo	Masculino Feminino	Qualitativa Nominal dicotómica
Idade	Nº de anos decorridos entre nascimento e o dia da entrevista	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
Profissão	Membros das forças armadas Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa Especialistas das profissões intelectuais científicas Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares Pessoal dos serviços e vendedores Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas Operários, artifices e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Reformado Estudante	Qualitativa Nominal
Grau de parentesco	Marido / Esposa Pai / Mãe Filho / Filha Irmão / Irmã Afinidade (nora, padrasto, cunhado) Outra	Qualitativa Nominal

APÊNDICE VI - Operacionalização das variáveis que caracterizam a família e alojamento

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável
Tipo de família	Clássica sem núcleos Clássica com um núcleo Clássica com dois núcleos Clássica com três núcleos	Quantitativa Ordinal
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	Quantitativa Ordinal
Número de membros da família	por número de membros	Quantitativa
Edifício de alojamento familiar	Clássico: moradia Clássico: apartamento Clássico: outro tipo Não clássico (barraca, móvel, improvisado)	Quantitativa Ordinal
Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)	Muito grandes Grandes Médias Pequenas Nenhumas	Quantitativa Ordinal
Edifício com acessibilidade a PMC?	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotómica
Área útil	Metro quadrado (m ²)	Quantitativa
N.º divisões	por divisão	Quantitativa
N.º ocupantes	por número de ocupantes	Quantitativa

Carta / apolo do presidente da Junta

A **União das Freguesias de Coimbra - Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu** tem cerca de 13971 habitantes (de acordo com os Censos de 2011).

Esta é a Freguesia que, de acordo com o Diagnóstico Social do Concelho de Coimbra realizado em 2018, apresentava o maior Índice de envelhecimento segundo os Censos de 2011. (Índice de Envelhecimento (IE) de 277, sendo o maior das 18 freguesias do Concelho de Coimbra).

O mesmo estudo indica ainda que, à semelhança do que se conclui com o Índice de Envelhecimento (IE), também o Índice de Dependência de Idosos no Concelho de Coimbra se situa acima do registado em Portugal.

Pelo exposto, e pelo trabalho de excelência desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - ESEnfc em prol da inovação da ciência e da saúde na Cidade de Coimbra, considero que este estudo se apresenta como uma mais-valia para a promoção e inclusão de ações solidárias, em estreita articulação com a comunidade.

Estou certo de que esta iniciativa será de grande relevância para podermos conhecer as necessidades das Famílias como Cuidadoras e por conseguinte, podermos melhorar a intervenção social nesta área.

Enquanto Presidente desta União das Freguesias de Coimbra, apelo à população a participação no estudo em causa.



**JOÃO FRANCISCO
CAMPOS**
PRESIDENTE UFC

A sua participação é muito importante para a avaliação das necessidades da população!

Contamos consigo!

Muito obrigado

w w w . e s e n f c . p t



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 Coimbra (Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu), a decorrer entre Agosto e Dezembro de 2021.

A ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

A Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC) 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 de Freguesias de Coimbra (Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu). Os dados serão colhidos por 3 enfermeiros, estudantes de Mestrado.

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 domicílio. 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 Coimbra (Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu). 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 pode entrar em contacto com a equipa de investigação através dos contactos abaixo.

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:



Professora
Maria da Conceição Bento
N.º da Ordem dos Enfermeiros:
24434
mail: cbento@esenfc.pt



Enfermeiro
Daniel Martins da Silva
N.º da Ordem dos Enfermeiros:
45500
mail: az1810024@esenfc.pt



Enfermeiro
Frederico Morais Domingues
N.º da Ordem dos Enfermeiros:
40960
mail: az1810011@esenfc.pt



Enfermeira
Gabriela Rolim
N.º da Ordem dos Enfermeiros:
94964
mail: gabriela.rolim12@gmail.com

